

**Drs. Trudi Nederland
Drs. Esmv Kromontono
Drs. Marieke Wentink**

Een Brandwondenfonds

**Onderzoeksverslag over de financiële knelpunten
van mensen met brandwonden en de hiaten in de
overheids- en verzekeringsregelingen**

November 2005

Inhoud

1	Opzet van het onderzoek	5
1.1	Inleiding	5
1.2	Het onderzoeksplan	5
1.3	Verloop van het onderzoek	6
1.4	Leeswijzer	7
2	De niet vergoede kostenposten	9
2.1	Inleiding	9
2.2	Lichamelijke nabehandeling	10
2.3	Verzekeringskosten	12
2.4	Psychosociale kosten	13
2.5	Kosten huidverzorging	14
2.6	Juridische kosten	16
2.7	Diverse kosten	17
2.8	Overzicht van de niet vergoede kostenposten	18
3	Acties voor vergoedingen	21
3.1	Hoe zijn mensen verzekerd?	21
3.2	Pogingen om kosten vergoed te krijgen	21
3.3	Procedure om kosten vergoed te krijgen	23
4	De hiaten in de wet- en regelgeving	25
4.1	De huidige vergoedingsmogelijkheden	25
4.2	De vergoedingen door gemeenten: Wwb en WMO	27
4.3	De nieuwe zorgverzekeringswet per 1 januari 2006	28
4.4	Standpunten over de nieuwe zorgverzekeringswet	30
4.5	Welke gevolgen heeft de wet voor mensen met lage inkomens?	32
4.6	Wat voor gevolgen heeft de zorgverzekeringswet voor mensen met brandwonden?	35
4.7	Conclusie	36
5	Kenmerken van de onderzoeksgroep	37
5.1	Leeftijden	37
5.2	Sekse, opleiding en inkomen	37
5.3	Gegevens over brandwonden (aard, duur en gevolgen)	38
6	Aanbevelingen	41
6.1	De antwoorden op de onderzoeksvragen	41
6.2	Aanbevelingen	43

Bijlage 1	Vragenlijst	47
Bijlage 2	Tabellen	55
Bijlage 3	Huidige ziekenfondsvergoedingen	73

Opzet van het onderzoek

1.1 Inleiding

Het bestuur van de Nederlandse Brandwonden Stichting heeft in 2004 besloten een onderzoek te starten naar de noodzaak en behoefte van een financiële voorziening voor niet vergoede kosten voor mensen met brandwonden. Als werktitel is daarbij voor het woord 'Brandwondenfonds' gekozen. Een eventueel Brandwondenfonds zou als doel hebben mensen met een laag inkomen financieel te steunen als zij vanwege hun brandwonden voor extra kosten komen te staan. De Brandwonden Stichting krijgt geregeld signalen dat er kosten zijn die mensen niet zelf kunnen dragen. De meeste hulpmiddelen, voorzieningen en financiële tegemoetkomingen, worden verstrekt door officiële instanties, volgens wettelijke overheids- en verzekeringsregelingen. Soms komen mensen door hun brandwonden echter voor extra kosten te staan, die de overheids- en verzekeringsregelingen niet dekken. Het gaat hierbij vaak om extra kosten voor producten en voorzieningen die zij nodig hebben om actief maatschappelijk te participeren. Te denken valt aan de aanschaf van camouflagemiddelen, een extra set drukkleiding, een pruik, aangepaste kleding, of de kosten voor psychotherapie of studieverlening. Als mensen niet zelf (financieel) in staat zijn om noodzakelijke voorzieningen te treffen, zou het Brandwonden Fonds Nederland in de toekomst kunnen bijspringen. Dat kan gebeuren in de vorm van financiële ondersteuning of door het verstrekken van voorzieningen in natura (bijvoorbeeld psychotherapie in samenspraak met verzekeraars).

Dit onderzoeksverslag inventariseert de behoeften aan deze vorm van ondersteuning onder mensen met brandwonden en geeft inzicht in de hiaten in de bestaande overheids- en verzekeringsregelingen.

1.2 Het onderzoeksplan

Het onderzoek beoogt heldere resultaten te formuleren over de grootte van de groep mensen met brandwonden en de aard van de behoeften aan extra financiële ondersteuning. Ook wil het onderzoek inzicht geven in de hiaten in de bestaande overheids- en verzekeringsregelingen. Dit gebeurt aan de hand van de volgende drie onderzoeksvragen:

1. Hoe groot is de groep van mensen met brandwonden die daadwerkelijk financiële ondersteuning nodig heeft?
2. Op welke specifieke terreinen liggen de financiële knelpunten van mensen met brandwonden, die het gevolg zijn van extra kosten vanwege hun brandwonden?

3. Wat is de relatie van deze ervaren knelpunten met de mogelijkheden van de bestaande overheids- en verzekeringsregelingen, nu en in de nabije toekomst?

Deze onderzoeksvragen zijn uitgewerkt aan de hand van twee verschillende deelonderzoeken. Het eerste deelonderzoek gaat over de aard van de knelpunten en de behoeften aan financiële ondersteuning. Hierbij staan de eerste twee onderzoeksvragen centraal. Eerst is door een groepsinterview een verkenning uitgevoerd naar de bestaande knelpunten en de behoeften aan hulp van mensen met brandwonden. Vervolgens is door een enquête de behoefte aan financiële ondersteuning verder uitgediept (zie bijlage 1).

Het tweede deelonderzoek bestaat uit een verkenning van de bestaande overheids- en verzekeringsregelingen. Deze verkenning moet twee zaken aan het licht brengen:

- Wat zijn de witte vlekken in de bestaande overheids- en verzekeringsregelingen?
- Welke mogelijkheden voor vergoedingen zien mensen met brandwonden door onvoldoende kennis over deze regelingen wellicht over het hoofd?

Een verdere verdieping betrof de witte vlekken in de toekomstige regelgeving van overheden en verzekeraars. De Wet op de Maatschappelijke ondersteuning (WMO) en de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 zal veel veranderen in de regelgeving.

1.3 Verloop van het onderzoek

De eerste stap in het onderzoek bestaat uit een eerste verkenning van de aard van de knelpunten en de behoeften aan financiële hulp van mensen met brandwonden. Dit is op twee manieren gebeurd. De onderzoeker heeft de jaarlijkse contactdag op 23 april bezocht en met zo veel mogelijk bezoekers van de informatiemarkt gesproken over hun financiële knelpunten. Daarna heeft een verkennend groepsinterview met ervaringsdeskundigen en experts plaatsgevonden. Als methode is die van de focusgroep toegepast.

De verkenning is gebruikt om de tweede stap te zetten: het opstellen van een schriftelijke enquête naar de omvang en aard van de financiële knelpunten onder mensen met brandwonden. De Brandwonden Stichting heeft de enquête verspreid onder 353 leden van de Vereniging van Mensen met Brandwonden en onder 23 deelnemers (de aanwezige niet-leden van de vereniging) van de contactdag op 23 april 2005. De respons was niet zo hoog: 82 mensen (22%) stuurde de enquête terug. De 82 vragenlijsten zijn door de onderzoekers verwerkt en geanalyseerd.

Tijdens het uitzetten en verwerken van de enquête is er ook een verkenning uitgevoerd naar de witte vlekken in de huidige en toekomstige wet- en regelgeving van overheden en verzekeringsmaatschappijen. Vervolgens heeft een verdieping plaatsgevonden naar de mogelijke witte vlekken in de toekomstige regelgeving van overheden en verzekeringsmaatschappijen.

De Wet op de Maatschappelijke ondersteuning en de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 zal veel veranderen in de regelgeving. Voor het oprichten van het Brandwondenfonds is het belangrijk deze beleidsveranderingen bij het onderzoek te betrekken.

1.4 Leeswijzer

Het tweede hoofdstuk bevat een overzicht van de kosten die de bestaande voorzieningen niet vergoeden en wat de geschatte bedragen hiervan zijn. De kosten zijn in zes groepen ingedeeld: lichamelijke nabehandeling, huidverzorging, juridische kosten, verzekeringskosten, psychosociale kosten en diverse kosten. Hoofdstuk 3 behandelt de wijze waarop mensen verzekerd zijn en hoe ze proberen hun extra kosten vergoed te krijgen. In hoofdstuk 4 kijken we eerst naar de hiaten in de huidige wet- en regelgeving van verzekeraars en overheden. We staan uitgebreider stil bij de situatie die vanaf 1 januari zal ontstaan met de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet. In hoofdstuk 5 staan de gegevens over de onderzoeksgroep vermeld. Tot slot volgen in hoofdstuk 6 de aanbevelingen.

2

De niet vergoede kostenposten

2.1 Inleiding

In de expertmeeting zijn de meest voorkomende niet vergoede kostenposten geïnventariseerd. Vervolgens zijn deze kostenposten ingedeeld in zes categorieën: lichamelijke nabehandeling, huidverzorging, juridische kosten, verzekeringskosten, psychosociale kosten en diverse kosten. De schriftelijke vragenlijst is aan de hand van deze zes categorieën opgebouwd.

In dit hoofdstuk staan per categorie de resultaten van de enquête weergegeven. Het overzicht geeft vooral antwoord op de vraag welke niet vergoede kostenposten mensen met brandwonden hebben. De vraag naar de omvang van deze kosten is niet zo eenvoudig te beantwoorden. In de eerste plaats hebben de onderzoekers op verzoek van de Brandwonden Stichting de tijdsindicatie (voorstel was de kosten in het laatste jaar) weggelaten. Hierdoor is onduidelijk wanneer mensen deze kosten hebben gehad. Bovendien bleek uit de ingevulde vragenlijsten dat mensen soms de schatting van de kosten niet kunnen maken. Dit komt bijvoorbeeld omdat zij de brandwonden lange tijd terug hebben opgelopen:

- *“Twintig jaar terugdenken en opzoeken valt niet mee.”;*
- *“Ik zat toen aan de grond en als het niet vergoed werd, deed ik het zonder. Ik was alleen bezig met overleven”.*

Mensen gaven daarbij aan hoe groot de verschillen zijn tussen heden en verleden:

- *“Het is inmiddels 27 jaar geleden dat onze zoon brandwonden opliep. Toen was er geen sprake van enige hulp. We hebben ons hele spaarpotje eraan gespendeerd en met dat spaarpotje is het nooit meer goed gekomen.”*

En:

- *“Ik ben 33 jaar geleden verbrand toen ik 8 jaar was. Toen werd heel anders met de vergoedingen omgegaan. Mijn moeder kwam ongeveer vier maanden lang drie keer op één dag met de bus naar me toe. Bij mijn weten is dit nooit vergoed.”*

Het gevolg van de wijze waarop de kosten geschat zijn, is dat het onderzoek geen helder beeld oplevert over de hoogte van de niet vergoede kosten. We kunnen hooguit een globale indicatie van de kosten geven. Zo hebben bijvoorbeeld mensen 112 keer niet vergoede kosten voor lichamelijke nabehandeling(en) gemaakt, maar mensen geven bij 65 kostenposten een schatting van hun kosten (bijlage 2, tabel 1). Deze schatting is echter op verschillende manieren gebeurd; een persoon geeft de totale kosten weer, een ander geeft de kosten per maand of per jaar, en sommigen vullen slechts een bedrag in zonder nadere tijdspecifi-

catie. Hierdoor kunnen we alleen een algemene indicatie geven van de geschatte kosten, zoals de gemiddelde kosten per persoon.

Hieronder zetten we eerst de gegevens van de respondenten in relatie tot de onderscheiden kostenposten op een rijtje. In paragraaf 2.8 volgt een overzicht waarin de gegevens van de diverse kostenposten worden weergegeven in relatie tot de hele onderzochte groep.

2.2 Lichamelijke nabehandeling

Met lichamelijke nabehandelingen hebben alle mensen met brandwonden te maken. Het betreft zowel de behandelingen zelf (fysio-, ergotherapie, huidtherapie, massages, enzovoort) als de posten voor gebruiksmiddelen in het dagelijks leven (aangepaste kleding, drupzakken). Veel mensen met brandwonden hebben bij deze kostenposten te maken met niet vergoede kosten. Uit de onderstaande tabel blijkt dat van de 82 mensen die de vragenlijst hebben ingevuld, bijna de helft (38 mensen, 46%) niet vergoede kosten heeft gehad voor een vorm van lichamelijke nabehandeling.

*Tabel 1 aantal mensen met niet vergoede
kosten voor lichamelijke nabehandeling*

	Aantal	%
Ja	38	46%
Nee	44	54%
Totaal	82	100%

Uit de onderstaande tabel blijkt dat de grootste post vervoerskosten betreft, namelijk: openbaar vervoer (17 leden, 46%), en vervoer per auto (14 leden, 38%). Verder zijn er veel mensen met kosten rond geneesmiddelen: homeopathische middelen (14 leden, 38%) en reguliere geneesmiddelen (12 leden, 32%). Ook kosten voor aangepaste kleding komen vaak voor (11 mensen, 30%).

Tabel II niet vergoede kostenposten lichamelijke nabehandeling

	Aantal	%
Reguliere geneesmiddelen	12	32%
Homeopathische geneesmiddelen	14	38%
Alternatieve geneeswijzen	6	16%
Lasertherapie	2	5%
Huidtherapie/Schoonheidsbehandelingen	4	11%
Fysiotherapie/Ergotherapie/Hypnotherapie	5	14%
Ademhalingstraining	1	3%
Openbaar vervoer	17	46%
Vervoer per auto (0,18 per km)	14	38%
Massages (litteken)	1	3%
Tatoeage	1	3%
Zonnebank	2	5%
Drukpakken (extra)	6	16%
Brace	1	3%
Aangepaste kleding	11	30%
Pruiken		
Speciaal bed	1	3%
Airco-installatie	5	14%
Stroomkosten (voor airco)	1	3%
Eigen bijdrage herstellingsoord	1	3%
Eigen bijdrage thuiszorg of fysiotherapie	7	19%
Anders, namelijk...	6	16%
Totaal	118	319%

Minder vaak voorkomende kostenposten zijn: de eigen bijdrage voor thuiszorg of fysiotherapie (19%), alternatieve geneeswijzen en drukpakken (extra) (elk 6 mensen, 16%), airco-installatie (5 mensen, 14%), huidtherapie/schoonheidsbehandelingen (4 mensen, 11%) en lasertherapie (2 mensen, 5%). De volgende posten zijn één keer genoemd: ademhalingstraining, massages (litteken), tatoeage, brace, speciaal bed, stroomkosten (voor airco) en eigen bijdrage herstellingsoord.

Bij de open vraag (vraag 24) hebben een aantal mensen redenen aangegeven waarom zij geen schatting van de kosten konden geven. In de inleiding van dit hoofdstuk hebben we al weergegeven dat de reden vaak is dat de kosten te lang geleden zijn gemaakt.

Het schatten van de kosten is verder heel divers gebeurd (zie bijlage 2, tabel 1). Zo waren er voor het openbaar vervoer en vervoer per auto schattingen tussen een minimum van € 16 en een maximum van € 3.000. Voor homeopathische middelen is de range een minimum van € 13 en een maximum van € 750. Gemiddeld zijn de niet vergoede kosten voor lichamelijke nabehandeling € 664 per persoon. Over de hele onderzoeksgroep is het gemiddelde € 526. De totale kosten die zijn opgegeven bedragen € 43.131.

Bij het invullen hebben sommige mensen nog andere vormen van lichamelijke nabehandeling genoemd. Het gaat bij de kosten totaal om € 39.365. Iemand geeft bijvoorbeeld aan 'inhuren arbeid door derden' voor een bedrag van € 27.000. Een ander geeft aan 'kosten voor haartransplantatie' voor € 11.500 en een steunband van € 680. Iemand anders heeft € 80 kosten gemaakt voor spuiten en katheter voor wondverzorging. Hier is geen bedrag bij genoemd.

De mensen met de niet vergoede kosten voor lichamelijke nabehandeling vallen vooral in de volgende leeftijdsgroepen: van 50 tot 60 jaar (10 mensen, 26%) en van 40 tot 50 jaar (9 mensen, 24%) (zie bijlage 2, tabel 2a).

Verder blijkt dat de kosten vooral zijn gemaakt door mensen die in de afgelopen vijf jaar brandwonden hebben opgelopen (18 mensen, 47%) (bijlage 2, tabel 2b). Bijna een kwart (9 mensen, 24%) heeft de brandwonden langer dan vijftien jaar geleden opgelopen. Verder hebben de meeste mensen (19 mensen, 50%) een middelbaar onderwijsniveau (bijlage 2, tabel 2c). Wat betreft de inkomensindicatie blijkt dat vooral mensen op of onder het minimuminkomen te maken hebben met niet vergoede kosten: ongeveer tweederde (15 mensen, 39%) verdient per maand netto tussen de € 500 en € 1.000 (bijlage 2, tabel 2d).

2.3 Verzekeringskosten

Mensen met brandwonden krijgen soms ook te maken met extra kosten voor het afsluiten van een verzekering. Uit de volgende tabel blijkt dat het aantal mensen met extra verzekeringskosten vrij laag is, namelijk negen mensen (11%).

Tabel III aantal mensen met niet vergoede verzekeringskosten

	Aantal	%
Ja	9	11%
Nee	69	84%
Niet ingevuld	4	5%
Totaal	82	100%

Uit de volgende tabel blijkt waar het vooral om gaat bij deze kosten: aanvullende tandartskosten, extra kosten bij het afsluiten van een levensverzekering (bijvoorbeeld voor een hypotheek) en hogere premiekosten/uitsluiting van nabehandelingsoveroperaties. Verder zijn arbeidsongeschiktheidsverzekering en ziektekosten verzekering (aanvullend) ook één keer genoemd.

Tabel IV soorten niet vergoede verzekeringskosten

	Aantal	%
Aanvullende tandartskosten	3	43%
Extra kosten bij het afsluiten van een levensverzekering(bijvoorbeeld voor een hypotheek)	3	43%
Arbeidsongeschiktheidsverzekering	1	14%
Ziektekosten verzekering (aanvullend)	1	14%
Hogere premiekosten/uitsluiting van nabehandelingoperaties	3	43%
Anders, namelijk...		
Totaal	11	157%

Ook in deze categorie niet vergoede kosten is het voor mensen lastig om een schatting te geven van de kosten (zie bijlage 2, tabel 3). De aanvullende tandartskosten zijn bijvoorbeeld door drie mensen genoemd, maar slechts één persoon geeft een schatting aan, namelijk een bedrag van € 4.600. Deze tandartskosten lijken in tweede instantie te gaan over behandelkosten en niet over aanvullende verzekeringskosten. Bij de hogere premiekosten/uitsluiting van

nabehandlingsoperaties zijn er twee bedragen genoemd van € 500 en € 600. De totale geschatte kosten zijn € 5.700. Het gemiddelde bedrag van de niet vergoede verzekeringskosten bedraagt € 1.900 per persoon. Over de hele onderzoeksgroep is dat € 70.

De situatie rond de verzekeringsmogelijkheden verandert echter sterk vanaf 1 januari door de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet. In hoofdstuk 4 is daarover een overzicht te vinden.

De mensen met niet vergoede kosten voor verzekeringen komen vooral in twee leeftijdsgroepen voor: vier mensen van 50 jaar tot 60 jaar (44%) en drie mensen van 30 tot 40 jaar (33%) (zie bijlage 2, tabel 4a). De kosten zijn gemaakt door vier mensen die tussen de vijf en tien jaar geleden brandwonden hebben opgelopen (44%) en door drie mensen die langer dan vijftien jaar geleden brandwonden hebben opgelopen (bijlage 2, tabel 4b).

