



Bij de onderhandelingen over het zorgakkoord was de keuzevrijheid in de zorg een belangrijk discussiepunt. Premier Rutte en minister Schippers doen nu alsof er eigenlijk niks aan de hand is en dat de hele kwestie berust op een misverstand. Maar welke afspraken er precies zijn gemaakt is niet duidelijk.

Het is goed mogelijk dat de keuzevrijheid waar Rutte en Schippers over spreken straks alleen zal gelden voor mensen met een dure restitutiepolis. En dus niet voor de goedkopere naturapolissen, waar veel mensen met een lager inkomen - waaronder veel chronisch zieken en gehandicapten - straks noodgedwongen op aangewezen zijn. Dit kan leiden tot een ongewenste tweedeling in de zorg, waarbij de welgestelden zelf behandelaars kunnen kiezen en de rest niet!

Bovendien wordt het kiezen van een niet-gecontracteerde zorgverlener ook nog eens ontmoedigd door steeds hogere financiële barrières. NU is het nog zo, dat een verzekeraar de patiënt niet zodanig veel zelf mag laten betalen dat het echt een hinderpaal wordt om naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. De minister is van plan om dit zogenaamde hinderpaalcriterium te schrappen. Zorgverzekeraars zouden dan zelfs kunnen besluiten om helemaal niets te vergoeden voor niet-gecontracteerde zorg.

De mogelijke beperking van de keuzevrijheid betreft niet alleen specialisten of ziekenhuizen. Zoals bekend gaan de functies persoonlijke verzorging en verpleging vanaf 1 januari 2015 naar de Zorgverzekeringswet voor mensen die een extramurale indicatie hebben. Dat betekent concreet dat cliënten gedwongen kunnen worden om persoonlijke verzorging en verpleging af te nemen via de zorgaanbieders waar de zorgverzekeraar een contract mee heeft gesloten. Het is ook zeer de vraag wat dit gaat betekenen voor het Pgb in de Zorgverzekeringswet. Immers veel mensen hebben dagelijks persoonlijke verzorging en verpleging nodig gedurende een hele lange tijd. Straks moeten cliënten op basis van de polis van de verzekeraars besluiten of zij al of niet een andere verzekering afsluiten. En daarbij is het nog maar helemaal de vraag of de verzekeraars tijdig inzicht kunnen geven in de gecontracteerde aanbieders.

De betaalbaarheid van zorg blijft sowieso een groot punt van zorg. Het ministerie van VWS heeft onlangs een uitvoeringsbesluit over de hoogte van de eigen bijdragen binnen de Wmo naar de kamer gestuurd. Daaruit wordt duidelijk dat er alleen een inkomensafhankelijk maximum gaat gelden voor de maatwerkvoorziening binnen de Wmo. Dit betekent dat gemeenten straks ook voor

algemene voorzieningen - zoals schoonmaakondersteuning, dagopvang voor ouderen en collectief vervoer - eigen bijdragen kunnen vragen. Hier dreigt dus opnieuw de beruchte stapeling, waar we al zo lang voor waarschuwen.

Ieder(in) dringt er daarom bij de Kamer op aan een inkomensafhankelijk maximum in te stellen voor het totaal aan eigen bijdragen in de WMO.

Een alleenstaande met een laag inkomen zal voor een maatwerkvoorziening in de Wmo ongeveer 250 euro per jaar gaan betalen volgens het uitvoeringsbesluit. Daar komt extra geld bij als deze persoon ook nog gebruik maakt van algemene voorzieningen. Daarnaast heeft hij of zij ook nog te maken met het eigen risico in de Zorgverzekeringswet, van nu nog 360 euro. Naar verwachting zal het eigen risico volgend jaar boven de 400 euro uitkomen, terwijl de compensatie die er was voor chronisch zieken en mensen met een handicap is stopgezet. Verder is het goed mogelijk dat de persoon uit ons voorbeeld ook nog gebruik maakt van zittend ziekenvervoer, naar de tandarts moet of een gehoorapparaat nodig heeft. Ook hiervoor gelden weer aparte eigen bijdragen. Het totaal aan eigen bijdragen kan zo makkelijk oplopen tot meer dan duizend euro per jaar. De enige oplossing lijkt een anti-cumulatiebeding. We vragen de Kamer daar serieus naar te kijken.

