

Mythenkaart over de zorg

Welke mythen over de zorg zijn er en wat zijn de feiten?

Mythe

1

Burgers betalen alleen voor zorg via hun zorgpremie en het eigen risico, verder is de zorg voor burgers gratis

Feit

- Burgers betalen naast hun zorgpremie en eigen risico op allerlei andere manieren voor zorg.
- Burgers betalen inkomensafhankelijke bijdragen voor de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg.
- Burgers betalen belasting die de overheid gebruikt voor collectieve zorguitgaven.
- Burgers betalen naar draagkracht eigen bijdragen, zoals voor zorg in het verpleeghuis.
- Burgers doen eigen betalingen, zoals voor sommige geneesmiddelen.
- Burgers betalen een vast maandbedrag voor hulp en ondersteuning vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning.

Mythe

2

De landelijke politiek bezuinigt op de collectieve uitgaven aan zorg

Feit

- De collectieve zorguitgaven groeien elk jaar, van 69 miljard euro in 2017 tot 93 miljard euro in 2021.
- De uitgaven aan jeugdzorg en ondersteuning door gemeenten vallen hierbuiten omdat deze niet apart worden geregistreerd.

Mythe

3

Zorgverzekeraars bepalen de inhoud van het basispakket

Feit

- Zorg komt in het basispakket als de toegevoegde waarde hiervan in de wetenschap of praktijk is aangetoond.
- De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport kan de inhoud van het basispakket wijzigen in overleg met het parlement.
- Zorgverzekeraars beoordelen of specifieke zorg valt onder de zorg in het basispakket en dus of deze wordt vergoed.
- Het Zorginstituut adviseert de minister van VWS als onduidelijk is of zorg in het basispakket hoort.

Mythe

4

Controle door de tandarts van kinderen tot 18 jaar valt onder het eigen risico

Feit

- Ouders betalen voor hun kinderen geen eigen risico voor mondzorg die binnen het basispakket valt.
- De meeste mondzorg voor kinderen tot 18 jaar wordt vergoed vanuit het basispakket, zoals controles en het vullen van gaatjes.
- Beugels, kronen, bruggen en implantaten voor kinderen worden niet vergoed.
- Volwassenen betalen zelf voor mondzorg, of via een aanvullende verzekering.

Mythe

5

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bepaalt de hoogte van de lonen in de zorg

Feit

- Vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers in de zorg spreken de hoogte van de lonen elk jaar af in cao's.
- Zorgorganisaties die niet onder een cao vallen, spreken de hoogte van het loon af met hun medewerkers.
- VWS mag zich op grond van internationale verdragen niet met de salarisonderhandelingen bemoeien.
- Wel verstrekt VWS ieder jaar een bijdrage, waarmee werkgevers in de zorg de lonen marktconform kunnen verhogen.

Mythe

6

De zorgkosten zijn de afgelopen jaren vooral gestegen door geneesmiddelen

Feit

- Het aandeel geneesmiddelen in de totale zorgkosten daalt de afgelopen jaren licht.
- De kosten voor geneesmiddelenzorg groeien minder hard dan andere zorgsectoren.
- De kosten voor ouderenzorg zijn in de periode 2017-2021 gestegen met 30 procent, tot ruim 23 miljard euro.
- De kosten voor medisch specialistische zorg zijn in de periode 2017-2021 gestegen met 19 procent, tot bijna 32 miljard euro.
- De kosten voor geneesmiddelen zijn in de periode 2017-2021 gestegen met 12 procent, tot zo'n 7,5 miljard euro.
- Binnen de kosten voor geneesmiddelen is met name een stijging te zien in het aandeel dure geneesmiddelen.

Mythe

7

De organisatie van zorgverzekeraars kost de maatschappij meer geld dan het ziekenfonds

Feit

- De bedrijfskosten van zorgverzekeraars zijn lager dan die van het ziekenfonds destijds.
- De bedrijfskosten van zorgverzekeraars bedragen in 2021 2,6 procent van de totale zorgkosten.
- De bedrijfskosten van het ziekenfonds waren in 2004 3,9 procent van de totale zorgkosten.
- De bedrijfskosten van zorgverzekeraars zijn in de periode 2015 - 2021 gedaald van 96 naar 81 euro per premiebetaler.