Het merendeel van de respondenten (56%) heeft een hoger onderwijsniveau (bijlage 2, tabel 4c). Ook hier geldt dat de meeste mensen met niet vergoede verzekeringskosten een laag inkomen hebben: vier mensen (44%) hebben een netto-inkomen tussen € 500 en € 1.000 per maand en drie mensen (33%) een netto-inkomen tussen € 1.000 en € 1.500 per maand (bijlage 2, tabel 4d).

2.4 Psychosociale kosten

Van de onderzochte groep mensen met brandwonden heeft ruim eenderde niet vergoede kosten voor psychosociale hulp (32 mensen, 39%).

Tabel V aantal mensen met niet vergoede psychosociale kosten

	Aantal	%
Ja	32	39%
Nee	48	59%
Niet ingevuld	2	2%
Totaal	82	100%

Door velen is het lidmaatschap van een patiëntenvereniging als niet vergoede kostenpost genoemd (26 mensen, 81%). Daarnaast worden de meeste kosten gemaakt voor 'reis en verblijfskosten familie in acute fase' (veertien mensen, 44%). Reiskosten vanwege lotgenotencontact is de volgende belangrijke kostenpost (elf mensen, 34%).

Tabel VI soorten niet vergoede psychosociale kosten

	Aantal	%
Lidmaatschap patiëntenvereniging	26	81%
Kosten vakantiecampen	3	9%
Kosten psychologische behandeling	9	28%
Reis en verblijfkosten familie in acute fase	14	44%
Reiskosten lotgenotencontact/Cursus "verder met"	11	34%
Kinderopvang (thuis)	5	16%
Psychologische hulp broertjes/zusjes	1	3%
Ouderbegeleiding	2	6%
Counseling voor herscholing (beroepsoriëntatie)	2	6%
Anders, namelijk...	4	13%
Totaal	77	241%

Minder vaak worden genoemd: kinderopvang (thuis) (vijf mensen, 16%); kosten vakantiecampen (drie mensen, 9%); ouderbegeleiding en counseling voor herscholing (elk twee mensen, 6%).

De invullers van de vragenlijsten noemen bij de open categorie nog andere vormen van psychosociale hulp, namelijk: cursussen selfdevelopment, EMDR-therapie voor zoontje na trauma, aanschaf noodbril (lenzen mochten niet in). Bij deze kostenposten zijn geen bedragen genoemd.

De geschatte bedragen van de overige niet vergoede psychosociale kosten variëren van een minimum bedrag van € 10 (kosten psychologische behandeling) tot een maximum van € 5.000 (kosten vakantiecampen) (zie bijlage 2, tabel 5). Degene met € 5000 kosten aan vakantiecampen heeft al langer dan 15 jaar brandwonden en is 46 jaar. Het is verder niet duidelijk welke soort vakantiecamp deze persoon bezoekt. De totale geschatte kosten zijn € 11.489 en de gemiddelde kosten per persoon zijn € 359. De gemiddelde kosten per persoon over de hele onderzoeksgroep zijn € 140.

De mensen met niet vergoede kosten voor psychosociale hulp vallen vooral in twee leeftijdscategorieën: zeven mensen in de leeftijd van 50 tot 60 jaar (22%) en negen mensen in de leeftijd van 30 tot 40 jaar (28%) (zie bijlage 2, tabel 6a). Deze kosten zijn verder gemaakt door elf mensen die langer dan vijftien jaar geleden brandwonden hebben opgelopen (34%) en door vijftien mensen (47%) die brandwonden in de afgelopen vijf jaar hebben opgelopen (bijlage 2, tabel 6b). Iets meer dan de helft (achttien mensen, 56%) heeft een middelbaar onderwijsniveau (bijlage 2, tabel 6c). Het merendeel van de invullers heeft een laag inkomen: twaalf mensen (38%) hebben een netto-inkomen tussen € 500 en € 1.000, en negen mensen (28%) tussen € 1.000 en € 1.500 (bijlage 2, tabel 6d).

2.5 Kosten huidverzorging

De helft van de onderzoeksgroep (41 mensen, 50%) heeft niet vergoede kosten voor hun huidverzorging.

Tabel VII aantal mensen met niet vergoede kosten voor huidverzorging

	Aantal	%
Ja	41	50%
Nee	41	50%
Totaal	82	100%

Uit de onderstaande tabel blijkt dat veel mensen huidcrèmes gebruiken: 36 mensen (88%) geven aan dat huidcrèmes niet vergoed worden. Daarnaast hebben acht mensen (20%) niet vergoede kosten aan camouflage make-up en vijf mensen (12%) aan schoonheids- en reinigingsproducten.

Tabel VIII soorten niet vergoede kosten huidverzorging

	Aantal	%
Camouflage make-up	8	20%
Schoonheidsproducten	5	12%
Huidcrèmes	36	88%
Reinigingsproducten	5	12%
Anders, namelijk...	4	10%
Totaal	58	141%

Bij de kosten voor huidcrèmes hebben mensen een minimum genoemd van € 2 en een maximum van € 2000. Bij de camouflage make-up is het minimum € 30 en het maximum € 150 (zie bijlage 2, tabel 7). De totale kosten zijn € 7.664 en het gemiddelde is € 247 per persoon. Het gemiddelde over de hele onderzoeksgroep is € 93.

Naast de in de lijst genoemde vormen van huidverzorging hebben twee mensen nog een andere vorm van huidverzorging aangegeven. De een noemt 'een bezoek voor tatoeage kleurverbetering in Arnhem' en de ander noemt 'elastische armbescherming'. Voor beide vormen is er geen schatting van de kosten.

Hoe is de verdeling tussen mannen en vrouwen met betrekking tot het gebruik van huidverzorgingsproducten? Tabel 23 (bijlage 2) laat zien dat vrouwen over het algemeen meer kosten maken voor huidverzorgingsproducten, zoals camouflage make-up, schoonheidsproducten en huidcrèmes. Mannen gebruiken meer reinigingsproducten (4 mensen, 80%) dan vrouwen.

Van de personen met niet vergoede kosten voor huidverzorging zijn er twaalf (29%) in de leeftijd van 50 tot 60 jaar en in de leeftijd van 30 tot 40 jaar. Negen mensen zijn 40 tot 50 jaar (22%) (zie bijlage 2, tabel 8a). Deze kosten zijn gemaakt door twintig mensen (49%) die in de afgelopen vijf jaar brandwonden hebben opgelopen. Iets meer dan een kwart (11 mensen, 27%) heeft de brandwonden langer dan vijftien jaar geleden opgelopen (bijlage 2, tabel 8b). Verder hebben twintig mensen (49%) een middelbaar onderwijsniveau (bijlage 2, tabel 8c). Opnieuw heeft het merendeel van deze groep een inkomen op, onder of net boven het minimum: eenderde deel (veertien mensen, 34%) hebben een maandinkomen tussen netto € 500 en € 1.000; tien mensen (24%) een inkomen tussen de € 1.000 en € 1.500 (bijlage 2, tabel 8d).

2.6 Juridische kosten

Het aantal mensen met extra niet vergoede juridische kosten is niet groot: negen mensen (11%) geven aan dat zij niet vergoede juridische kosten hebben gemaakt.

Tabel IX aantal mensen met niet vergoede juridische kosten

	Aantal	%
Ja	9	11%
Nee	71	87%
Niet ingevuld	2	2%
Totaal	82	100%

Bij deze juridische kosten gaat het om het ‘verhalen van schade op aansprakelijke partij’ (vijf mensen, 56%), de ‘WAO-procedure’ en ‘problemen met de werkgever’ (elk vier mensen, 44%).

Tabel X soorten niet vergoede juridische kosten

	Aantal	%
WAO procedure	4	44%
Verhalen van schade op aansprakelijke partij	5	56%
Werkgever (problemen op het werk)	4	44%
Anders, namelijk...	3	33%
Totaal	16	178%

Bij de open categorie geeft een persoon aan ‘kosten advocaat’. Een andere persoon zegt dat de juridische procedure nog zo’n acht jaar blijft lopen. De premie voor de rechtsbijstandsverzekering is gestegen, maar tijdens de lopende procedure kan deze persoon niet overstappen naar een goedkopere verzekering. De juridische kosten variëren van € 115 (WAO-procedure) tot € 10.000 (verhalen van schade op aansprakelijke partij) (zie bijlage 2, tabel 9). Gemiddeld komen de niet vergoede kosten voor juridische procedures op € 3.341 per persoon in deze groep. In relatie tot de hele onderzoeksgroep is het gemiddelde € 163. De totale geschatte kosten bedragen € 13.365.

Vier personen (44%) met niet vergoede juridische kosten hebben een leeftijd tussen de 50 en 60 jaar; drie (33%) een leeftijd tussen de 30 en 40 jaar (zie bijlage 2, tabel 10a). Drie mensen (33%) hebben langer dan vijftien jaar geleden brandwonden opgelopen; de andere zes mensen zijn evenredig verdeeld over de overige drie periodes namelijk 0-5 jaar, 5-10 jaar en 10-15 jaar geleden (bijlage 2, tabel 10b). Verder hebben vier mensen (44%) hoger onderwijs gevolgd en drie mensen (33%) middelbaar onderwijs (bijlage 2, tabel 10c). In deze groep mensen met niet vergoede juridische kosten ligt het inkomensniveau hoger: vier mensen (44%) hebben een netto maandinkomen tussen € 1.000 en € 1.500; twee mensen (22%) tussen € 1.500 en € 2.000 en twee anderen (22%) hebben een netto inkomen boven de € 2.000 (bijlage 2, tabel 10d).

2.7 Diverse kosten

Naast de vorige vijf soorten niet vergoede kosten geven 31 mensen (38%) aan dat zijn nog andere kostenposten hebben.

Tabel XI aantal mensen met diverse niet vergoede kosten

	Aantal	%
Ja	31	38%
Nee	48	59%
Niet ingevuld	3	4%
Totaal	82	100%

Uit de onderstaande tabel blijkt dat dertien van de 31 mensen (42%) extra kosten maken om te kunnen sporten; tien mensen (32%) hebben algemene vervoerskosten.

Tabel XII soorten niet vergoede diverse kosten

	Aantal	%
Extra onderwijs	5	16%
Studiekosten (schoolgeld/leermiddelen)	2	6%
Concentratietraining voor volgen onderwijs	1	3%
Internetverbinding	7	23%
Sprekende computer		
Kosten van beroepskeuzeonderzoek		
Auto aanpassingen	3	10%
Woningaanpassing	4	13%
Huishoudelijke hulp	9	29%
Kinderopvang	2	6%
Sport	13	42%
Kosten voor ontspanning (cultuur; natuur)	9	29%
Vakantie zelf en gezin	9	29%
Vervoerskosten	10	32%
Anders, namelijk...	6	19%
Totaal	80	258%

Verder zijn de volgende voorbeelden van niet vergoede kosten genoemd, namelijk kosten voor ontspanning (cultuur, natuur) en vakantie zelf en gezin (29%). Andere kosten zijn internetverbinding (23%), extra onderwijs (16%), woningaanpassingen (13%), autoaanpassingen (10%), studiekosten en kinderopvang (6%). Hiernaast hebben diverse personen nog een extra kostenpost aangegeven. Deze posten zijn: aanschaf aangepaste fiets, computercursus, extra kosten voor bewassing, het missen van onregelmatigheidstoeslag en reiskosten 'bedank tour'. Bij deze kosten zijn geen bedragen genoemd.

De bedragen die wel zijn geschat variëren van minimaal € 30 (sport) en maximaal € 10.000 (woningaanpassing en sportrolstoel die steeds na drie jaar wordt vernieuwd) (zie bijlage 2, tabel 11). De gemiddelde geschatte kosten per persoon

zijn € 1.500. Voor de hele onderzoeksgroep is het gemiddelde € 659. De totaal geschatte uitgaven aan niet vergoede diverse kosten zijn € 53.999.

De meeste mensen uit deze groep van diverse kosten hebben een leeftijd boven de veertig jaar: negen mensen (29%) van 50 tot 60 jaar en zeven mensen van 40 tot 50 jaar (23%) (zie bijlage 2, tabel 12a). Deze kosten zijn gemaakt door dertien mensen (42%) die in de afgelopen vijf jaar brandwonden hebben opgelopen en negen mensen (29%) hebben de brandwonden langer dan vijftien jaar geleden opgelopen (bijlage 2, tabel 12b). Vijftien mensen met diverse kosten (48%) hebben een hoger onderwijsniveau (bijlage 2, tabel 12c). De meeste mensen (elf personen, 35%) met diverse kosten hebben een minimuminkomen: tussen de € 500 en € 1.000 per maand (bijlage 2, tabel 12d).

2.8 Overzicht van de niet vergoede kostenposten

In het onderstaande overzicht zetten we kort de belangrijkste niet vergoede kostenposten van de onderzoeksgroep op een rijtje. In de volgende tabel gaat het om de aantallen mensen die met deze kosten te maken krijgen.

Tabel XIII overzicht aantallen mensen met niet vergoede kostenposten

	Ja		Nee		Niet ingevuld		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Lichamelijke nabehandeling	38	46%	44	54%			82	100%
Verzekeringskosten	9	11%	69	84%	4	5%	82	100%
Psychosociale kosten	32	39%	48	59%	2	2%	82	100%
Kosten voor huidverzorging	41	50%	41	50%			82	100%
Juridische kosten	9	1%	71	87%	2	2%	82	100%
Diverse kosten	31	38%	48	59%	3	4%	82	100%

Vervolgens zetten we de drie meest voorkomende niet vergoede kostenposten per categorie op een rijtje.

Lichamelijke nabehandeling (38 mensen):

1. Vervoerskosten
2. Homeopathische middelen
3. Reguliere geneesmiddelen

Verzekeringskosten (9 mensen):

1. Aanvullende tandartskosten
2. Extra kosten bij het afsluiten van een levensverzekering
3. Hogere premiekosten/uitsluiting van nabehandelingsoperaties

Psychosociale kosten (32 mensen):

1. Lidmaatschap patiëntenvereniging
2. Extra kosten voor reis en verblijfskosten familie in acute fase
3. Reiskosten lotgenotencontact

Huidverzorging (41 mensen):

1. Huidcrèmes
2. Camouflage make-up
3. Schoonheids/reinigingsproducten

Juridische kosten (9 mensen):

1. Het verhalen van schade op aansprakelijke partij
2. WAO-procedure
3. Werkgever (problemen op het werk)

Diverse kosten (31 mensen):

1. Sport
2. Algemene vervoerskosten
3. Kosten voor ontspanning en vakantie

Een derde onderdeel betreft de geschatte kosten van de niet vergoede kosten. In het onderstaande overzicht staan zowel de gemiddelde bedragen per persoon in de betreffende categorie aangegeven als de gemiddelde bedragen per persoon over de hele onderzoeksgroep.

Soorten kostenposten	Totaal geschatte kosten op basis van het aantal mensen met betreffende kostenpost	Gemiddeld per persoon op basis van het aantal mensen met betreffende kostenpost	Gemiddeld per persoon over de hele onderzoeksgroep
Lichamelijke nabehandeling	€ 43.131	€ 664	€ 526
Verzekeringskosten	€ 5.700	€ 1.900	€ 70
Psychosociale kosten	€ 11.489	€ 359	€ 140
Huidverzorging	€ 7.664	€ 247	€ 93
Juridische kosten	€ 13.365	€ 3.341	€ 163
Diverse kosten	€ 53.999	€ 1.500	€ 659

Tot slot hebben we gekeken naar de relatie tussen de gemaakte extra kosten en kenmerken van de onderzoeksgroep. In bijlage 2 staan in de tabellen 24 tot en met 27 de kenmerken leeftijd, duur brandwonden, opleidingsniveau en inkomen uitgesplitst naar de verschillende categorieën kostenposten. De percentages zijn hier gerelateerd aan de hele onderzoeksgroep. De volgende gegevens zijn belangrijk:

- □ De meeste mensen met extra niet vergoede kosten vallen in twee leeftijdsgroepen: van 30 tot 40 jaar en van 50 tot 60 jaar (bijlage 2, tabel 24).
- □ De mensen die in de afgelopen 5 jaar brandwonden hebben opgelopen hebben het meest te maken met niet vergoede kosten (bijlage 2, tabel 25).
- □ Het opleidingsniveau blijkt geen verschil te maken in het wel of niet hebben van extra kosten (bijlage 2, tabel 26).
- □ Inkomen is een zeer relevant gegeven voor het hebben van niet vergoede kosten: de meeste mensen hebben een netto-inkomen van 500 tot 1.000 euro, gevolgd door de groep met een netto-inkomen van 1.000 tot 1.500 euro (bijlage 2, tabel 27).

3

Acties voor vergoedingen

In dit hoofdstuk gaan we als eerste na op welke manier mensen nu verzekerd zijn. Vervolgens beschrijven we de wijze waarop mensen geprobeerd hebben hun kosten vergoed te krijgen en wat dat aan tijd en moeite heeft gekost.

3.1 Hoe zijn mensen verzekerd?

Bijna tweederde deel van deze groep mensen met brandwonden (53 mensen, 65%) is thans verzekerd bij het ziekenfonds en iets meer dan eenderde (29 mensen, 35%) is particulier verzekerd.

	Aantal	%
Ziekenfonds, bij	53	65%
Particulier, bij	29	35%
Totaal	82	100%

De ziekenfondsverzekerden zijn bij zeventien verschillende zorgverzekeraars verzekerd en de particulier verzekerden bij negentien zorgverzekeraars (zie het overzicht van de zorgverzekeraars in bijlage 2, tabel 13). Iets meer dan de helft (47 mensen, 57%) heeft een aanvullende ziektekostenverzekering zonder uitsluitingen. 24% (twintig mensen) heeft een aanvullende ziektekostenverzekering met uitsluitingen (bijlage 2, tabel 14). Aan één persoon is een aanvullende ziektekostenverzekering geweigerd vanwege 'verhoogd risico'.

3.2 Pogingen om kosten vergoed te krijgen

In hoofdstuk 2 zijn alle niet vergoede kosten van mensen met brandwonden op een rijtje gezet. We hebben de invullers ook gevraagd of ze geprobeerd hebben deze extra kosten vergoed te krijgen. Bijna de helft van de geënquêteerden (40 mensen, 49%) heeft hier tijd en energie aan besteed (bijlage 2, tabel 15). Dit betekent dat minstens de helft van deze groep mensen met brandwonden geen poging heeft ondernomen de kosten vergoed te krijgen. Dit kan komen doordat mensen te weinig informatie hebben over de wegen die ze kunnen bewandelen. We vroegen of zij wel of niet voldoende informatie hebben. Onderstaande tabel laat zien dat eenderde deel (26 mensen, 32%) over voldoende informatie beschikt. De overige 68% (56 mensen) beschikt niet over voldoende informatie of antwoordt 'weet niet'.

Tabel XIV Aantal geïnformeerde mensen

	Aantal	%
Ja	26	32%
Nee	32	39%
Weet niet	22	27%
Niet ingevuld	2	2%
Totaal	82	100%

Verder komt naar voren dat het onderwijsniveau niet bepaalt of een persoon wel of niet voldoende informatie heeft over de te volgen weg voor het verkrijgen van de kostenvergoeding. Voor zowel de middelbaar (56%) als hoger geschoolden(38%) geldt dat een groot deel onvoldoende informatie heeft.

	Heeft u voldoende informatie over de wegen die u kunt bewandelen om extra kosten vergoed te krijgen?						Totaal	
	Ja		Nee		Weet niet		Aantal	%
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%		
Lager onderwijs	1	4%	1	3%	1	5%	3	4%
Middelbaar onderwijs	15	58%	18	56%	8	36%	41	51%
Hoger onderwijs	9	35%	12	38%	11	50%	32	40%
Niet ingevuld	1	4%	1	3%	2	9%	4	5%
Totaal	26	100%	32	100%	22	100%	80	100%

Als we kijken naar de soort kostenposten die mensen vergoed proberen te krijgen, zien we dat bijna tweederde van de mensen (60%) probeert om hun 'diverse kosten' vergoed te krijgen. Ook voor de kosten voor huidverzorging en lichamelijke nabehandeling doen veel mensen (38%) moeite om deze kosten vergoed te krijgen. Daarnaast zijn er mensen die proberen om de psychosociale kosten (23%) alsook de verzekeringskosten en juridische kosten (elk 18%) vergoed te krijgen (zie bijlage 2, tabel 16).

