

**Schriftelijke vragen van het lid Van Haga van de Groep Van Haga aan de minister van VWS, inzake verandering van regels voor medisch eigen risico:**

1. Hebt u kennisgenomen van het bericht ‘Kabinet verandert regels voor medisch eigen risico’<sup>1</sup>?
2. Bent u zich ervan bewust dat, hoewel deze verandering positief uitvalt voor patiënten die eenmalig een medisch-specialistische behandeling nodig hebben, juist ook het tegenovergestelde kan gaan gelden voor mensen die meerdere behandelingen nodig hebben en/of chronisch zieke patiënten, die dus meerdere keren een eigen-risico bijdrage moeten betalen?
3. Realiseert u zich dat sommige mensen hierdoor zullen afzien van medisch-specialistische hulp, of deze zullen uitstellen, uit kostenoverwegingen?
4. Realiseert u zich dat dit potentieel kan leiden tot gezondheidsschade voor deze mensen, omdat zij niet (op tijd) worden geholpen en/of waardoor hun aandoeningen verergeren en/of er co-morbidity ontstaat, waardoor zij op de lange termijn meer, complexer en kostbaarder medisch-specialistische zorg nodig hebben?
5. Bent u van mening dat burgers/patiënten zelf in staat zijn om een inschatting te maken over de noodzaak van een medisch-specialistische behandeling en de mogelijkheid om hiervan af te zien, of deze uit te stellen? Realiseert u zich dat veel mensen in Nederland momenteel moeite hebben om financieel rond te komen en dat een dergelijke maatregel voor veel mensen een noodgedwongen besparingsmethode zal worden? Bent u het met BVNL eens dat zij op deze manier worden gemanipuleerd om de door kabinet gewenste bezuinigingen op de zorg te realiseren?
6. Is het wat u betreft wenselijk dat de zorgvraag van de bevolking financieel gestuurd wordt vanuit een kostenbesparende prikkel van de overheid, die daarmee dus niet opereert vanuit het belang van de volksgezondheid, maar vanuit het financieel belang van de Rijksoverheid?
7. Vindt u het geoorloofd om te proberen de Nederlandse bevolking te bewegen af te zien van zorg, omdat ons zorgstelsel inmiddels zo duur is geworden en volstrekt is vastgelopen door falend overheidsbeleid, in plaats van werk te maken van het hervormen van dat beleid en het zorgstelsel zelf? Waarom legt u deze verantwoordelijkheid neer bij de burger, in plaats van bij het kabinet?
8. Heeft u een impactanalyse gemaakt mbt deze stelselverandering? Hoeveel ‘onnodige’ zorg zal dit schelen en hoeveel gemiste diagnoses, medisch-specialistische behandelingen en uitgestelde zorg gaat dit opleveren? Hoeveel kosten worden bespaard en hoeveel zorgkosten levert het juist op, ook op de lange termijn? Hoe verhoudt zich tot elkaar? Indien u dit niet weet, bent u dan bereid hiernaar onderzoek te doen?
9. Weet u hoeveel mensen op dit moment ‘onnodig’ medisch-specialistische behandelingen ondergaan, omdat hun eigen risico ‘toch al op is’? Om wat voor behandelingen gaat het dan bijvoorbeeld en welk deel van de totale zorgkosten beslaat deze, eventueel overbodige, zorg?

---

<sup>1</sup> [Kabinet verandert regels voor medisch eigen risico \(nos.nl\)](https://nos.nl/nieuws/story/2017/07/13/kabinet-verandert-regels-voor-medisch-eigen-risico)

10. Is het niet beter om te besparen op andere zorgkosten, bijvoorbeeld door anders om te gaan met bevolkingsonderzoeken, waarop door vele medici steeds meer kritiek wordt geleverd aangezien deze ook zouden leiden tot overmedicalisering van de samenleving en kostbare onderzoeken en behandelingen die voor veel patiënten niet nodig zijn?

11. Wat voor effect heeft deze verandering op de toegankelijkheid van de Nederlandse zorg en de algehele volksgezondheid? Bent u van mening dat deze verandering dit niet nadelig zal beïnvloeden? Kunt u dit onderbouwd uitleggen?

12. Bent u niet bang dat deze verandering van het eigen risico leidt tot een tweedeling in de samenleving, waarbij vermogende mensen betere en meer toegang en kwaliteit van zorg krijgen omdat zij zich dat kunnen veroorloven en armere mensen hierop zullen moeten inboeten omdat zorg voor hen een besparingspost wordt?