Mythe

8

Alleen mensen die een specifieke opleiding hebben afgerond, zijn bevoegd om voorbehouden handelingen te doen

Feit

- Voorbehouden handelingen zijn bijvoorbeeld het geven van injecties en het inbrengen van een katheter.
- De wet stelt specificiteit niet welke opleiding iemand moet hebben gevolgd om bekwaam te zijn.
- Bevoegde zorgverleners mogen voorbehouden handelingen opdragen aan een bekwaam iemand onder toezicht.
- Patiënten en naasten mogen zonder opleiding veel voorbehouden handelingen uitvoeren, zoals insuline spuiten.

Mythe

9

Zelfstandige behandelcentra (zbc's) en privéklinieken zijn alleen voor rijke mensen

Feit

- Iedereen kan voor zorg terecht bij zbc's en privéklinieken.
- Mensen betalen maximaal het eigen risico als een zbc of privékliniek een contract heeft met hun zorgverzekeraar.

Mythe

10

Zorgverzekeraars zijn commerciële bedrijven die uit zijn op het maken van winst

Feit

- Zorgverzekeraars opereren zonder winstoogmerk.
- Zorgverzekeraars mogen winst uitkeren, maar dit is sinds de Zorgverzekeringswet (2006) niet voorgekomen.
- Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht een financiële reserve aan te houden voor onvoorziene omstandigheden.
- Zorgverzekeraars kunnen winst teruggeven aan verzekerden via lagere premies.

Mythe

11

Patiënten kunnen weinig ondernemen tegen fouten van dokters

Feit

- Patiënten kunnen allereerst samen met de zorgverlener proberen een oplossing te vinden voor de gemaakte fout.
- Zorgaanbieders moeten een interne of externe klachtenfunctionaris hebben en zich aansluiten bij een geschilleninstantie.
- Patiënten kunnen een klacht indienen bij de zorgaanbieder, eventueel met hulp van de klachtenfunctionaris.
- Patiënten kunnen met hun klacht naar de geschilleninstantie.
- Patiënten kunnen een klacht indienen bij het Regionaal Tuchtcollege en in beroep gaan bij het Centraal Tuchtcollege.
- Patiënten kunnen de fout melden bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).
- Patiënten kunnen hun schadeclaim indienen bij de zorgaanbieder, geschilleninstantie of burgerlijke rechter.

Over deze kaart
Deze kaart beschrijft mythen (misverstanden) over de zorg in Nederland.
De Mythenkaart is samengesteld door de partners van Platform *Zó werkt de zorg* op basis van een denksessie, bronnenonderzoek en raadpleging van experts. De bronnen staan op de achterzijde van deze kaart.

Mythenkaart over de zorg

Bronnen

Mythe 1

- Rijksbegroting 2023, XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Wijziging van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 inzake de bijdrage voor maatschappelijke ondersteuning en de beoordeling voor de verstrekking van de maatwerkvoorziening.
- Artikel 39 e.v. Zorgverzekeringswet.

Mythe 2

- CBS-cijfers Statline, Zorguitgaven; zorgaanbieders en financiering, laatst gewijzigd op 7 juli 2022.

Mythe 3

- Artikel 10,11, 66 en 124 Zorgverzekeringswet.

Mythe 4

- Website Rijksoverheid.nl, Vraag en antwoord: Wanneer betaal ik een eigen risico voor mijn zorg?
- Artikel 2.16a Besluit Zorgverzekering.

Mythe 5

- ILO Conventies, nummer 98, 154 en 163.
- Convenant over de nieuwe aanpak voor de bepaling van de OVA voor het VWS-veld, 1999.
- Kamervragen (Aanhangsel) 2019-2020, nr. 3719.

Mythe 6

- Uitgaven aan geneesmiddelen, GIPdatabank, 2022.
- Collectieve zorguitgaven, CBS Statline, 2022.

Mythe 7

- Beantwoording Kamervragen door minister Kuipers, 13 januari 2023.

Mythe 8

- Artikel 35 en 38 Wet BIG.

Mythe 9

- Artikel 11 en 12 Zorgverzekeringswet.

Mythe 10

- Beantwoording Kamervragen over de ontwerpbegroting VWS 2023 Kamerstuknummer II 2022/23, 36200-XVI, nr. 2.
- De Staat van Volksgezondheid en zorg, Zorgverzekeringsconcerns: financiële reserves, 2022.
- Solvency II - Richtlijn 2009/138/EG.

Mythe 11

- Hoofdstuk VII Wet BIG.
- Boek 6 en 7 van het Burgerlijk Wetboek.
- Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg.