Op de vraag welke wegen men heeft bewandeld om de extra kosten vergoed te krijgen, hebben we een gevarieerde lijst met mogelijkheden gevonden. Uit de volgende tabel blijkt dat mensen vooral bij de ziektekostenverzekeraar aankloppen (dertig mensen, 75%). Voor deze vraag om kostenvergoeding bij de ziektekostenverzekeraar is er soms een speciale brief nodig van de arts. Achttien mensen (45%) vertellen dat zij zo'n brief aan hun arts hebben gevraagd. Daarnaast is de belastingdienst (medische kosten via belastingaangifte) (zestien mensen, 40%) ook een manier om de extra kosten vergoed te krijgen.

Een aantal mensen (elf mensen, 28%) vraagt hulp aan familie en/of vrienden. Het is niet duidelijk of zij dat doen nadat zij andere vergoedingsmogelijkheden hebben geprobeerd: "Bij mij is het vooral de psychische begeleiding waarvoor ik veel kosten moet maken, wat lang niet allemaal vergoed wordt. Ik ben blij dat mijn ouders meebetalen, want ik had het nooit allemaal zelf kunnen betalen." Weinig personen (negen mensen, 23%) doet een beroep op de gemeente, via de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG), voor het vergoed krijgen van extra gemaakte kosten. Ook proberen weinig mensen (zeven mensen, 18%) een aanvraag voor bijzondere bijstand in te dienen bij de Sociale Dienst van hun gemeente.

Verder zijn de volgende wegen minder vaak bewandeld: schoolbegeleidingsdienst inschakelen en schooldecaan inschakelen (voor beroep op schoolfonds) (elk drie mensen, 8%), aanvraag bij het Uitvoeringsorgaan Werknemers Verzekeringen

(UWV) en inschakelen sociale raadslieden (elk twee mensen, 5%), benaderen van werkgever (extra kosten reïntegratie of preventie ziekteverzuim) en het aanschrijven van fondsen (elk één lid, 3%). Twee personen zijn overgestapt naar een andere ziektekostenverzekeraar.

Tabel XV Bewandelde wegen om extra kosten vergoed te krijgen

	Aantal	%
Aanvraag bij ziektekostenverzekeraar	30	75%
Overstappen naar een andere ziektekostenverzekeraar	2	5%
De arts vragen om de aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar te ondersteunen met een speciale brief	18	45%
Bij instantie via het Persoonsgebonden budget (PGB)	1	3%
Aanvraag bij de Sociale Dienst van de gemeente (bijzondere bijstand)	7	18%
Bij de gemeente, via de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG)	9	23%
Bij instantie via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	5	13%
Aanvraag bij de Uitvoeringsorgaan Werknemers Verzekeringen (UWV)	2	5%
Werkgever benaderen (extra kosten reïntegratie of preventie ziekteverzuim)	1	3%
Belastingdienst (medische kosten via belastingaangifte)	16	40%
Schoolbegeleidingsdienst inschakelen	3	8%
Schooldecaan inschakelen (voor beroep op schoolfonds)	3	8%
Decaan op universiteit of hoge school inschakelen of vrienden		
Hulp vragen aan familie en/of vrienden	11	28%
Sociale raadslieden inschakelen	2	5%
Een fonds aanschrijven (via het fondsenboek)	1	3%
Anders, namelijk...	8	20%
Niet ingevuld	2	5%
Totaal	121	303%

Hoger en middelbaar opgeleiden zijn meer bezig met het verhalen van de kosten (negentien mensen, 58%) (zie bijlage 2, tabel 17). Maar het opleidingsniveau blijkt geen rol te spelen in de wijze waarop mensen hun extra kosten vergoed willen hebben (bijlage 2, tabel 18).

3.3 Procedure om kosten vergoed te krijgen

Bij het zoeken naar een mogelijkheid om een vergoeding voor de gemaakte kosten te krijgen zijn mensen veel tijd kwijt. Op de vragenlijst konden mensen aangeven hoeveel tijd zij gemiddeld kwijt zijn per aanvraag. Zesentwintig mensen hebben deze vraag beantwoord. Er is een grote variatie in de antwoorden betreffende het aantal uren: het varieert van 1 tot 100 uur. Sommige mensen gaven de bestede tijd over de hele periode weer (bijlage 2, tabel 19). Een indicatie is dat 54% van de mensen (achttien mensen) in totaal gemiddeld 1,5 uur kwijt zijn per aanvraag.

Ongeveer een vijfde deel (zeven mensen, 21%) kon niet duidelijk aangeven hoeveel uur zij is besteed per aanvraag. Deze personen geven wel de volgende indicaties:

- *“Vele uren”;*
- *“Voortdurend mee bezig geweest”;*
- *“Twee jaar en acht maanden tot aan het 1e voorschot. Hiervoor moet verantwoording door bonnetjes en het einde is nog niet in zicht”;*
- *“tig uren”*
- *“In het begin vele uren in verband met rechtszaak en reizen. Nu ongeveer 1 uur per half jaar”;*
- *“Het is niet bij elkaar op te tellen, ik heb hulp gehad van revalidatiecentrum”.*

Enkele personen gaven ook aan dat ze bij een aanvraag ook veel tijd kwijt zijn aan telefoongesprekken.

Als een aanvraag is ingediend volgt er een periode van het wachten op antwoord. Mensen hadden de mogelijkheid om aan te geven wat de gemiddelde wachttijd is. Deze vraag is door dertig mensen ingevuld en hun wachttijd varieert van 0 tot 26 weken. Ongeveer de helft (vijftien mensen, 49%) kreeg binnen vijf weken antwoord en de rest moest minstens zes weken wachten (bijlage 2, tabel 20). Het lange wachten is niet bepaald bemoedigend om nog eens - voor nieuwe extra kosten - te zoeken naar vergoedingsmogelijkheden:

- *“Soms maanden, het voelt dan wel als een ontmoedigingsbeleid.”*

4

De hiaten in de wet- en regelgeving

In dit hoofdstuk kijken we eerst naar de huidige lacunes in de wet- en regelgeving van verzekeraars en overheden. Vervolgens gaan we in op de nieuwe zorgverzekeringswet die per 1 januari 2006 wordt ingevoerd. De vervanging van de Ziekenfondswet uit 1966 heeft veel veranderingen voor verzekerden tot gevolg. We bekijken wat die veranderingen inhouden. Vervolgens gaan we in op positieve en minder positieve kanten van die veranderingen. En we gaan na wat de gevolgen van de nieuwe wet zijn voor mensen met lage inkomens en voor mensen met brandwonden.

4.1 De huidige vergoedingsmogelijkheden

De zorgverzekeraars van ziekenfondsverzekerden moeten zich aan de Algemene Ziekenfondswet houden. In deze wet staat voor een aantal categorieën beschreven wat vergoed wordt en wat niet. Vanuit het ziekenfonds worden vooral praktische zaken ter vermindering van het ergste leed, ter vermindering van de grootste kosten, vergoed. We hebben het dan vooral over de vergoeding van geneesmiddelen, ziekenvervoer, hulpmiddelen, (een deel van de) psychische hulp en thuiszorg. Aan de vergoedingen worden duidelijke voorwaarden gesteld. Het moet gaan om 'noodzakelijke', langdurige zorg, geïndiceerd door een arts. (Als het gaat om geneesmiddelen is de indicatie belangrijk; in het geval van ziekenvervoer, is een vereiste dat een patiënt vaker dan twee keer per week en langer dan gedurende vijf maanden, verder dan een uur reisafstand, moet reizen.) In sommige gevallen vergoedt het ziekenfonds alle kosten die een patiënt heeft. Dit gebeurt voornamelijk als het gaat om vergoeding van (de meestal door een arts voorgeschreven) geneesmiddelen of hulpmiddelen. Hier is wel een maximale vergoeding aan verbonden. Voor andere vormen van zorg die het ziekenfonds vergoedt, dient een patiënt wel een eigen bijdrage te betalen. Zo betaalt de patiënt zelf vijftien euro voor elke behandeling door een psycholoog bij het RIAGG (de rest wordt door het ziekenfonds vergoed), en 11,80 euro voor elk uur thuiszorg. Voor ziekenvervoer zijn patiënten maximaal 82 euro per jaar verschuldigd. Hieruit valt te concluderen dat veel mensen die verzekerd zijn bij het ziekenfonds en die vanwege hun aandoening of ziekte afhankelijk zijn van diverse vormen van zorg, eigen bijdragen moeten betalen. Als je als patiënt van meerdere vormen van ('noodzakelijk geachte') zorg afhankelijk bent (bijvoorbeeld geneesmiddelen, ziekenvervoer én thuiszorg), kunnen die eigen bijdragen aardig oplopen.

Zorg die 'niet direct noodzakelijk' is, wordt deels vergoed vanuit aanvullende verzekeringen. Voor een vergoeding is altijd een verwijzing van een arts nodig. We hebben het dan over alternatieve geneeswijzen (waaronder hypnotherapie en

homeopathische geneesmiddelen), camouflagetherapie, lasertherapie, littekenmassages, medische tatoeage, lichttherapie, reiskosten wegens ziekenbezoek en thuiszorg. Huidtherapeuten kunnen een aantal vormen van de hiervoor genoemde therapieën uitvoeren, bijvoorbeeld camouflagetherapie, lasertherapie, littekenmassages, medische tatoeage of lichttherapie uitvoeren (ze zijn niet altijd in al deze vormen van therapie gespecialiseerd). Als het effect van een bepaalde therapie bewezen is, wordt vergoeding door aanvullende verzekering waarschijnlijker. Medische tatoeage en lichttherapie, bijvoorbeeld, zijn relatief nieuwe behandelvormen. Van deze behandelvormen is het effect nog niet volledig bewezen, of de behandelingen zijn nog erg duur. Hierdoor vergoeden aanvullende verzekeringen deze therapievormen waarschijnlijk minder vaak dan bijvoorbeeld littekenmassages of camouflagetherapie.

Informatie over de mate waarin verzekeraars bepaalde producten vergoeden is moeilijk te verkrijgen. De informatie over vergoedingen van de ziekenfondsen op internet is zeer onoverzichtelijk, vooral als je informatie wilt over de mate waarin zij specifieke hulpmiddelen, zoals een pruik of siliconenpleisters, vergoeden. Als je per product wilt weten in hoeverre het ziekenfonds of de aanvullende verzekeringen dat vergoedt, zou je elke verzekering moeten bellen om te vragen in welke mate de producten vergoed worden. Omdat specifieke informatie over producten en vergoedingen moeilijk te vinden is, vermelden we in tabel 1 in bijlage 3 algemene gegevens over de vergoedingen, zoals die in de ziekenfondswet verwoord staan. We leggen daarbij de vergoedingen vanuit het ziekenfonds en de vergoedingen vanuit de aanvullende verzekeringen naast elkaar.

Een voorbeeld van verschillen in vergoedingen van aanvullende (ziekenfonds)verzekeringen: hypnotherapie

Omdat hypnotherapie een vorm is van kortdurende therapie met effectieve en blijvende resultaten, vergoeden zorgverzekeraars de kosten steeds vaker. Op internet vonden we een overzicht van de verschillende aanvullende verzekeringen (voor ziekenfondsverzekerden) die hypnotherapie vergoeden. De aanvullende verzekeringen van ziekenfondsen die hypnotherapie niet vergoeden, staan in het overzicht niet vermeld. We hebben dus geen volledige informatie over de mate waarin de aanvullende verzekeringen hypnotherapie vergoeden, maar we kunnen ons op basis van het overzicht wel een beeld vormen van de mate waarin hypnotherapie vergoed wordt.

Uit tabel 2 in bijlage 3 valt in de derde kolom (vergoedingen) af te lezen dat de wijze waarop verzekeringen hypnotherapie vergoeden, sterk verschillen. Sommige verzekeringen vergoeden een vast bedrag van een behandeling, andere verzekeringen vergoeden een percentage. Ook bestaan er verschillen in de wijze waarop de maximale vergoeding wordt vastgelegd. Sommige verzekeraars vergoeden een maximaal aantal consulten; andere verzekeraars vergoeden tot een maximaal bedrag. Deze verschillen in de berekening van de vergoeding en de eigen bijdrage van de patiënt maken de vergelijkbaarheid van de vergoedingen van verzekeraars lastig. Daarom hebben we een berekening gemaakt (kolom 4) van de kosten voor de patiënt, uitgaande van vijf behandelingen met een behandel tarief van 70 euro. Dit maakt de echte verschillen in de vergoedingen inzichtelijk.

4.2 De vergoedingen door gemeenten: Wwb en WMO

Vergoeding van extra kosten door de (sociale dienst van een) gemeente is mogelijk voor mensen die een inkomen op het bijstandsniveau hebben. De vergoedingsmogelijkheden in de vorm van bijzondere bijstand zijn sterk ingeperkt door de Wet werk en bijstand (Wwb). Deze wet is op 1 januari 2004 in werking getreden en heeft de Bijstandswet vervangen. Voluit is de naam van de nieuwe wet: Wet inzake ondersteuning bij arbeidsinschakeling en verlening van bijstand door gemeenten. Door deze wet zijn er belangrijke veranderingen gekomen in de vergoedingsmogelijkheden van extra kosten door gemeenten.

De Wwb omvat de verschuiving van het rijk naar de gemeenten van twee belangrijke verantwoordelijkheden:

- het garanderen van een bestaansminimum voor mensen die niet in hun eigen levensonderhoud kunnen voorzien;
- het creëren van mogelijkheden voor de deelname van bijstandsgerechtigden aan betaalde arbeid.

De gemeenten zijn volledig verantwoordelijk voor de uitbetaling van de bijstandsuitkeringen. Voor dit inkomensdeel krijgen ze ieder jaar een budget. Alles wat gemeenten hiervan niet uitgeven mogen ze houden, en bijvoorbeeld aanwenden voor het werkdeel, maar alles wat ze tekortkomen moeten ze zelf aanvullen. Daarnaast krijgen de gemeenten één ongedifferentieerd, vrij besteedbaar en regelvrij budget voor het werkdeel, voor reïntegratieprojecten en gesubsidieerde arbeid. Als dit geld niet wordt opgemaakt, moet het terug naar de landelijke overheid.

De gemeenten hebben nog enkele andere richtlijnen en beperkingen meegekregen die de beleidsvrijheid rond de inkomens van bijstandsgerechtigden inperken. Het normbedrag voor de bijstandsuitkering blijft hetzelfde: 50% van het minimumloon. Verder is er een generieke regeling gekomen, de zogenaamde langdurigheidtoeslag. Die toeslag is bestemd voor mensen die kunnen aantonen in de afgelopen vijf jaar helemaal geen betaalde arbeid te hebben verricht en dat ook in het komende jaar niet gaan doen. Het kabinet heeft de categoriale bijstand afgeschaft, dat wil zeggen dat de gemeente niet voor groepen mensen een toeslag op het bijstandsinkomen kan geven. Wel zijn er nog gemeenten die een aanvulling geven in de vorm van een aanvullende zorgverzekering voor alle bijstandsgerechtigden. Gemeenten kunnen verder alleen in individuele gevallen bijzondere bijstand geven. Dat betekent dat iedereen apart een aanvraag voor bijzondere bijstand moet indienen. Op het budget voor bijzondere bijstand is echter sterk gekort, waardoor er minder mogelijkheden zijn voor het toekennen van vergoedingen voor extra kosten van mensen met een bijstandsinkomen. Daarbij kunnen gemeenten een heel verschillend beleid hebben. De extra kosten die in de ene gemeente wel voor een vergoeding in aanmerking komen, kunnen in de gemeente 5 km verderop meteen worden afgewezen.

Een andere mogelijkheid die op het lokale niveau bestaat, is een aanvraag bij de gemeenten vanwege de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG). In het jaar 2006 gaat dit veranderen door de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Het kabinet hanteert in deze wet enkele uitgangspunten die ook in de nieuwe Zorgverzekeringswet terugkomen. Mensen moeten gestimuleerd worden om zoveel mogelijk voor zichzelf te zorgen. Er moet minder bureaucratie komen door een eenvoudiger bepaling van wie welke zorg nodig heeft (indicatiestelling) en de administratieve lasten moeten minder. Uit deze uitgangspunten volgen de richtlijnen voor de uitvoering op lokaal niveau:

1. Inperking van de AWBZ-aanspraken op zorg voor mensen met een ernstige, langdurige zorgvraag.
2. Realisering van een keten van ondersteuning op lokaal niveau.
3. Stimulering van het 'probleemoplossend vermogen' van burgers zelf.

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de WMO ligt bij de gemeentelijke overheden. Zij krijgen van de rijksoverheid daarbij vrijheid, bijvoorbeeld in het stellen van hun eigen prioriteiten. De middelen voor de WMO worden via het gemeentefonds aan de afzonderlijke gemeenten toegekend.

Een van de gevaren die door belangenorganisaties is gesignaleerd betreft een toenemend verschil in voorzieningenniveau door het verschuiven van de gehele verantwoordelijkheid voor de zorg- en hulpverlening naar het lokale niveau. Als gemeenten zelf invulling kunnen geven aan de wet, kan het per lokale situatie verschillen welk beroep inwoners kunnen doen op functies waar zij nu volgens de AWBZ recht op hebben. De wet regelt slechts de contouren van wat burgers van hun gemeente mogen verwachten aan ondersteunende voorzieningen. Anderzijds biedt de invoering van de WMO ook mogelijkheden voor het beïnvloeden van de prioriteitstelling op lokaal niveau. Belangenorganisaties kunnen door lokale lobbytrajecten het beleid ter plaatse proberen te beïnvloeden.

4.3 De nieuwe zorgverzekeringswet per 1 januari 2006

De Zorgverzekeringswet die het kabinet per 1 januari 2006 invoert betekent een einde aan de Ziekenfondswet uit het jaar 1966.

De hoofdpunten uit de nieuwe wet zijn:

- Het onderscheid ziekenfonds en particulier verzekerden verdwijnt; in plaats hiervan krijgt iedereen een basisverzekering tegen dezelfde ziektekosten. Problemen voor mensen die worden uitgesloten (door particuliere verzekeraars) of die door een kleine salarisverandering het ziekenfonds moeten verlaten, behoren daarmee tot het verleden.
- De basisverzekering wordt aangeboden door private verzekeraars die winst mogen maken.
- De standaardverzekering is gelijk aan het huidige ziekenfondspakket.
- De gemiddelde premie voor de basisverzekering komt uit op 1100 euro (per jaar) per volwassene. Kinderen tot achttien jaar zijn gratis meeverzekerd.
- Burgers kunnen jaarlijks van verzekeraar wisselen. Verzekeraars moeten iedereen tegen de zelfde premie een basispakket aanbieden (ter voorkoming van risicoselectie). Bedrijven kunnen met collectieve verzekeringen een maximale premiekorting van 10% bedingen.
- De burger kan zich aanvullend verzekeren voor extra medische hulp.
- Verzekeraars moeten scherper met elkaar concurreren. Om concurrentie tussen zorgverzekeraars mogelijk te maken wordt de contracteerplicht afgeschaft. Dat betekent dat een verzekeraar niet meer elke zorgaanbieder hoeft te contracteren. Ze kunnen lagere prijzen of extra service afdwingen omdat ze niet meer met elk ziekenhuis afzonderlijk een contract hoeven af te sluiten. Voor huisartsen, apothekers en fysiotherapeuten is al ruim tien jaar terug de contracteerplicht afgeschaft.
- De burger mag om een arts of ziekenhuis vragen waarmee zijn verzekeraar geen contract heeft. Mogelijk dient de burger eerst de rekening zelf te betalen, maar daarna kan deze die declareren bij de zorgverzekeraar.

De toegankelijkheid van de zorg

Volgens de wet wordt de toegankelijkheid van de zorg gegarandeerd door drie regels:

1. De acceptatieplicht (voor de basisverzekering moeten de verzekeraars alle verzekerden accepteren).
2. Het verbod op differentiatie in premies van gelijke polissen tussen verzekerden.
3. Er komt een risicovereveningsysteem. Dat zorgt ervoor dat verzekeraars met relatief veel verzekerden met een hoog risico financieel gecompenseerd worden (door de Nederlandse overheid). Dit systeem moet voorkomen dat verzekeraars patiënten met een hoog risico (dit zijn vooral gehandicapten, ouderen, chronisch zieken) uitsluiten van een aanvullende verzekering, of een hogere premie vragen aan deze patiënten. Momenteel bestaat er ook al een risicovereveningsysteem voor de ziekenfondsen. Straks in het nieuwe zorgstelsel geldt het voor alle zorgverzekeraars.

De zorgtoeslag

Met de invoering van de nieuwe wet komt er ook een inkomensafhankelijke zorgtoeslag. De tegemoetkoming moet waarborgen dat niemand een groter deel van zijn inkomen aan verzekeringspremie hoeft te betalen, dan als aanvaardbaar wordt gezien. De lasten van premies die daarbovenuit stijgen, komen in aanmerking voor compensatie via de zorgtoeslag.

De voorwaarden voor de toeslag zijn:

- Iemand moet ouder dan achttien jaar zijn (kinderen tot achttien jaar hoeven geen premie voor de zorgverzekering te betalen).
- Zijn of haar inkomen mag niet te hoog zijn: € 25.068 als er geen verdienende partner is en samen maximaal € 40.120.

De zorgtoeslag bedraagt maximaal 421 euro voor een alleenstaande en 1190 euro per stel. Veel mensen hebben recht op een zorgtoeslag: ongeveer zes miljoen verzekerden krijgen een toeslag. De toeslag wordt maandelijks vooraf via de belastingdienst uitbetaald. De zorgtoeslag kost de overheid 2,1 miljard euro per jaar (Tweede Kamer 29763, 2003-2004).

De zorgtoeslag voorziet niet in een compensatie voor het betalen van een premie voor een aanvullende verzekering.

Fiscale buitengewone uitgavenregeling¹

Naast de compensatie van premielasten voor verzekerden, bestaat er ook nog de fiscale buitengewone uitgavenregeling. Burgers kunnen bij de berekening van de inkomstenbelasting (onder in de belastingwetgeving gestelde voorwaarden), zorgkosten voor fiscale aftrek in aanmerking brengen (Tweede Kamer 29762 vergaderjaar 2003-2004, p. 2). Dit betreft echter altijd een deel van de kosten.

Voor zover wel het recht op aftrek bestaat, maar er onvoldoende inkomen is om de aftrek te verzilveren, kan uitbetaling plaatsvinden op grond van de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven.

¹ Het complex van regelingen voor tegemoetkoming voor buitengewone uitgaven zal nog worden gezien op onderlinge samenhang. In het bijzonder betreft dat de vorm waarin de regeling na afloop van het tijdelijke besluit per 1 januari 2006 wordt voortgezet. In de Miljoenennota 2006 worden de definitieve inkomenseffecten gepresenteerd (Tweede Kamer 2976 2003-2004).

Invoering no-claim ziekenfonds

Op 1 januari 2005 werd een no-claimregeling² ingevoerd in de ziekenfondsverzekering. Het bedrag van de no-claimkorting bedraagt per jaar € 255. Dit bedrag van € 255 betaalt iedere ziekenfondsverzekerde vooraf, als voorschot, aan het ziekenfonds via de premie. Ziekenfondsverzekerden die in een jaar minder dan € 255 aan zorgkosten maken, krijgen het overgebleven deel na afloop van het verzekeringsjaar terug (de no-claimteruggave). De no-claim blijft in het nieuwe zorgstelsel gehandhaafd. Dit houdt in dat verzekerden die geen of weinig gebruik maken van zorg, maximaal € 255 per jaar kunnen terugkrijgen.

4.4 Standpunten over de nieuwe zorgverzekeringswet

Drie decennia lang zijn er diverse pogingen ondernomen om het Nederlandse zorgstelsel te veranderen. Doel was het onderscheid tussen ziekenfondsverzekeringen en particuliere verzekeringen op te heffen. Diverse voorstellen voor een basisverzekering zijn in die tijd de revue gepasseerd, waaronder bijvoorbeeld plannen die de commissie Dekker in 1987 lanceerde. De verschillende kabinetten wilden het Nederlandse zorgstelsel veranderen, omdat het oude zorgstelsel een aantal nadelen had. Zo ging de discussie in de Tweede Kamer vaak over de grote verschillen tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden. Het verbrokkelde stelsel van ziektekostenverzekeringen brengt voor zorgvragers grote verschillen in zorgkosten met zich mee, wat men niet meer wenselijk vond. Ook de kostenbeheersing leed onder het verbrokkelde stelsel van ziektekostenverzekeringen. Particuliere verzekeraars kunnen 'risicovolle' patiënten weigeren, maar ziekenfondsverzekeraars niet. Dit staat eerlijke concurrentie in de weg. Het maakt ook dat verzekerden hun zorgverzekeraars onvoldoende kunnen aansporen om goede en goedkope zorg te bieden. En dat staat betere kostenbeheersing in de weg.

Hierin wil de overheid met de nieuwe zorgverzekeringswet en een eenduidiger zorgverzekeringsstelsel verandering brengen. Daarnaast komen de verantwoordelijkheden zo dicht mogelijk bij de mensen en instituties te liggen. De overheid veronderstelt dat mensen en instituties daardoor meer rekening houden met de hoge kosten van de zorg.

Voordelen

De zorgvragers, de burgers, krijgen meer eigen verantwoordelijkheid. Ze moeten een hogere zorgpremie betalen en krijgen geld terug (no-claimteruggave) als ze minder zorg gebruiken. De veronderstelling is dat dit laatste punt leidt tot een vermindering van de kosten van de gezondheidszorg.

Ook krijgt de burger meer keuzemogelijkheden door de acceptatieplicht die alle verzekeraars hebben. Iemand kan niet meer door een verzekeraar geweigerd worden. Een burger mag zelf bepalen wat voor soort verzekering hij/zij wil (met een vrijwillig eigen risico of niet, zorg in natura of zorg op basis van restitutie). Mensen kunnen de verzekeraar kiezen die de beste zorg biedt voor de laagste prijs. Dit stimuleert de concurrentie tussen de verzekeraars, aldus de samenstellers van de nieuwe wet.

² De no-claim heeft alleen betrekking op ziekenhuiszorg, medicijnen, paramedische zorg en het zittend ziekenvervoer. De zorg die verzekerd is in de aanvullende verzekering, de zorg voor kinderen onder de achttien jaar, kraamzorg, verloskundige zorg en huisartsenzorg vallen dus niet onder de regeling.

De nieuwe wet biedt volgens de NPCF (Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie) meer ruimte voor zorg op maat en geeft patiënten een onderhandelingspositie. Patiëntenorganisaties kunnen bijvoorbeeld met verzekeraars onderhandelen over de inkoop van zorg. Daarnaast krijgen consumenten meer keuzevrijheid. Dat is vooral positief voor ouderen en chronisch zieken die nu vastzitten aan een dure polis.

Verzekeraars moeten dus hun best doen om zorgvragers tevreden te stellen. Omdat ze ‘mensen met een hoger gezondheidsrisico’ niet meer kunnen weigeren, zullen verzekeraars, om kosten te besparen, vooral moeten letten op de doelmatigheid en kwaliteit (en lage kosten) van het zorgaanbod. Hierop zullen ze de zorgaanbieders (ziekenhuizen, artsen, paramedici), duidelijker gaan aanspreken. Zorgverzekeraars zullen op prijs, service en kwaliteit gaan concurreren met andere zorgverzekeraars. De overheid verwacht dat dit in de gehele gezondheidszorg leidt tot kostenbeheersing. De overheid verwacht ook een betere kwaliteit van de zorg: de versterkte positie van de burger en de zorgverzekeraar (die beiden om goede, goedkope en doelmatige) zorg vragen, stimuleert de zorgaanbieders tot betere prestaties.

De overheid blijft verantwoordelijk voor de sociale voorwaarden: het waarborgen van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Kritiekpunten

Ondanks positieve geluiden, is er vanuit verschillende hoeken kritiek op de nieuwe zorgverzekeringswet, bijvoorbeeld vanuit de Algemene Rekenkamer, de politiek (PvdA, SP, Groen Links), patiëntenorganisaties (CG-raad, NPCF, Nederlandse Vereniging voor Nierpatiënten), ouderenorganisaties (CSO), verloskundigen (Koninklijke Nederlandse organisatie van verloskundigen), huisartsen (LHOV en LHV). Ze formuleren hun kritiek op diverse websites, in brieven aan minister Hoogervorst of leden van de Vaste Commissie voor VWS van de Tweede Kamer, aan de leden van de Eerste Kamer, in manifesten en persberichten.

In de kritieken wordt ingegaan op verschillende aspecten van de nieuwe wet. We behandelen hier de drie onderdelen, namelijk:

1. Het marktdenken.
2. De rol van verzekeraars als regisseur van de zorg.
3. De positie van de zorgvrager (toegankelijkheid van de zorg, keuzevrijheid, beschikbaarheid van informatie, privacy, klachtenafhandeling).

1. Het Marktdenken

Met de nieuwe wet wordt meer marktwerking in de zorg mogelijk gemaakt. Er zijn diverse organisaties en personen die grote bezwaren hebben tegen marktwerking in de zorg. We kijken naar hun belangrijkste argumenten.

Agnes Kant (Tweede-Kamerlid SP) heeft het initiatief genomen tot het opstellen van een manifest getiteld: ‘de zorg is geen markt’ (www.zorggeenmarkt.nl). Volgens de opstellers en ondertekenaars van het manifest, leidt marktwerking in de zorg tot minder samenwerking, duurdere zorg, minder kwaliteit, meer bureaucratie, te weinig oog voor de lange termijn en aantasting van de solidariteit.

2. De rol van verzekeraars als regisseur van de zorg

Huisartsen en organisaties van eerstelijns zorgverleners (waaronder de Koninklijke Nederlandse Organisaties van Verloskundigen) hebben grote bezwaren tegen

de grote invloed die zorgverzekeraars krijgen. Het belangrijkste bezwaar hiertegen is het feit dat de belangen van de verzekeraar niet bij goede zorg, maar bij goedkope zorg liggen. Bij de inkoop van zorg door verzekeraars zal daardoor de nadruk niet langer bij zorginhoudelijke motieven liggen, maar bij motieven van winst en nationale concurrentie.

De huisartsen hebben ook grote bezwaren tegen de informatieplicht aan verzekeraars, zoals die in de nieuwe wet verwoord staat. Dit schendt de privacy van de patiënt en de vertrouwensfunctie van de huisarts. Om zorg vergoed te krijgen, stelt het wetsvoorstel veel voorwaarden aan het ter beschikking stellen van gegevens aan de verzekeraar.

3. De positie van de zorgvrager

Diverse belangenorganisaties voor chronische patiënten en ouderen (zoals de Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-raad) en het Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO)) maken zich zorgen om de keuzevrijheid en toegankelijkheid van de zorg binnen de nieuwe zorgverzekeringswet.

Voor chronische patiënten en gehandicapten is de aanvullende verzekering van groot belang, want de aanvullende verzekering omvat voor hen vaak noodzakelijke zorg. Verzekeraars hebben voor aanvullende verzekeringen echter geen acceptatieplicht; dit betekent dat zorgvragers geweigerd kunnen worden vanwege een gezondheidsrisico.

De zorgverzekeraar gaat mede bepalen welke zorg door welke behandelaar wordt verleend aan een verzekerde (zorgvrager). Dit betekent dat een zorgvrager niet altijd zelf kan kiezen door welke behandelaar hij behandeld wil worden. Voor volledige keuzevrijheid moet worden bijbetaald. Dit vormt een risico voor de toegankelijkheid van de zorg. De CG-Raad is principieel van mening dat er voor iedereen vrije artskeuze moet zijn zonder extra kosten.

De Consumentenbond ziet een aantal winstpunten van de nieuwe wet, maar heeft ook nog enkele zorgen. Die betreffen vooral de voor de consument/zorgvrager beschikbare informatie en de rechtspositie van de zorgvrager: 'De Consumentenbond vindt de informatie op dit moment nog schaars, te algemeen, versnipperd en niet voor iedereen toegankelijk. Ook is de Consumentenbond van mening dat de afhandeling van klachten, als een zorgvrager een probleem heeft met een zorgverzekeraar, in de wet nog niet goed geregeld is.

4.5 Welke gevolgen heeft de wet voor mensen met lage inkomens?

Hebben mensen met lage inkomens straks nog de mogelijkheid (qua financiën) om zich aanvullend te verzekeren? Of worden minima gedwongen tot een keuze voor een beperkte zorgverzekering? En betekent dit dat mensen met lage inkomens door beperktere zorgverzekeringen ook minder goede zorg krijgen?

Gevolgen van de wet op het inkomen

De minister heeft de inkomenseffecten van de zorgverzekeringswet voor verschillende groepen bekeken. Binnen de groepen bestaan soms grote verschillen in effecten. Om de inkomenseffecten bij ambtenaren en studenten te compenseren is een bedrag van 0,2 miljard gereserveerd. In zijn memorie van toelichting (T.K. vergaderjaar 2003-2004, 29763, nr. 3) zegt de minister dat voor chronisch zieken en mensen met een handicap die voor invoering van de Zorgverzekeringswet ziekenfondsverzekerd waren, geen grotere veranderingen in het inkomen optreden dan voor andere burgers. Voor chronisch zieken en mensen

met een handicap die voorheen een particuliere verzekering hadden, zijn er wel verschillen. De redenering hierachter is dat deze groep tot januari 2006 moeilijk van verzekeraar kon wisselen, omdat particuliere verzekeraars chronisch zieken of mensen met een handicap niet hoefden te accepteren. Daardoor waren hun polissen soms ook duurder dan de gemiddelde particuliere polis. De minister zegt dat deze mensen in 2006 een polis vanwege de zorgverzekeringswet krijgen, waarvan de premie dezelfde is als voor 'gezonde' mensen. Ook kunnen verzekeraars ze niet meer weigeren. Hierdoor zullen de inkomenseffecten voor deze groep, zo verwacht van de minister, positief zijn. Dit is mede te danken aan de zorgtoeslag die mensen met lage inkomens krijgen om de negatieve inkomenseffecten te compenseren.

De zorgtoeslag

De zorgtoelage moet wel eerst aangevraagd worden. Het gevaar bestaat dat de lagere inkomensgroepen met de komst van de nieuwe zorgverzekeringswet wél meer geld kwijt zullen zijn aan zorg. Simpelweg door het feit dat ze niet weten dat ze een zorgtoelage kunnen of moeten aanvragen, of door het feit dat ze niet weten hoe ze dat moeten doen. Juist de meest kwetsbare groepen wet hun weg in het administratieve oerwoud niet te vinden.

Bij de vaststelling van de hoogte van de zorgtoeslag, is minister Hoogervorst uitgegaan van een gemiddelde standaardpremie (van 1100 euro) die mensen straks moeten gaan betalen voor de basisverzekering. Echter, dit is een gemiddelde premie, want de werkelijke premie die een verzekerde betaalt, is afhankelijk van de soort verzekering die een verzekerde afsluit. Mensen die kritisch zijn, goed informatie kunnen vinden, kunnen vergelijken, en uit de vele mogelijke verzekeringen de juiste weten te kiezen, zullen op een lagere premie uitkomen. Maar mensen die hier moeite mee hebben, nemen mogelijk genoeg met een verzekering met een hogere premie dan nodig is.

Welke basisverzekering is de goedkoopste keuze?

De minister beweert dat mensen met lage inkomens er met de nieuwe wet niet op achteruit gaan, maar er zitten nog meer addertjes onder het gras. In de nieuwe zorgverzekeringswet is aangegeven dat verzekeraars verzekeringen met een naturapolis kunnen aanbieden en verzekeringen met een restitutiepolis (T.K. 29763; vergaderjaar 2003-2004, pp. 28,29).

Verzekeringen met een polis in natura

Bij een naturaverzekering heeft de verzekeraar afspraken gemaakt met een aantal zorgaanbieders over prijs, kwaliteit en service van de zorg. De rekening van de zorgverlener direct naar de verzekeraar. De zorgverzekeraar vergoedt daarom bij een naturaverzekering in ieder geval de volledige kosten van die zorgaanbieders waarmee de zorgverzekeraar een contract heeft. Gaat een verzekerde toch naar een andere zorgverlener dan door de verzekeraar gecontracteerd is, dan moet de verzekerde bijbetalen. De polis in natura is in principe goedkoper dan de restitutie-polis.

Verzekeringen met een polis op restitutiebasis

Bij de polis op restitutiebasis zal de verzekerde het bedrag voor de zorg moeten voorschieten, om het na declaratie van het bedrag terug te krijgen van de verzekeraar. Het voordeel van deze polis is echter dat de verzekerde zelf bepaalt welke zorg hij wil, van welke aanbieder. Hiermee worden de wachttijden, kwaliteit van zorg, locatie van zorg, hoeveelheid van zorg meer door de verzekerde zelf bepaald; hij/zij kan zelf bepalen welke zorg hij/zij wil, waar, en

hoe. De premie van een polis op restitutiebasis, ligt echter wel hoger dan de premie van een polis in natura.

In de praktijk zullen ook mengvormen tussen polissen in natura en restitutiepolis-
sen mogelijk zijn. Ook mogen verzekeraars in de nieuwe wet basisverzekeringen
aanbieden met een vrijwillig eigen risico. In de wet is vastgelegd dat dit eigen
risico maximaal 500 euro mag gaan bedragen. Hoe hoger het eigen risico dat een
verzekerde betaalt, hoe lager de premie voor de verzekering zal zijn. En
andersom geldt; een lager eigen risico betekent een hogere premie voor de
basisverzekering.

In de onderstaande tabel beschrijven we de kenmerken van vier mogelijke
soorten basisverzekeringen, en de vermoedelijke gevolgen van de soorten
verzekering voor de hoogte van de premie.

Tabel XVI

Soort basisverzekering	Hoogte premie	Verwachte keuzevrijheid
Verzekering met hoog eigen risico	Lager dan gemiddeld	
Verzekering met laag eigen risico	Hoger dan gemiddeld	
Verzekering met naturapolis	Lager dan gemiddeld	Weinig
Verzekering met restitutiepolis	Hoger dan gemiddeld	Veel

Uit deze tabel is concluderen, dat mensen met een basisverzekering met een
laag eigen risico en een restitutiepolis, op een gemiddeld hogere premie voor de
verzekering uit zullen komen dan de 1100 euro per jaar die door minister
Hoogervorst berekend is. Deze mensen zullen, ook met een zorgtoeslag, meer
inkomenseffecten ondervinden dan mensen die een verzekering met een hoog
eigen risico en/of een naturapolis afsluiten. Mensen uit de lagere inkomensgroe-
pen zullen eerder kiezen voor een polis in natura dan voor een restitutiepolis, om
twee redenen:

1. Ze hebben het geld niet om rekeningen van zorgaanbieders voor te schieten.
2. De premie van de polis in natura is lager. Een basisverzekering met een hoog
eigen risico kan voor mensen met lage inkomens extra lastig zijn; mocht er
onverhoopt iets met de gezondheid zijn, dan kun je voor hoge onverwachte
kosten komen te staan.

Is goedkoop duurkoop? Invloed van de wet op de kwaliteit van de zorg

We weten nu dat iemand met een laag inkomen - om er niet in inkomen op
achteruit te gaan - het beste een basisverzekering met een hoog eigen risico of
een verzekering met naturapolis kan afsluiten. Maar krijgen ze met deze soorten
basisverzekeringen ook nog kwalitatief goede zorg?

In feite is het zo dat een verzekeraar voor een polis in natura contracten afsluit
met een aantal vaste zorgaanbieders (bijvoorbeeld Ziekenhuis x, y en z, huisarts
a, b en c en fysiotherapeut f, g en h). In deze contracten maakt de verzekeraar
afspraken met de zorgaanbieder over de wachttijden, de kwaliteit van zorg en de
hoeveelheid van zorg (bijvoorbeeld: een verzekerde met een polis in natura
krijgt bij onze verzekering tien behandelingen bij fysiotherapeut g vergoed). In
feite biedt een verzekeraar bij een basisverzekering met een polis in natura, de
verzekerde een 'pakket van zorg' aan. De kwaliteit van de zorg die een verze-
kerde krijgt, is daarmee afhankelijk van het pakket van zorg dat de verzekeraar
heeft samengesteld. Zijn er afspraken gemaakt met veel verschillende, en
kwalitatief goede, ziekenhuizen, dan is een verzekerde zeker van kwalitatief
goede zorg. Maar het een andere situatie is ook heel waarschijnlijk. Een

verzekeraar kan ook, om zelf goedkoper uit te zijn, voor een verzekering met een polis in natura afspraken maken met kwalitatief 'minder goede' zorgaanbieders. Een naturapolis heeft tenslotte een lagere premie en is dus in feite een 'goedkopere verzekering'. In dat geval kan in theorie het onderstaande gebeuren.

Mensen met een laag inkomen nemen een goedkope verzekering, ofwel een verzekering met een polis in natura. Een verzekering met een polis in natura biedt kwalitatief minder goede zorg, dus... mensen met een laag inkomen krijgen met de nieuwe zorgverzekeringswet kwalitatief minder goede zorg. Dit kan in theorie gebeuren. Of verzekeraars voor polissen in natura kwalitatief minder goede zorg 'inkopen', is nog maar de vraag. Daarmee is het ook niet zeker of mensen met een polis in natura in praktijk kwalitatief minder goede zorg krijgen. Dat zal nog moeten blijken....

En dan nog iets:

We hebben het totnogtoe alleen nog maar gehad over de invloed van de premies van de basisverzekering op het inkomen van mensen met een laag inkomen. Voor sommige mensen is naast een basisverzekering een aanvullende verzekering noodzaak. Zij zullen mogelijk meer geld kwijt zijn aan premies voor zorgverzekeringen dan in het huidige systeem. De zorgtoeslag compenseert namelijk de kosten voor de basisverzekering, maar niet die voor de aanvullende verzekeringen.

4.6 Wat voor gevolgen heeft de zorgverzekeringswet voor mensen met brandwonden?

Wat hoort wel en niet bij de behandelingen in het basispakket? Bieden de aanvullende pakketten genoeg compensatie en zijn ze wel toegankelijk voor patiënten met een chronische aandoening? Kunnen chronisch zieken straks alleen nog polissen in natura krijgen, waardoor hun vrije artskeuze en therapiekeuze belemmerd wordt? Of houden zij toegang tot polissen op restitutiebasis?

Vooralsnog is het zo dat voor mensen met brandwonden, in tegenstelling tot 'de incidentele patiënt', een basisverzekering vaak niet voldoet. Zij hebben meer zorg nodig, zorg die vaak niet door de basisverzekering gedekt wordt, zoals fysiotherapeutische zorg. Binnen het huidige zorgverzekeringsstelsel zijn ze voor hun zorg dus afhankelijk van een aanvullende verzekering. De inhoud van de basisverzekering verandert met de nieuwe zorgverzekeringswet niet. Dus ook straks zullen ze zich waarschijnlijk aanvullend moeten verzekeren.

De kosten van een aanvullende verzekering zijn afhankelijk van de zorgverzekeraar en de dekking. Ook met de nieuwe zorgverzekeringswet geldt: verschillende zorgverzekeraars zullen verschillende aanvullende verzekeringen aanbieden die kunnen verschillen in prijs en dekking. In principe kunnen die elke vorm van geneeskundige zorg omvatten die in Nederland verkrijgbaar is. Hoe breder de dekking van de aanvullende verzekering, hoe hoger echter de premie. Dat betekent dat mensen die meer zorg behoeven, hogere premies zullen moeten betalen. De zorgtoeslag heeft alleen betrekking op de premie van de basisverzekering. Dat heeft gevolgen voor mensen die een hogere premie moeten betalen voor een aanvullende verzekering met een ruim zorgpakket. Zij zullen er in inkomen meer op achteruit gaan dan mensen die geen aanvullende verzekering nodig hebben of die kunnen volstaan met een beperkt aanvullend pakket.

Gevolgen toegankelijkheid zorg

In de nieuwe zorgverzekeringswet is bepaald dat zorgverzekeraars verplicht zijn om alle verzekerden die zich voor een basisverzekering aanmelden, te accepteren. Aan al hun verzekerden moeten zij dezelfde premie vragen. Voor de aanvullende verzekeringen is dit echter niet het geval. Voor de aanvullende verzekeringen gelden de acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie niet. Letterlijk staat op de website [www. Zorgverzekeringswet.nl](http://www.Zorgverzekeringswet.nl) beschreven: 'Dat betekent overigens niet dat u geen aanvullende verzekering af kunt sluiten. Het betekent wel dat als u op leeftijd bent of een hoog gezondheidsrisico heeft, sommige verzekeraars u om een gezondheidsverklaring vragen of een medische controle vragen te ondergaan. Op grond hiervan kunnen zij u weigeren of een hogere premie van u eisen.'

Dit kan in de praktijk betekenen dat zorgverzekeraars mensen met brandwonden niet direct weigeren, maar een hogere premie voor hun aanvullende verzekering vragen. In hoeverre dit daadwerkelijk zo zal zijn, is afhankelijk van de werking van het risicovereveningssysteem. Verzekeraars worden 'gecompenseerd' voor risicogroepen, zoals chronisch zieken. Uit onderzoek van de NPCF blijkt dat het huidige systeem van risicoverevening nog niet helemaal waterdicht is.

Minister Hoogervorst heeft als reactie op het onderzoek van de NPCF toegezegd dat hij jaarlijks zal werken aan de ontwikkeling en verfijning van het vereveningssysteem. Hiertoe wordt jaarlijks onderzoek gedaan naar verbetermogelijkheden en worden er in overleg met de verzekeraars en verbeteringen aangebracht. De aanbevelingen uit het rapport van de NCPF vormen voor de minister aandachtspunten voor het onderzoeksprogramma 2006, dat dient als voorbereiding op het vereveningssysteem van 2007.

4.7 Conclusie

De mate waarin mensen met lage inkomens achteruit zullen gaan in hun inkomen door het nieuwe verzekeringstelsel, is afhankelijk van de soort verzekering die ze afsluiten. Als mensen met lage inkomens kritische consumenten zijn, die calculerende overwegingen kunnen maken en genoeg informatie hebben over soorten verzekeringen, en die inzien welke verzekering voor hen het voordeligst is, dan zullen ze een verzekering afsluiten die een lagere premie dan gemiddeld heeft. Daarmee zullen ze niet in inkomen achteruit gaan.

Helaas is de werkelijkheid niet zo ideaal. Het gevaar bestaat dat de lagere inkomensgroepen met de komst van de nieuwe zorgverzekeringswet wél meer geld kwijt zullen zijn aan zorg. De informatie van de diverse verzekeringen is onoverzichtelijk en inzicht in de polissen is moeilijk te verkrijgen. Mensen lopen het risico niet de voor hen meest voordelige verzekering af te sluiten, en uit te komen op een gemiddeld hogere premie dan de basis van de zorgtoeslag, de 1100 euro. Hierdoor is de kans groot dat mensen uit lagere inkomensgroepen ondanks de zorgtoeslag die ze krijgen, in verhouding meer geld aan zorg kwijt zijn dan voorheen.

5

Kenmerken van de onderzoeksgroep

5.1 Leeftijden

De jongste persoon die de vragenlijst heeft ingevuld is 17 jaar is en de oudste 72 jaar. Uit de onderstaande tabel blijkt dat de meeste personen (22 mensen, 27%) in de categorie “50 jaar tot 60 jaar” vallen. Het aantal “jongeren” tot 30 jaar is vrij laag (10 mensen, 12%).

Tabel XVII leeftijden

	Aantal	%
tot 30 jaar	10	12%
30 jaar tot 40 jaar	20	24%
40 jaar tot 50 jaar	18	22%
50 jaar tot 60 jaar	22	27%
60 jaar tot 70 jaar	8	10%
70 jaar tot 80 jaar	2	2%
Onbekend	2	2%
Totaal	82	100%

5.2 Sekse, opleiding en inkomen

In deze groep mensen met brandwonden is er een oververtegenwoordiging van vrouwen (54 mensen, 66%).

Tabel XVIII aantal mannen en vrouwen

	Aantal	%
Man	27	33%
Vrouw	54	66%
Niet ingevuld	1	1%
Totaal	82	100%

De onderstaande tabel laat zien dat de meeste mensen (75 mensen, 91%) een middelbaar of hoger onderwijsniveau hebben. Drie mensen hebben een lage onderwijsniveau.

	Aantal	%
Lager onderwijs	3	4%
Middelbaar onderwijs	42	51%
Hoger onderwijs	33	40%
Niet ingevuld	4	5%
Totaal	82	100%

De volgende tabel laat zien dat 27% van deze groep mensen met brandwonden een inkomen op of onder het minimum heeft. Bijna de helft van de respondenten (40 mensen, 49%) heeft per maand een netto inkomen van € 500 tot € 1500. Zes mensen hebben deze vraag niet beantwoord. En zesendertig mensen (44%) hebben per maand een netto inkomen van € 1500 of meer.

Tabel XIX (netto)inkomen

	Aantal	%
NETTO tussen de 500 en 1000 euro	22	27%
NETTO tussen de 1000 en 1500 euro	18	22%
NETTO tussen de 1500 en 2000	14	17%
NETTO meer dan 2000 euro	22	27%
Niet ingevuld	6	7%
Totaal	82	100%

5.3 Gegevens over brandwonden (aard, duur en gevolgen)

Drievierde van deze groep (62 mensen, 76%) heeft zelf brandwonden en ongeveer een kwart (19 mensen, 23%) heeft de zorg voor de kinderen met brandwonden (bijlage 2, tabel 21). Onder deze 19 mensen zijn 15 vrouwen, en dit kan een verklaring zijn voor de oververtegenwoordiging van vrouwen in dit onderzoek.

Tabel XX Zelf brandwonden of de zorg voor kinderen met brandwonden

	Ik heb (ongeveer)..... ...% brandwonden		Ik weet niet hoeveel % brandwonden ik had		Niet ingevuld		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Ik heb zelf brandwonden	52	84%	8	13%	2	3%	62	100%
Ik heb de zorg voor kinderen met brandwonden	17	89%	2	11%			19	100%
Anders, namelijk			1	100%			1	100%
Totaal	69	84%	11	13%	2	2%	82	100%

De onderstaande tabel laat zien dat een groot deel van deze groep (35 mensen, 43%) brandwonden heeft opgelopen in de afgelopen 5 jaar. Ongeveer eenderde deel (25 mensen, 30%) heeft de brandwonden langer dan 15 jaar geleden opgelopen.

Tabel XXI Hoeveel jaar geleden brandwonden opgelopen

	Aantal	%
Tussen de 0-5 jaar geleden	35	43%
Tussen de 5-10 jaar geleden	13	16%
Tussen de 10-15 jaar geleden	9	11%
Langer dan 15 jaar geleden	25	30%
Totaal	82	100%

Een groot deel van deze groep (69 mensen, 84%) kan aangeven hoeveel procent zij verbrand zijn (bijlage 2, tabel 22a). Dit varieert van 2% tot 90%. De meeste mensen (52 mensen, 76%) hebben van 0-50% brandwonden. Een vijfde deel (16 mensen, 22%) is voor 50% of meer verbrand (bijlage 2, tabel 22). Opmerkelijk is dat er een aantal mensen zijn (11 mensen, 13%) die niet weten hoeveel % brandwonden zij hadden. Zes van deze 11 mensen hebben in de afgelopen 5 jaar brandwonden opgelopen (bijlage 2, tabel 22c).

Bijna tweederde deel (49 mensen, 60%) is na het oplopen van de brandwonden behandeld in het brandwondencentrum. Bijna een kwart (20 mensen, 24%) is in een gewoon ziekenhuis behandeld. Sommige mensen geven bij deze vraag soms twee antwoorden. Zo laat de volgende tabel zien dat 3 mensen zowel naar het brandwondencentrum en het gewoon ziekenhuis zijn gegaan. Deze 3 personen hebben niet aangeven welke behandelcentrum zij als eerste hebben bezocht.

Tabel XXII Waar behandeld?

	Aantal	%
Brandwondencentrum	49	60%
Academisch, universitair ziekenhuis.	5	6%
Gewoon ziekenhuis	20	24%
Huisarts	1	1%
Brandwondencentrum, academisch/universitair ziekenhuis en Gewoon ziekenhuis	2	2%
Brandwondencentrum en Gewoon ziekenhuis	3	4%
Brandwondencentrum en Academisch/universitair ziekenhuis	1	1%
Niet ingevuld	1	1%
Totaal	82	100%

Mensen met brandwonden ervaren dikwijls beperkingen in hun carrièreperspectieven. Dat blijkt uit de volgende tabel. Bijna de helft (40 mensen, 49%) duidt aan dat de brandwonden hen heel veel of enigszins belemmeren in hun carrière. Dertien mensen (16%) geven aan dat zij heel weinig belemmerd worden in hun carrière. Negen mensen (11%) ervaren geen belemmeringen in relatie tot hun carrière.

Tabel XXIII *Gevolgen voor de carrière*

	Aantal	%
Heel veel	23	28%
Enigszins	17	21%
Heel weinig	13	16%
Helemaal niet	9	11%
Ik weet het niet	14	17%
N.v.t.	1	1%
Niet ingevuld	5	6%
Totaal	82	100%

6 Aanbevelingen

“Ik vind het heel erg voor elke declaratie te moeten knokken en zou het heel erg waarderen als er collectief iets ondernomen kan worden, zeker met het oog op de nieuwe zorgverzekeringswet.”

6.1 De antwoorden op de onderzoeksvragen

Het onderzoek had tot doel om de volgende vragen te beantwoorden:

1. Hoe groot is de groep van mensen met brandwonden die daadwerkelijk financiële ondersteuning nodig heeft?
2. Op welke specifieke terreinen liggen de financiële knelpunten van mensen met brandwonden, die het gevolg zijn van extra kosten vanwege hun brandwonden?
3. Wat is de relatie van deze ervaren knelpunten met de mogelijkheden van de bestaande overheids- en verzekeringsregelingen nu en in de nabije toekomst?

De eerste onderzoeksvraag is niet eenvoudig te beantwoorden. Uit de steekproef blijkt dat 46% van deze groep mensen met brandwonden te maken heeft met extra kosten die niet gedekt worden door het reguliere vergoedingssysteem. Het is echter niet mogelijk om deze groep als representatief te zien voor de gehele populatie mensen met brandwonden. Onderzoekstechnisch kan dit niet, we hadden dan een aselechte steekproef uit de gehele populatie mensen met brandwonden moeten trekken. De uitkomsten van het onderzoek geven echter wel een duidelijke indicatie voor de noodzaak van een Brandwondenfonds. Aangezien bijna de helft van de mensen in deze groep te maken heeft met extra kosten die zij niet vergoed krijgen, is er een duidelijke behoefte aan ondersteuning in de hele populatie mensen met brandwonden.

De tweede onderzoeksvraag over de specifieke terreinen waar de financiële knelpunten van mensen met brandwonden liggen, is uitgewerkt door de kostenposten in te delen in zes categorieën. De volgende zes categorieën zijn in het onderzoek gebruikt voor de inventarisatie van de niet vergoede kosten: lichamelijke nabehandeling, huidverzorging, juridische kosten, verzekeringskosten, psychosociale kosten en diverse kosten. Het is een goede indeling gebleken om de verschillende soorten extra kosten te onderscheiden. Een Brandwondenfonds kan dezelfde categorieën voor het indienen van aanvragen gebruiken. Ook de diverse kostenposten die in de zes categorieën vooraf waren onderscheiden door de experts op de voorbereidende bijeenkomst, bleken in het onderzoek zeer bruikbaar. Slechts een paar nieuwe kostenposten zijn bij een paar catego-

rieën bij de open antwoordmogelijkheid door mensen genoemd. Dit maakt dat de gehanteerde categorieën met de bijbehorende kostenposten en de aanvullingen van de respondenten, bruikbaar zijn voor een Brandwondenfonds.

Het overzicht in hoofdstuk 2 van de niet vergoede kosten geeft vooral inzicht in de vraag welke niet vergoede kostenposten mensen met brandwonden hebben. Over de omvang van de kosten is alleen een globale indicatie te geven, aangezien veel mensen achteraf hun gemaakte kosten moeilijk konden schatten. Deze indicatie duidt wel aan dat de omvang van de kosten sterk afhangt van de soort niet vergoede onkostenpost. Zo zijn bij de juridisch kosten de gemiddelde kosten veel hoger dan bij de categorie huidverzorging. De indicatie ziet er voor de onderscheiden categorieën niet vergoede kosten als volgt uit:

Soorten kostenposten	Totaal geschatte kosten op basis van het aantal mensen met betreffende kostenpost	Gemiddeld per persoon op basis van het aantal mensen met betreffende kostenpost	Gemiddeld per persoon over de hele onderzoeksgroep
Lichamelijke nabehandeling	€ 43.131	€ 664	€ 526
Verzekeringskosten	€ 5.700	€ 1.900	€ 70
Psychosociale kosten	€ 11.489	€ 359	€ 140
Huidverzorging	€ 7.664	€ 247	€ 93
Juridische kosten	€ 13.365	€ 3.341	€ 163
Diverse kosten	€ 53.999	€ 1.500	€ 659

De derde onderzoeksvraag hebben de onderzoekers ingevuld door een inventarisatie te maken van de huidige lacunes in de wet- en regelgeving van verzekeraars en overheden. Hieruit blijkt dat er grote verschillen bestaan in de vergoedingen van de diverse verzekeraars. De verschillen in vergoedingen worden vermoedelijk nog groter, als het gaat om meer behandelingen en hogere tariefkosten. Zorgvuldige keuze voor een aanvullende ziekenfondsverzekering is voor patiënten dus een vereiste; het kan vele euro's schelen. Maar we vonden ook dat de vergoedingen van de aanvullende verzekeringen moeilijk vergelijkbaar zijn, waardoor het voor patiënten erg moeilijk is om een goede keuze te maken. De meeste aandacht is besteed aan de situatie die vanaf 1 januari zal ontstaan door de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet. In hoofdstuk 4 is uitgebreid stilgestaan bij de inhoud van de nieuwe wet, de verschillende standpunten van betrokken organisaties over de zorgverzekeringswet en de gevolgen van de wet voor mensen met brandwonden. Vooralsnog is het zo dat voor mensen met brandwonden een basisverzekering vaak niet voldoet. Zij hebben meer zorg

nodig, zorg die vaak niet door de basisverzekering gedekt wordt, zoals fysiotherapeutische zorg. Dus ook straks zullen ze zich aanvullend moeten verzekeren.

De kosten van een aanvullende verzekering zijn afhankelijk van de zorgverzekeraar en de dekking. Ook met de nieuwe zorgverzekeringswet geldt: verschillende zorgverzekeraars zullen verschillende aanvullende verzekeringen aanbieden die verschillen in prijs en dekking. In principe kunnen die elke vorm van geneeskundige zorg omvatten die in Nederland verkrijgbaar is. Hoe breder de dekking van de aanvullende verzekering, hoe hoger echter de premie. Dat betekent dat mensen die meer zorg behoeven, hogere premies zullen moeten betalen. De zorgtoeslag heeft alleen betrekking op de premie van de basisverzekering. Dat heeft gevolgen voor mensen die een hogere premie moeten betalen voor een aanvullende verzekering met een ruim zorgpakket. Zij zullen er in inkomen meer op achteruit gaan dan mensen die geen aanvullende verzekering nodig hebben, of die kunnen volstaan met een beperkt aanvullend pakket.

6.2 Aanbevelingen

1. De noodzaak van een Brandwondenfonds

De uitkomsten van het onderzoek geven een duidelijke indicatie voor de noodzaak van een Brandwondenfonds. Bijna 50% van de mensen in de onderzoeksgroep heeft extra kosten die zij niet vergoed krijgen, zodat de conclusie kan worden getrokken dat er een duidelijke behoefte is aan deze vorm van financiële ondersteuning.

2. Informatieverstrekking is erg belangrijk

Tegelijkertijd laat het onderzoek zien dat er een enorme behoefte is aan informatie over vergoedingsmogelijkheden. De verkenning in hoofdstuk 3 over de mogelijke reguliere kanalen die mensen bewandelen om een vergoeding voor hun extra kosten te krijgen, laat zien dat de ziektekostenverzekeraar de meest gebruikte ingang is: dertig mensen (75%) deden rechtstreeks een aanvraag voor vergoeding. Nog eens achttien mensen (45%) hebben voor deze vraag nog een speciale brief bij hun arts opgevraagd. In hoofdstuk 4 zijn we uitgebreid ingegaan op de situatie die vanaf 1 januari 2006 voor ziektekostenverzekeringen zal ontstaan. Hieruit blijkt dat verzekeraars vanaf die datum wel mogelijkheden hebben voor het vergoeden van extra kosten, maar dat het zoeken naar die mogelijkheden een oerwoud van informeren en vergelijken betekent. De informatie van de diverse verzekeringen is onoverzichtelijk en inzicht in de polissen is moeilijk te verkrijgen. Mensen lopen het risico dat ze een voor hen minder voordelige verzekering afsluiten, en uitkomen op een gemiddeld hogere premie dan 1100 euro, de basis van de zorgtoeslag. Hierdoor is de kans groot dat mensen uit lagere inkomensgroepen ondanks de zorgtoeslag die ze krijgen, in verhouding meer geld aan zorg kwijt zijn dan voorheen. Het is belangrijk dat de Brandwonden Stichting mensen ondersteunt bij het zoeken naar en vergelijken van vergoedingsmogelijkheden.

Daarnaast hebben we een gevarieerde lijst met reguliere vergoedingsmogelijkheden gevonden, maar ook uit deze lijst blijkt dat er op dit punt gebrek aan informatie is. Zo kunnen veel meer mensen gebruik maken van de fiscale buitengewone uitgavenregeling (medische kosten via belastingaangifte bij de belastingdienst) om hun extra kosten vergoed te krijgen. Meer dan een kwart van de mensen (28%) keert zich voor financiële hulp tot hun familie en/of vrienden. Ook de mogelijkheden bij de gemeente, via de WMO (voorheen de Wet Voorzie-

ningen Gehandicapten (WVG) en de bijzondere bijstand kunnen beter worden benut. Ook hierin kan een informatieverstrekking ondersteuning bieden. Samengevat is er behoefte aan informatieverstrekking op de volgende punten:

a. Informatie geven:

Over de reguliere vergoedingsmogelijkheden, blijkt er bij deze groep een duidelijke informatiebehoefte te bestaan. Veel mensen hebben onvoldoende informatie over de reguliere mogelijkheden om een vergoeding voor hun extra kosten te krijgen:

“We hebben ons nooit gerealiseerd dat we kosten als huiscrèmes en reiskosten vergoed kunnen krijgen. We reizen nu al twee jaar gemiddeld twee keer per maand naar het brandwondencentrum voor nabehandeling.”

Opleidingsniveau speelt geen rol, aangezien de informatiebehoefte bij mensen met diverse vormen van opleiding voorkomt. Het informeren van mensen over die mogelijkheden zou een goede vorm van dienstverlening en ondersteuning zijn.

b. Begeleiden

Zoals uit veel onderzoek blijkt, ontstaat het niet-gebruik van reeds aanwezige voorzieningen niet alleen door gebrek aan informatie. Een tweede reden van het niet-gebruik is de moeite die mensen hebben om formulieren in te vullen en aanvragen te schrijven, zelfs als eenvoudige procedures worden gebruikt. Het begeleiden van mensen bij het indienen van een aanvraag voor reguliere vergoedingsmogelijkheden, is een belangrijke vorm dienstverlening. Ook kunnen op de website van de Brandwonden Stichting een aantal te downloaden voorbeelden staan voor het aanvragen van kostenvergoedingen bij diverse soorten instanties.

c. Steun verlenen bij het indienen van een aanvraag.

Tegelijkertijd dienen mensen met vragen terecht te kunnen als zij een aanvraag voor een vergoeding bij het Brandwondenfonds willen indienen.

3. Eenvoudige procedure

De mensen die de pen grijpen om een aanvraag voor een reguliere vergoeding in te dienen zijn vaak veel tijd en moeite kwijt. Gemiddeld is men ongeveer 1,5 tot 2 uur bezig met het schrijven van een aanvraag voor een vergoeding van de extra kosten. Naast het invullen van formulieren en schrijven van brieven geven mensen aan zij ook veel tijd kwijt zijn aan telefoneren. Het is belangrijk een duidelijke en gebruiksvriendelijke aanvraagprocedure te ontwikkelen met een formulier dat eenvoudig is in te vullen.

4. Snelle procedure

Uit het onderzoek blijkt dat mensen vaak lang moeten wachten op antwoord na hun aanvraag voor vergoeding. De wachttijd voor antwoord op de aanvraag variëren van 0 tot 26 weken. De gemiddelde wachttijd is 6,6 weken. Het is belangrijk dat een Brandwondenfonds een snelle procedure voor het afwickelen van aanvragen gebruikt. Bij een afwijzing is het belangrijk een goede motivatie te geven. En zo mogelijk informatie over de weg die een persoon kan bewandelen om het alsnog via een ander, geschikter kanaal te proberen.

5. Inkomensgrens

De meeste mensen uit deze groep zijn thans bij het ziekenfonds verzekerd (53 mensen, 65%). Dit geeft aan dat de meeste mensen geen hoog inkomen hebben, waardoor de extra kosten die zij maken door hun brandwonden een dubbele belasting op de uitgavenpost betekent. Bij het stellen van grenzen voor een

aanvraag bij het Brandwondenfonds zijn er meerdere mogelijkheden, afhankelijk van de doelbenadering en de budgetmogelijkheden van het Brandwondenfonds:

1. Sociaal minimum: hoogte van het bijstandsinkomen.
2. Lage inkomensgrens: 120% van het sociale minimuminkomen. Dit sluit mensen die bijvoorbeeld door de armoedeval worden getroffen, niet buiten.
3. Minimumloon: alle mensen die een inkomen hebben volgens het minimumloon.
4. De grens van de zorgtoeslag (de huidige ziekenfondsgrens). Het inkomen is niet meer dan € 25.068 per jaar (in 2006) als er geen verdienende partner is, en bedraagt samen maximaal € 40.120 (in 2006).
5. Een grens die net hoger ligt, aangezien juist mensen met een inkomen net boven het geïndiceerde inkomen voor de zorgtoeslag vaak in de financiële problemen komen als er veel extra kosten ontstaan.

Bijlage 1 Vragenlijst

L I C H A M E L I J K E N A B E H A N D E L I N G

1a. Heeft u niet vergoede kosten gehad voor een vorm van nabehandeling, zoals o.a. huidtherapie, fysiotherapie, aangepaste kleding, reiskosten?

- Ja
- Nee (ga naar 2a)

1b. Waarvoor heeft u niet vergoede kosten gemaakt in verband met (na)behandeling?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

	schatting kosten
<input type="checkbox"/> Reguliere geneesmiddelen	€
<input type="checkbox"/> Homeopathische geneesmiddelen	€
<input type="checkbox"/> Alternatieve geneeswijzen	€
<input type="checkbox"/> Lasertherapie	€
<input type="checkbox"/> Huidtherapie/schoonheidsbehandelingen	€
<input type="checkbox"/> Fysiotherapie/ergotherapie/hypnotherapie	€
<input type="checkbox"/> Ademhalingstraining	€
<input type="checkbox"/> Reiskosten voor de nabehandelingen:	
Openbaar vervoer	€
Vervoer per auto (€ 0,18 per km)	€
<input type="checkbox"/> Massages (litteken)	€
<input type="checkbox"/> Tatoeage	€
<input type="checkbox"/> Zonnebank	€
<input type="checkbox"/> Drukpakken (extra)	€
<input type="checkbox"/> Brace	€
<input type="checkbox"/> Aangepaste kleding	€
<input type="checkbox"/> Pruiken	€
<input type="checkbox"/> Speciaal bed	€
<input type="checkbox"/> Airco-installatie	€
<input type="checkbox"/> Stroomkosten (voor airco)	€
<input type="checkbox"/> Eigen bijdrage herstellingsoord	€
<input type="checkbox"/> Eigen bijdrage thuiszorg of fysiotherapie	€
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk	€

VERZEKERINGSKOSTEN

2a. Heeft u extra kosten gemaakt voor het afsluiten van een verzekering?

- Ja
- Nee (ga naar 3a)

2b. Waaruit bestaan deze kosten?
(Meerdere antwoorden mogelijk)

- | | schatting kosten |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Aanvullende tandartskosten | € |
| <input type="checkbox"/> Extra kosten bij het afsluiten van een levensverzekering (bijvoorbeeld voor een hypotheek) | € |
| <input type="checkbox"/> Niet geaccepteerd worden voor een: | |
| -Arbeidsongeschiktheidsverzekering | € |
| -Ziektekosten verzekering (aanvullend) | € |
| -Hogere premiekosten/uitsluiting van nabehandelingoperaties | € |
| <input type="checkbox"/> Anders, namelijk | € |

PSYCHOSOCIALE KOSTEN

3a. Heeft u niet vergoede kosten gehad i.v.m. uw brandwonden voor psychosociale hulpverlening of andere vormen van ondersteuning?

- Ja
- Nee (ga naar vraag 4a)

3b. Welke kosten zijn dit?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- | | schatting kosten |
|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Lidmaatschap patiëntenvereniging | € |
| <input type="checkbox"/> Kosten vakantiecampen | € |
| <input type="checkbox"/> Kosten psychologische behandeling | € |
| <input type="checkbox"/> Reis en verblijfkosten familie in acute fase | € |
| <input type="checkbox"/> Reiskosten lotgenoten contact/cursus "verder met" | € |
| <input type="checkbox"/> Kinderopvang (thuis) | € |
| <input type="checkbox"/> Psychologische hulp broertjes/zusjes | € |
| <input type="checkbox"/> Ouderbegeleiding | € |
| <input type="checkbox"/> Counseling voor herscholing (beroepsoriëntatie) | € |
| <input type="checkbox"/> Anders, namelijk | € |

HUIDVERZORGING

4a. Heeft u niet vergoede kosten gemaakt voor een vorm van huidverzorging i.v.m. uw brandwonden?

- Ja
- Nee (ga naar 5a)

4b. Waarvoor heeft u niet vergoede kosten gemaakt?
(Meerdere antwoorden mogelijk)

- | | schatting kosten |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> Camouflage make-up | € |
| <input type="checkbox"/> Schoonheidsproducten | € |
| <input type="checkbox"/> Huidcrèmes | € |
| <input type="checkbox"/> Reinigingsproducten | € |
| <input type="checkbox"/> Anders, namelijk | € |

JURIDISCHE KOSTEN

5a. Heeft u niet vergoede kosten gemaakt voor juridische bijstand die verband houden met uw brandwondenongeval?

- Ja
- Nee (ga naar 6a)

5b. Voor welke juridische bijstand heeft u niet vergoede kosten gemaakt?
(Meerdere antwoorden mogelijk)

- | | schatting kosten |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> WAO procedure | € |
| <input type="checkbox"/> Verhalen van schade op aansprakelijke partij | € |
| <input type="checkbox"/> Werkgever (problemen op het werk) | € |
| <input type="checkbox"/> Anders, namelijk | € |

DIVERSE KOSTEN

6a. Brandwonden kunnen soms ook leiden tot extra kosten voor sport, werk, opleiding, sociale contacten, ontspanning e.d. Heeft u ooit in verband met uw brandwonden dit soort niet vergoede kosten gemaakt?

- Ja
- Nee (ga naar vraag 7)

6b. Welke extra kosten werden niet vergoed?
(Meerdere antwoorden mogelijk)

	schatting kosten
<input type="checkbox"/> Extra onderwijs	€
<input type="checkbox"/> Studiekosten (schoolgeld/leermiddelen)	€
<input type="checkbox"/> Concentratietraining voor volgen onderwijs	€
<input type="checkbox"/> Computer/internetverbinding	€
<input type="checkbox"/> Sprekende computer	€
<input type="checkbox"/> Kosten van beroepskeuzeonderzoek	€
<input type="checkbox"/> Auto aanpassingen	€
<input type="checkbox"/> Woningaanpassing	€
<input type="checkbox"/> Huishoudelijke hulp	€
<input type="checkbox"/> Kinderopvang	€
<input type="checkbox"/> Sport	€
<input type="checkbox"/> Kosten voor ontspanning (cultuur; natuur)	€
<input type="checkbox"/> Vakantie zelf en gezin	€
<input type="checkbox"/> Vervoerskosten	€
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk	€

ALGEMENE VRAGEN

7. Bent u bezig of heeft u geprobeerd uw extra kosten vergoed te krijgen?

- Ja
- Nee (ga naar vraag 12)

8. Welke extra kosten zijn dat?
(Meerdere antwoorden mogelijk)

- Kosten voor lichamelijke nabehandeling
- Verzekeringskosten
- Psychosociale kosten
- Kosten voor huidverzorging
- Juridische kosten
- Diverse kosten

9. Welke wegen hebt u bewandeld om deze extra kosten vergoed te krijgen?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- Aanvraag bij ziektekostenverzekeraar
- Overstappen naar een andere ziektekostenverzekeraar
- De arts vragen om de aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar te ondersteunen met een speciale brief.
- Bij instantie, via het Persoonsgebonden budget (PGB)
 - Aanvraag bij de Sociale Dienst van de gemeente (bijzondere bijstand)
 - Bij de gemeente, via de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG)

- Bij instantie,via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
- Aanvraag bij de Uitvoeringsorgaan Werknemers Verzekeringen (UWV)
- Werkgever benaderen (extra kosten reïntegratie of preventie ziekteverzuim)
- Belastingdienst (medische kosten via belastingaangifte)
- Schoolbegeleidingsdienst inschakelen
- Schooldecaan inschakelen (voor beroep op schoolfonds)
- Decaan op universiteit of hoge school inschakelen
- Hulp vragen aan familie en/of vrienden
- Sociale raadslieden inschakelen
- Een fonds aanschrijven (via het fondsenboek)
- Anders, namelijk

10. Kunt u aangeven hoeveel tijd u gemiddeld per aanvraag kwijt bent geweest aan het invullen van formulieren en het schrijven van brieven om een vergoeding voor uw kosten te krijgen?

..... uren

11. Hoe lang duurde het voor u gemiddeld per aanvraag een definitief antwoord kreeg op uw verzoek om vergoeding?

..... weken

12. Heeft u voldoende informatie over de wegen die u kunt bewandelen om extra kosten vergoed te krijgen?

- Ja
- Nee
- Weet niet

13. Bij wie bent u verzekerd?

- Ziekenfonds, bij
- Particulier, bij

14. Heeft u een aanvullende ziektekostenverzekering?

- Ja, zonder uitsluitingen
- Ja, met uitsluitingen
- Nee
- Nee, geweigerd, omdat.....

ACHTERGRONDGEGEVENS

15. Wat is uw leeftijd?

..... jaar

16. Bent u man of vrouw?

- Man
- Vrouw

17. Heeft u zelf brandwonden of bent u verantwoordelijk voor anderen met brandwonden?

- Ik heb zelf brandwonden
- Ik heb de zorg voor kinderen met brandwonden
- Anders, namelijk

18. Hoeveel jaar geleden heeft u (of degene waarvoor u verantwoordelijk bent) brandwonden opgelopen?

- Tussen de 0-5 jaar geleden
- Tussen de 5-10 jaar geleden
- Tussen de 10-15 jaar geleden
- Langer dan 15 jaar geleden

19. Brandwonden worden uitgedrukt in een percentage van het lichaamsoppervlak dat verbrand is. Kunt u aangeven hoeveel % brandwonden u had?

- Ik heb (ongeveer).....% brandwonden
- Ik weet niet hoeveel % brandwonden ik had.

20. Wat is uw opleidingsniveau?

- Lager onderwijs
- Middelbaar onderwijs
- Hoger onderwijs

21. Wat is ongeveer de hoogte van uw netto-inkomen per maand?

- NETTO tussen de 500 en 1000 euro
- NETTO tussen de 1000 en 1500 euro
- NETTO tussen de 1500 en 2000
- NETTO meer dan 2000 euro

22. In welk ziekenhuis bent u behandeld onmiddellijk na het oplopen van uw brandwonden?

- Brandwondencentrum
- Academisch/universitair ziekenhuis
- Gewoon ziekenhuis
- Huisarts

23. In welke mate heeft u het idee dat u in uw carrière (werk of studie) door de brandwonden wordt belemmerd?

- Heel veel
- Enigszins
- Heel weinig
- Helemaal niet
- Ik weet het niet

24. Heeft u nog opmerkingen? Of heeft u nog kosten gemaakt die niet in deze vragenlijst zijn opgenomen?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

25. Mogen wij telefonisch contact met u opnemen als wij nog vragen hebben over uw antwoorden op deze vragenlijst?

- Ja, mijn telefoonnummer is
- Nee

Vriendelijk dank voor uw medewerking!

Bijlage 2 Tabellen

Tabel 1 geschatte kosten lichamelijke nabehandeling

Kosten lichamelijke nabehandeling						
	Valid ^a	Median	Range	Minimum	Maximum	Sum
Reguliere geneesmiddelen	7(12)	100	737	13	750	1203
Homeopathische geneesmiddelen	10(14)	125	2491	9	2500	3705
Alternatieve geneeswijzen	3(6)	1000	2000	500	2500	4000
Lasertherapie	1(2)		0	1400	1400	1400
Huidtherapie/Schoonheidsbehandelingen	0(4)					
Fysiotherapie/Ergotherapie/Hypnotherapie	2(5)		3660	340	4000	4340
Ademhalingstraining	1(1)		0	1620	1620	1620
Openbaar vervoer	7(17)	80	484	16	500	1380
Vervoer per auto (0,18 per km)	14(14)	190	2982	18	3000	6192
Massages (litteken)	0(1)					
Tatoeage	1(1)		0	72	72	72
Zonnebank	0(2)					
Drukpakken (extra)	2(6)		696	200	896	1096
Brace	1(1)		0	98	98	98
Aangepaste kleding	7(11)	186	4924	76	5000	6712
Pruiken	0(0)					
Speciaal bed	1(1)		0	1700	1700	1700
Airco-installatie	3(5)	1500	4600	400	5000	6900
Stroomkosten (voor airco)	1(1)		0	200	200	200
Eigen bijdrage herstellingsoord	1(1)		0	600	600	600
Eigen bijdrage thuiszorg of fysiotherapie	3(7)	101	1788	12	1800	1913
Totaal	65(112) ^b					43131

a. 7 (12) betekent dat 12 mensen hebben aangegeven kosten te hebben gemaakt op reguliere geneesmiddelen maar slechts 7 mensen kunnen aangeven hoeveel de kosten waren.

b. Het totaal 118-6('anders' categorie)=112. Indien bekend worden de kosten voor de 'anders' categorie in de tekst vermeldt.

Tabel 2a Aantal mensen met niet vergoede kosten voor lichamelijke nabehandeling naar leeftijd

	Heeft u niet vergoede kosten gehad voor een vorm van nabehandeling, zoals o.a. huidtherapie, fysiotherapie, aangepaste kleding, reiskosten?						
	Ja				Nee		Totaal
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	
tot 30 jaar	4	11%	6	14%	10	12%	
30 jaar tot 40 jaar	7	18%	13	30%	20	24%	
40 jaar tot 50 jaar	9	24%	9	20%	18	22%	
50 jaar tot 60 jaar	10	26%	12	27%	22	27%	
60 jaar tot 70 jaar	6	16%	2	5%	8	10%	
70 jaar tot 80 jaar	1	3%	1	2%	2	2%	
Niet ingevuld	1	3%	1	2%	2	2%	
Totaal	38	100%	44	100%	82	100%	

Tabel 2b Aantal mensen met niet vergoede kosten voor lichamelijke nabehandeling naar duur brandwonden

	Heeft u niet vergoede kosten gehad voor een vorm van nabehandeling, zoals o.a. huidtherapie, fysiotherapie, aangepaste kleding, reiskosten?				Totaal	
	Ja		Nee		Aantal	%
	Aantal	%	Aantal	%		
Tussen de 0-5 jaar geleden	18	47%	17	39%	35	43%
Tussen de 5-10 jaar geleden	6	16%	7	16%	13	16%
Tussen de 10-15 jaar geleden	5	13%	4	9%	9	11%
Langer dan 15 jaar geleden	9	24%	16	36%	25	30%
Totaal	38	100%	44	100%	82	100%

Tabel 2c Aantal mensen met niet vergoede kosten voor lichamelijke nabehandeling naar opleidingsniveau

	Heeft u niet vergoede kosten gehad voor een vorm van nabehandeling, zoals o.a. huidtherapie, fysiotherapie, aangepaste kleding, reiskosten?				Totaal	
	Ja		Nee		Aantal	%
	Aantal	%	Aantal	%		
Lager onderwijs	2	5%	1	2%	3	4%
Middelbaar onderwijs	19	50%	23	52%	42	51%
Hoger onderwijs	16	42%	17	39%	33	40%
Niet ingevuld	1	3%	3	7%	4	5%
Totaal	38	100%	44	100%	82	100%

Tabel 2d Aantal mensen met niet vergoede kosten voor lichamelijke nabehandeling naar inkomen

	Heeft u niet vergoede kosten gehad voor een vorm van nabehandeling, zoals o.a. huidtherapie, fysiotherapie, aangepaste kleding, reiskosten?				Totaal	
	Ja		Nee		Aantal	%
	Aantal	%	Aantal	%		
NETTO tussen de 500 en 1000 euro	15	39%	7	16%	22	27%
NETTO tussen de 1000 en 1500 euro	7	18%	11	25%	18	22%
NETTO tussen de 1500 en 2000	5	13%	9	20%	14	17%
NETTO meer dan 2000 euro	10	26%	12	27%	22	27%
Niet ingevuld	1	3%	5	11%	6	7%
Totaal	38	100%	44	100%	82	100%

Tabel 3 Geschatte kosten voor verzekeringen

Kosten afsluiten verzekering						
	Valid ^a	Median	Range	Minimum	Maximum	Sum
Aanvullende tandartskosten	1(3)		0	4600	4600	4600
Extra kosten bij het afsluiten van een levensverzekering (bijvoorbeeld voor een hypotheek)	0(3)					
Arbeidsongeschiktheidsverzekering	0(1)					
Ziektekosten verzekering (aanvullend)	0(1)					
Hogere premiekosten/uitsluiting van nabehandelingoperaties	2(3)	550	100	500	600	1100
Totaal	3(11)					5700

a. 1(3) betekent dat 3 personen hebben aangegeven kosten te hebben gemaakt voor aanvullende tandartskosten en slechts 1 persoon kon aangeven hoeveel de kosten waren.

Tabel 4a Aantal mensen met niet vergoede kosten voor het afsluiten van verzekeringen naar leeftijd

	Heeft u extra kosten gemaakt voor het afsluiten van een verzekering?						Totaal	
	Ja		Nee		Niet ingevuld		Aantal	%
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%		
tot 30 jaar			10	14%			10	12%
30 jaar tot 40 jaar	3	33%	17	25%			20	24%
40 jaar tot 50 jaar	1	11%	16	23%	1	25%	18	22%
50 jaar tot 60 jaar	4	44%	16	23%	2	50%	22	27%
60 jaar tot 70 jaar			7	10%	1	25%	8	10%
70 jaar tot 80 jaar			2	3%			2	2%
Niet ingevuld	1	11%	1	1%			2	2%
Totaal	9	100%	69	100%	4	100%	82	100%

Tabel 4b Aantal mensen met niet vergoede kosten voor het afsluiten van verzekeringen naar duur brandwonden

	Heeft u extra kosten gemaakt voor het afsluiten van een verzekering?						Totaal	
	Ja		Nee		Niet ingevuld		Aantal	%
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%		
Tussen de 0-5 jaar geleden	1	11%	32	46%	2	50%	35	43%
Tussen de 5-10 jaar geleden	4	44%	8	12%	1	25%	13	16%
Tussen de 10-15 jaar geleden	1	11%	8	12%			9	11%
Langer dan 15 jaar geleden	3	33%	21	30%	1	25%	25	30%
Totaal	9	100%	69	100%	4	100%	82	100%

Tabel 4c Aantal mensen met niet vergoede kosten voor het afsluiten van verzekeringen naar opleidingsniveau

	Heeft u extra kosten gemaakt voor het afsluiten van een verzekering?						Totaal	
	Ja		Nee		Niet ingevuld		Aantal	%
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%		
Lager onderwijs	1	11%	2	3%			3	4%
Middelbaar onderwijs	3	33%	35	51%	4	100%	42	51%
Hoger onderwijs	5	56%	28	41%			33	40%
Niet ingevuld			4	6%			4	5%
Totaal	9	100%	69	100%	4	100%	82	100%

Tabel 4d Aantal mensen met niet vergoede kosten voor het afsluiten van verzekeringen naar inkomen

	Heeft u extra kosten gemaakt voor het afsluiten van een verzekering?						Totaal	
	Ja		Nee		Niet ingevuld		Aantal	%
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%		
NETTO tussen de 500 en 1000 euro	4	44%	16	23%	2	50%	22	27%
NETTO tussen de 1000 en 1500 euro	3	33%	14	20%	1	25%	18	22%
NETTO tussen de 1500 en 2000	1	11%	13	19%			14	17%
NETTO meer dan 2000 euro	1	11%	21	30%			22	27%
Niet ingevuld			5	7%	1	25%	6	7%
Totaal	9	100%	69	100%	4	100%	82	100%

Tabel 5 Geschatte kosten voor psychosociale kosten

Kosten psychosociale hulpverlening							
	Valid ^a	Median	Range	Minimum	Maximum	Sum	
Lidmaatschap patiëntenvereniging	15 (26)	50	325	25	350	1260	
Kosten vakantiecampen	2(3)		4750	250	5000	5250	
Kosten psychologische behandeling	6(9)	475	1990	10	2000	3960	
Reis en verblijfkosten familie in acute fase	3(14)	2400	2820	280	3100	5780	
Reiskosten lotgenotencontact/Cursus "verder met"	4(11)	200	181	69	250	719	
Kinderopvang (thuis)	1(5)		0	100	100	100	
Psychologische hulp broertjes/zusjes	0(1)						
Ouderbegeleiding	0(2)						
Counseling voor herscholing (beroepsoriëntatie)	1(2)		0	200	200	200	
Totaal	32(73) ^b					11489	

a. 15(26) betekent dat 26 mensen hebben aangegeven kosten te hebben gemaakt voor lidmaatschap patiëntenvereniging maar slechts 15 personen kunnen aangeven hoeveel de kosten waren.

b. Het totaal 77-4 ('anders' categorie)=73. Indien bekend worden de kosten voor de 'anders' categorie in de tekst vermeldt.

Tabel 6a Aantal mensen met niet vergoede kosten voor psychosociale hulpverlening naar leeftijd

	Heeft u niet vergoede kosten gehad i.v.m. uw brandwonden voor psychosociale hulpverlening of andere vormen van ondersteuning?						Totaal	
	Ja		Nee		Niet ingevuld		Aantal	%
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%		
tot 30 jaar	5	16%	7	15%			12	15%
30 jaar tot 40 jaar	10	31%	10	21%			20	24%
40 jaar tot 50 jaar	6	19%	11	23%	1	50%	18	22%
50 jaar tot 60 jaar	6	19%	14	29%	1	50%	21	26%
60 jaar tot 70 jaar	4	13%	4	8%			8	10%
70 jaar tot 80 jaar			2	4%			2	2%
Onbekend	1	3%					1	1%
Totaal	32	100%	48	100%	2	100%	82	100%

Tabel 6b Aantal mensen met niet vergoede kosten voor psychosociale hulpverlening naar duur brandwonden

	Heeft u niet vergoede kosten gehad i.v.m. uw brandwonden voor psychosociale hulpverlening of andere vormen van ondersteuning?						Totaal	
	Ja		Nee		Niet ingevuld		Aantal	%
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%		
Tussen de 0-5 jaar geleden	11	34%	22	46%	2	100%	35	43%
Tussen de 5-10 jaar geleden	3	9%	10	21%			13	16%
Tussen de 10-15 jaar geleden	3	9%	6	13%			9	11%
Langer dan 15 jaar geleden	15	47%	10	21%			25	30%
Totaal	32	100%	48	100%	2	100%	82	100%

Tabel 6c Aantal mensen met niet vergoede kosten voor psychosociale hulpverlening naar opleidingsniveau

	Heeft u niet vergoede kosten gehad i.v.m. uw brandwonden voor psychosociale hulpverlening of andere vormen van ondersteuning?						Totaal	
	Ja		Nee		Niet ingevuld		Aantal	%
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%		
Lager onderwijs	2	6%	1	2%			3	4%
Middelbaar onderwijs	18	56%	22	46%	2	100%	42	51%
Hoger onderwijs	9	28%	24	50%			33	40%
Niet ingevuld	3	9%	1	2%			4	5%
Totaal	32	100%	48	100%	2	100%	82	100%

Tabel 6d Aantal mensen met niet vergoede kosten voor psychosociale hulpverlening naar inkomen

	Heeft u niet vergoede kosten gehad i.v.m. uw brandwonden voor psychosociale hulpverlening of andere vormen van ondersteuning?						Totaal	
	Ja		Nee		Niet ingevuld		Aantal	%
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%		
NETTO tussen de 500 en 1000 euro	12	38%	9	19%	1	50%	22	27%
NETTO tussen de 1000 en 1500 euro	9	28%	8	17%	1	50%	18	22%
NETTO tussen de 1500 en 2000	4	13%	10	21%			14	17%
NETTO meer dan 2000 euro	6	19%	16	33%			22	27%
Niet ingevuld	1	3%	5	10%			6	7%
Totaal	32	100%	48	100%	2	100%	82	100%

Tabel 7 Geschatte kosten voor huidverzorging

Kosten huidverzorging						
	Valid ^a	Median	Range	Minimum	Maximum	Sum
Camouflage make-up	4(8)	80	120	30	150	339
Schoonheidsproducten	0(5)					
Huidcrèmes	25(36)	100	1998	2	2000	7150
Reinigingsproducten	2(5)		25	75	100	175
Totaal	31(54) ^b					7664

- a. 4(8) betekent dat 8 mensen hebben aangegeven kosten te hebben gemaakt voor camouflage make-up maar slechts 4 mensen kunnen aangeven hoeveel de kosten waren
- b. Het totaal 58-4('anders'categorie)=54. Indien bekend worden de kosten voor de 'anders'categorie in de tekst vermeldt.

Tabel 8a Aantal mensen met niet vergoede kosten voor huidverzorging naar leeftijd

	Heeft u niet vergoede kosten gemaakt voor een vorm van huidverzorging i.v.m. uw brandwonden?						Totaal	
	Ja		Nee		Aantal	%		
	Aantal	%	Aantal	%				
tot 30 jaar	3	7%	7	17%	10	12%		
30 jaar tot 40 jaar	9	22%	11	27%	20	24%		
40 jaar tot 50 jaar	9	22%	9	22%	18	22%		
50 jaar tot 60 jaar	12	29%	10	24%	22	27%		
60 jaar tot 70 jaar	6	15%	2	5%	8	10%		
70 jaar tot 80 jaar	1	2%	1	2%	2	2%		
Niet ingevuld	1	2%	1	2%	2	2%		
Totaal	41	100%	41	100%	82	100%		

Tabel 8b Aantal mensen met niet vergoede kosten voor huidverzorging naar duur brandwonden

	Heeft u niet vergoede kosten gemaakt voor een vorm van huidverzorging i.v.m. uw brandwonden?				Totaal	
	Ja		Nee		Aantal	%
	Aantal	%	Aantal	%		
Tussen de 0-5 jaar geleden	20	49%	15	37%	35	43%
Tussen de 5-10 jaar geleden	6	15%	7	17%	13	16%
Tussen de 10-15 jaar geleden	4	10%	5	12%	9	11%
Langer dan 15 jaar geleden	11	27%	14	34%	25	30%
Totaal	41	100%	41	100%	82	100%

Tabel 8c Aantal mensen met niet vergoede kosten voor huidverzorging naar opleidingsniveau

	Heeft u niet vergoede kosten gemaakt voor een vorm van huidverzorging i.v.m. uw brandwonden?				Totaal	
	Ja		Nee		Aantal	%
	Aantal	%	Aantal	%		
Lager onderwijs	3	7%			3	4%
Middelbaar onderwijs	20	49%	22	54%	42	51%
Hoger onderwijs	16	39%	17	41%	33	40%
Niet ingevuld	2	5%	2	5%	4	5%
Totaal	41	100%	41	100%	82	100%

Tabel 8d Aantal mensen met niet vergoede kosten voor huidverzorging naar inkomen

	Heeft u niet vergoede kosten gemaakt voor een vorm van huidverzorging i.v.m. uw brandwonden?				Totaal	
	Ja		Nee		Aantal	%
	Aantal	%	Aantal	%		
NETTO tussen de 500 en 1000 euro	14	34%	8	20%	22	27%
NETTO tussen de 1000 en 1500 euro	10	24%	8	20%	18	22%
NETTO tussen de 1500 en 2000	7	17%	7	17%	14	17%
NETTO meer dan 2000 euro	8	20%	14	34%	22	27%
Niet ingevuld	2	5%	4	10%	6	7%
Totaal	41	100%	41	100%	82	100%

Tabel 9 Geschatte juridische kosten

Statistics						
	Valid ^a	Median	Range	Minimum	Maximum	Sum
WAO procedure	1(4)	-	0	115	115	115
Verhalen van schade op aansprakelijke partij	2(5)	-	8750	1250	10000	11250
Werkgever (problemen op het werk)	1(4)	-	0	2000	2000	2000
Totaal	4(13) ^b					13365

a. 1(4) betekent dat 4 mensen hebben aangegeven kosten te hebben gemaakt voor de WAO procedure maar slechts 1 persoon kan aangeven hoeveel de kosten waren

b. Het totaal 16-3('anders'categorie)=13. Indien bekend worden de kosten voor de 'anders'categorie in de tekst vermeldt.

Tabel 10a Aantal mensen met niet vergoede kosten voor juridische bijstand naar leeftijd

	Heeft u niet vergoede kosten gemaakt voor juridische bijstand die verband houden met uw brandwondenongeval?						Totaal	
	Ja		Nee		Niet ingevuld		Aantal	%
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%		
tot 30 jaar			10	14%			10	12%
30 jaar tot 40 jaar	3	33%	17	24%			20	24%
40 jaar tot 50 jaar	1	11%	17	24%			18	22%
50 jaar tot 60 jaar	4	44%	16	23%	2	100%	22	27%
60 jaar tot 70 jaar	1	11%	7	10%			8	10%
70 jaar tot 80 jaar			2	3%			2	2%
Niet ingevuld			2	3%			2	2%
Totaal	9	100%	71	100%	2	100%	82	100%

Tabel 10b Aantal mensen met niet vergoede kosten voor juridische bijstand naar duur brandwonden

	Heeft u niet vergoede kosten gemaakt voor juridische bijstand die verband houden met uw brandwondenongeval?						Totaal	
	Ja		Nee		Niet ingevuld		Aantal	%
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%		
Tussen de 0-5 jaar geleden	2	22%	32	45%	1	50%	35	43%
Tussen de 5-10 jaar geleden	2	22%	10	14%	1	50%	13	16%
Tussen de 10-15 jaar geleden	2	22%	7	10%			9	11%
Langer dan 15 jaar geleden	3	33%	22	31%			25	30%
Totaal	9	100%	71	100%	2	100%	82	100%

Tabel 10c Aantal mensen met niet vergoede kosten voor juridische bijstand naar opleidingsniveau

	Heeft u niet vergoede kosten gemaakt voor juridische bijstand die verband houden met uw brandwondenongeval?							Totaal	
	Ja		Nee		Niet ingevuld		Aantal	%	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%			
Lager onderwijs	1	11%	1	1%	1	50%	3	4%	
Middelbaar onderwijs	3	33%	38	54%	1	50%	42	51%	
Hoger onderwijs	4	44%	29	41%			33	40%	
Niet ingevuld	1	11%	3	4%			4	5%	
Totaal	9	100%	71	100%	2	100%	82	100%	

Tabel 10d Aantal mensen met niet vergoede kosten voor juridische bijstand naar inkomen

	Heeft u niet vergoede kosten gemaakt voor juridische bijstand die verband houden met uw brandwondenongeval?							Totaal	
	Ja		Nee		Niet ingevuld		Aantal	%	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%			
NETTO tussen de 500 en 1000 euro	1	11%	20	28%	1	50%	22	27%	
NETTO tussen de 1000 en 1500 euro	4	44%	13	18%	1	50%	18	22%	
NETTO tussen de 1500 en 2000	2	22%	12	17%			14	17%	
NETTO meer dan 2000 euro	2	22%	20	28%			22	27%	
Niet ingevuld			6	8%			6	7%	
Totaal	9	100%	71	100%	2	100%	82	100%	

Tabel 11 Geschatte diverse kosten

	Statistics					
	Valid ^a	Median	Range	Minimum	Maximum	Sum
Extra onderwijs	2(5)		1600	400	2000	2400
Studiekosten (schoolgeld/leermiddelen)	0(2)					
Concentratietraining voor volgen onderwijs	0(1)					
Internetverbinding	4(7)	650	2800	200	3000	4500
Sprekende computer	0(0)					
Kosten van beroepskeuzeonderzoek	0(0)					
Auto aanpassingen	2(3)		750	750	1500	2250
Woningaanpassing	3(4)	3000	7500	2500	10000	15500
Huishoudelijke hulp	3(9)	1000	500	1000	1500	3500
Kinderopvang	1(2)		0	2400	2400	2400
Sport	8(13)	400	9970	30	10000	12630
Kosten voor ontspanning (cultuur; natuur)	4(9)	225	400	100	500	1050
Vakantie zelf en gezin	5(9)	1000	2700	300	3000	6600
Vervoerskosten	4(10)	800	1431	69	1500	3169
Totaal	36(74)^b					53999

a. 2(5) betekent dat 5 mensen hebben aangegeven kosten te hebben gemaakt voor extra onderwijs maar slechts 2 mensen kunnen aangeven hoeveel de kosten waren

b. Het totaal 80-6 ('anders' categorie) =74. Indien bekend worden de kosten voor de 'anders' categorie in de tekst vermeldt.

Tabel 12a Aantal mensen met niet vergoede kosten voor diverse kosten naar leeftijd

	Brandwonden kunnen soms ook leiden tot extra kosten voor sport, werk, opleiding, sociale contacten, ontspanning e.d. Heeft u ooit in verband met uw brandwonden dit soort niet vergoede kosten gemaakt?							Totaal	
	Ja		Nee		Niet ingevuld				
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	
tot 30 jaar	4	13%	6	13%			10	12%	
30 jaar tot 40 jaar	5	16%	15	31%			20	24%	
40 jaar tot 50 jaar	7	23%	10	21%	1	33%	18	22%	
50 jaar tot 60 jaar	9	29%	11	23%	2	67%	22	27%	
60 jaar tot 70 jaar	3	10%	5	10%			8	10%	
70 jaar tot 80 jaar	1	3%	1	2%			2	2%	
Niet ingevuld	2	6%					2	2%	
Totaal	31	100%	48	100%	3	100%	82	100%	

Tabel 12b Aantal mensen met niet vergoede kosten voor diverse kosten naar duur brandwonden

	Brandwonden kunnen soms ook leiden tot extra kosten voor sport, werk, opleiding, sociale contacten, ontspanning e.d. Heeft u ooit in verband met uw brandwonden dit soort niet vergoede kosten gemaakt?							Totaal	
	Ja		Nee		Niet ingevuld				
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	
Tussen de 0-5 jaar geleden	13	42%	20	42%	2	67%	35	43%	
Tussen de 5-10 jaar geleden	4	13%	8	17%	1	33%	13	16%	
Tussen de 10-15 jaar geleden	5	16%	4	8%			9	11%	
Langer dan 15 jaar geleden	9	29%	16	33%			25	30%	
Totaal	31	100%	48	100%	3	100%	82	100%	

Tabel 12c Aantal mensen met niet vergoede kosten voor diverse kosten naar opleidingsniveau

	Brandwonden kunnen soms ook leiden tot extra kosten voor sport, werk, opleiding, sociale contacten, ontspanning e.d. Heeft u ooit in verband met uw brandwonden dit soort niet vergoede kosten gemaakt?							Totaal	
	Ja		Nee		Niet ingevuld				
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	
Lager onderwijs	1	3%	1	2%	1	33%	3	4%	
Middelbaar onderwijs	13	42%	27	56%	2	67%	42	51%	
Hoger onderwijs	15	48%	18	38%			33	40%	
Niet ingevuld	2	6%	2	4%			4	5%	
Totaal	31	100%	48	100%	3	100%	82	100%	

Tabel 12d Aantal mensen met niet vergoede kosten voor diverse kosten naar inkomen

	Brandwonden kunnen soms ook leiden tot extra kosten voor sport, werk, opleiding, sociale contacten, ontspanning e.d. Heeft u ooit in verband met uw brandwonden dit soort niet vergoede kosten gemaakt?							Totaal	
	Ja		Nee		Niet ingevuld		Aantal	%	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%			
NETTO tussen de 500 en 1000 euro	11	35%	10	21%	1	33%	22	27%	
NETTO tussen de 1000 en 1500 euro	8	26%	9	19%	1	33%	18	22%	
NETTO tussen de 1500 en 2000	4	13%	9	19%	1	33%	14	17%	
NETTO meer dan 2000 euro	7	23%	15	31%			22	27%	
Niet ingevuld	1	3%	5	10%			6	7%	
Totaal	31	100%	48	100%	3	100%	82	100%	

Tabel 13 Ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden

	Ziekenfonds	Particulier	Totaal
Academic National		1	1
Achmea	4	4	8
Agis	11	1	12
Amicon	1	2	3
CWZ	1		1
CZ	10	4	14
DGVP		1	1
DGVP/IZA		1	1
Delta Lloyd		1	1
DSW zorgverzekeraar	2		2
Friesland de	5		5
Geové	3		3
Groene Land	1		1
IAK		1	1
IZA		2	2
IZR		1	1
IZZ	1		1
Nationale Nederlanden		3	3
NVS Menzis		1	1
Ohra	2	1	3
Oms Shell		1	1
ONVZ	1		1
Stad Rotterdam	1	1	2
Trias	1		1
Univé	1	1	2
VGZ	3		3
VGZ/Arvitae		1	1
Zorg en Zekerheid		1	1
Niet ingevuld	5		5
Totaal	53	29	82

Tabel 14 Aanvullende ziektekostenverzekering

	Aantal	%
Ja, zonder uitsluitingen	47	57%
Ja, met uitsluitingen	20	24%
Nee	9	11%
Nee, geweigerd, omdat	1	1%
Niet ingevuld	5	6%
Totaal	82	100%

Tabel 15 Bezig om extra kosten vergoed te krijgen

	Aantal	%
Ja	40	49%
Nee	42	51%
Totaal	82	100%

Tabel 16 Soorten kostenposten bij pogingen voor vergoeding

	Aantal	%
Kosten voor lichamelijke nabehandeling	15	38%
Verzekeringskosten	7	18%
Psychosociale kosten	9	23%
Kosten voor huidverzorging	15	38%
Juridische kosten	7	18%
Diverse kosten	24	60%
Niet ingevuld	2	5%
Totaal	79	198%

Tabel 17 Bezig om extra kosten vergoed te krijgen naar opleidingsniveau

	Bent u bezig of heeft u geprobeerd uw extra kosten vergoed te krijgen?				Totaal	
	Ja		Nee		Aantal	%
	Aantal	%	Aantal	%		
Lager onderwijs	1	3%	2	5%	3	4%
Middelbaar onderwijs	19	48%	23	55%	42	51%
Hoger onderwijs	19	48%	14	33%	33	40%
Niet ingevuld	1	3%	3	7%	4	5%
Totaal	40	100%	42	100%	82	100%

Tabel 18 De wegen om de extra kosten vergoed te krijgen

	Lager onderwijs		Middelbaar onderwijs		Hoger onderwijs		Niet ingevuld		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Aanvraag bij ziektekostenverzekeraar	1	100%	15	79%	13	68%	1	100%	30	75%
Overstappen naar een andere ziektekostenverzekeraar			1	5%	1	5%			2	5%
De arts vragen om de aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar te ondersteunen met een speciale brief			9	47%	9	47%			18	45%
Bij instantie via het Persoonsgebonden budget (PGB)					1	5%			1	3%
Aanvraag bij de Sociale Dienst van de gemeente (bijzondere bijstand)			3	16%	4	21%			7	18%
Bij de gemeente, via de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG)			5	26%	4	21%			9	23%
Bij instantie via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten			3	16%	2	11%			5	13%
Aanvraag bij de Uitvoeringsorgaan Werknemers Verzekeringen (UWV)			1	5%	1	5%			2	5%
Werkgever benaderen (extra kosten reïntegratie of preventie ziekteverzuim)			1	5%					1	3%
Belastingdienst (medische kosten via belastingaangifte)			8	42%	7	37%	1	100%	16	40%
Schoolbegeleidingsdienst inschakelen			2	11%	1	5%			3	8%
Schooldecaan inschakelen (voor beroep op schoolfonds)			1	5%	2	11%			3	8%
Decaan op universiteit of hoge school inschakelen										
Hulp vragen aan familie en/of vrienden			6	32%	5	26%			11	28%
Sociale raadslieden inschakelen					2	11%			2	5%
Een fonds aanschrijven (via het fondsenboek)					1	5%			1	3%
Anders, namelijk			2	11%	6	32%			8	20%
Niet ingevuld			1	5%	1	5%			2	5%
Totaal	1	100%	58	305%	60	316%	2	200%	121	303%

Tabel 19 Gemiddelde besteedde uur per aanvraag

	Aantal	%
1	9	27%
2	9	27%
3	3	9%
4	2	6%
10	1	3%
80	1	3%
100	1	3%
Anders	7	21%
Totaal	33	100%

Tabel 20 Gemiddelde wachttijd per aanvraag

	Aantal	%
0	1	3%
1	2	7%
2	4	13%
3	4	13%
4	3	10%
5	1	3%
6	2	7%
8	2	7%
10	3	10%
12	2	7%
16	2	7%
26	1	3%
Anders	3	10%
Totaal	30	100%

Tabel 21 Zelf brandwonden of verantwoordelijk voor anderen

	Aantal	%
Ik heb zelf brandwonden	62	76%
Ik heb de zorg voor kinderen met brandwonden	19	23%
Anders, namelijk...	1	1%
Totaal	82	100%

Tabel 22a Percentage brandwonden

	Aantal	%
Ik heb (ongeveer).....% brandwonden	69	84%
Ik weet niet hoeveel % brandwonden ik had	11	13%
Niet ingevuld	2	2%
Totaal	82	100%

Tabel 22b Percentage brandwonden gecategoriseerd

	Aantal	%
0 tot 10%	8	12%
10 tot 20%	11	16%
20 tot 30%	15	22%
30 tot 40%	10	14%
40 tot 50%	8	12%
50 tot 60%	4	6%
60 tot 70%	7	10%
70 tot 80%	1	1%
80 tot 90%	3	4%
90% en meer	1	1%
Niet ingevuld	1	1%
Totaal	69	100%

Tabel 22c Percentage brandwonden naar duur brandwonden

	Ik heb (ongeveer)..... ...% brandwonden		Ik weet niet hoeveel % brandwonden ik had		Niet ingevuld		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Tussen de 0-5 jaar geleden	28	41%	6	55%	1	50%	35	43%
Tussen de 5-10 jaar geleden	12	17%	1	9%			13	16%
Tussen de 10-15 jaar geleden	8	12%	1	9%			9	11%
Langer dan 15 jaar geleden	21	30%	3	27%	1	50%	25	30%
Totaal	69	100%	11	100%	2	100%	82	100%

Tabel 23 Soort huidverzorging naar geslacht

	Man		Vrouw		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Camouflage make-up	3	38%	5	63%	8	100%
Schoonheidsproducten	2	40%	3	60%	5	100%
Huidcrèmes	15	42%	21	58%	36	100%
Reinigingsproducten	4	80%	1	20%	5	100%
Anders, namelijk...			4	100%	4	100%
Totaal	24	41%	34	59%	58	100%

Tabel 24 Aantal mensen met verschillende kostenposten naar leeftijd op basis van de hele onderzoeksgroep

Leeftijd	0 tot 30 jaar		30 tot 40 jaar		40 tot 50 jaar		50 tot 60 jaar		60 tot 70 jaar		70 tot 80 jaar		Onbekend		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Lichamelijke nabehandeling	5	6%	7	9%	9	11%	10	12%	6	7%	1	1%	0	0%	38	46%
Verzekeringen	0	0%	3	4%	1	1%	4	5%	0	0%	0	0%	1	1%	9	11%
Psychosociale hulp	5	6%	10	12%	6	7%	6	7%	4	5%	0	0%	1	1%	32	39%
Huidverzorging	4	5%	10	12%	9	11%	11	13%	6	7%	1	1%	0	0%	41	50%
Juridische hulp	0	0%	4	5%	1	1%	3	4%	1	1%	0	0%	0	0%	9	11%
Diverse kosten	5	6%	6	7%	7	9%	8	10%	3	4%	1	1%	1	1%	31	38%

Tabel 25 Aantal mensen met verschillende kostenposten naar duur brandwonden op basis van de hele onderzoeksgroep

Duur brandwonden	0-5 jaar geleden		5-10 jaar geleden		10-15 jaar geleden		Langer dan 15 jaar geleden		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Lichamelijke nabehandeling	18	22%	18	22%	5	6%	9	11%	38	46%
Verzekeringen	1	1%	4	5%	1	1%	3	4%	9	11%
Psychosociale hulp	11	13%	3	4%	3	4%	15	18%	32	39%
Huidverzorging	20	24%	6	7%	4	5%	11	13%	41	50%
Juridische hulp	2	2%	2	2%	2	2%	3	4%	9	11%
Diverse kosten	13	16%	4	5%	5	6%	9	11%	31	38%

Tabel 26 Aantal mensen met verschillende kostenposten naar opleidingsniveau op basis van de hele onderzoeksgroep

Opleidingsniveau	Lager Onderwijs		Middelbaar Onderwijs		Hoger Onderwijs		Onbekend		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	%
Lichamelijke nabehandeling	2	2%	19	23%	16	20%	1	1%	38	46%
Verzekeringen	1	1%	3	4%	5	6%		0%	9	11%
Psychosociale hulp	2	2%	18	22%	9	11%	3	4%	32	39%
Huidverzorging	3	4%	20	24%	16	20%	2	2%	41	50%
Juridische hulp	1	1%	3	4%	4	5%	1	1%	9	11%
Diverse kosten	1	1%	13	16%	15	18%	2	2%	31	38%

Tabel 27 Aantal mensen met verschillende kostenposten naar inkomen op basis van de hele onderzoeksgroep

Inkomen	Netto 500-1000 euro		Netto 1000-1500 euro		Netto 1500 - 2500 euro		Netto meer dan 2000 euro		Onbekend		Totaal	
	Aantal	%	Aantal	%	Aantal	Aantal	%	%	Aantal	%	Aantal	%
Lichamelijke nabehandeling	15	18%	7	9%	5	6%	10	12%	1	1%	38	46%
Verzekeringen	4	5%	3	4%	1	1%	1	1%		0%	9	11%
Psychosociale hulp	12	15%	9	11%	4	5%	6	7%	1	1%	32	39%
Huidverzorging	14	17%	10	12%	7	9%	8	10%	2	2%	41	50%
Juridische hulp	1	1%	4	5%	2	2%	2	2%		0%	9	11%
Diverse kosten	11	13%	8	10%	4	5%	7	9%	1	1%	31	38%

Bijlage 3 Huidige ziekenfondsvergoedingen

In het onderstaande overzicht hanteren we voor de verschillende ‘zorgproducten’ de indeling van de vragenlijst die naar diverse mensen met brandwonden verzonden is (kolom 1). Zo zijn de gegevens uit deze bijlage en de gegevens uit hoofdstuk 2 te vergelijken. In de 2e en 3e kolom van de tabel gebruiken we de termen die in de ziekenfondswet en in de aanvullende verzekeringen gebruikt worden. We hebben steeds bekeken welke ‘zorgproducten’ zoals verwoord in de vragenlijst, onder welke ‘categorieën’ vallen, zoals beschreven in de ziekenfondswet.

Tabel 1 Vergoedingen vanuit het ziekenfonds versus vergoedingen vanuit aanvullende verzekeringen

Lichamelijke nabehandeling	Vergoed door ziekenfonds	Vergoed door aanvullende verzekering
Reguliere geneesmiddelen	<p>Medicijnen</p> <p>Het ziekenfonds vergoedt vrijwel alle (door een arts) voorgeschreven geneesmiddelen, tot een maximum vergoedingstimiet (vastgesteld per geneesmiddel).</p> <p>Ook kan het voorkomen dat een huisarts of specialist een medicijn voorschrijft dat niet volledig door het ziekenfonds vergoed wordt omdat er een goedkoper alternatief bestaat. Als dat goedkopere alternatief voor de arts of patiënt niet acceptabel is, komen ook die hogere kosten voor rekening van de zorgvrager. Geneesmiddelen die zonder recept bij drogist of apotheek verkrijgbaar zijn (zelfzorggeneesmiddelen), worden gedeeltelijk door het ziekenfonds vergoed. Voorbeelden van zelfzorggenees-</p>	

	<p>middelen zijn eenvoudige pijnstillers (paracetamol), laxeremiddelen, hooikoortsmiddelen en middelen tegen huidschilderij. Een aantal zelfzorggeneesmiddelen wordt door het ziekenfonds vergoed. Deze vergoeding is alleen voor mensen die deze middelen chronisch gebruiken (langer dan 6 maanden). Het gaat om:</p> <ul style="list-style-type: none"> • middelen tegen diarree • antihistaminica • kalktabletten • middelen i.v.m. maagledigingsstoornissen. • laxantia <p>Een aantal verzekeraars geeft een vergoeding voor overige zelfzorggeneesmiddelen.</p>	
Alternatieve geneeswijzen	<p>Alternatieve geneeswijzen</p> <p>De kosten van alternatieve geneeswijzen als homeopathie, acupunctuur of natuurgeneeskunde worden niet door het ziekenfonds vergoed.</p> <p>Hypnotherapie valt in de polis van verzekeraars onder alternatieve geneeswijzen. Eiders in dit hoofdstuk zullen we dieper ingaan op de vergoedingen van Hypnotherapie. Daarmee wordt een beeld geschetst van de diversiteit in vergoedingen van aanvullende verzekeringen.</p>	<p>Ook de door alternatieve genezers voorgeschreven geneesmiddelen niet. Via de aanvullende verzekering kan iemand een vergoeding voor deze kosten ontvangen.</p>
Homeopathische Geneesmiddelen		<p>Ook de door alternatieve genezers voorgeschreven geneesmiddelen niet. Via de aanvullende verzekering kan iemand een vergoeding voor deze kosten ontvangen.</p>
Lasertherapie		<p>Lasertherapie wordt vergoed als het om een medische indicatie gaat, uitgevoerd door de huidtherapeut.</p>
Huidtherapie/ Schoonheidsbehandelingen		<p>Camouflage therapie</p> <p>Bij deze therapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut worden hinderlijke vlekken op de huid vrijwel onzichtbaar gemaakt. De kosten van de lessen om zelf de middelen op te brengen en de kosten van deze middelen kunnen gemakkelijk tot EUR. 250,- per jaar</p>

		<p>oplopen. Het ziekenfonds vergoedt deze kosten niet, maar veel aanvullende verzekeringen geven een gehele of gedeeltelijke vergoeding.</p>
<p>Massages (litteken) Tatoeage Zonnebank</p>		<p>Littekenmassage wordt evenals camouflage therapie uitgevoerd door de huidtherapeut. Het ziekenfonds vergoed de kosten niet, veel aanvullende verzekeringen wel.</p> <p>Medische tatoeage om huidafwijkingen te camoufleren (in de polissen ook wel dermatografie genoemd); wordt door sommige aanvullende verzekeringen vergoed.</p> <p>Op de website www.creativecare.nl vinden we informatie over lichttherapie; 'Uitstekende resultaten met Lichttherapie zijn bereikt bij patiënten met brandwonden'. Lichttherapie wordt niet vanuit het ziekenfonds vergoed, wel vanuit sommige aanvullende verzekeringen. Vaak wordt het in de polissen UV-B lichttherapie genoemd.</p>
<p>Reiskosten voor de nabehandelingen: Openbaar vervoer Vervoer per auto (€ 0,18 per km)</p>	<p>Ziekenvervoer Vanaf 1 juni 2004 is de vergoeding voor het zittend ziekenvervoer vervallen. Dat is het vervoer met taxi, openbaar vervoer of eigen auto naar een ziekenhuis of behandelcentrum. Voor een beperkte groep patiënten is een uitzondering gemaakt. Nierdialysepatiënten, kankerpatiënten die een chemokuur of radiotherapie krijgen, blinden en slechtzienden en rolstoelgebruikers kunnen het vervoer wel vergoed krijgen. De zorgverzekeraar moet beoordelen of zij dit echt nodig hebben.</p> <p>Op aandringen van de tweede kamer heeft minister Hoogervorst in de regeling een hardheidsclausule opgenomen, die het mogelijk maakt een vergoeding te geven aan anderen dan de hiervoor genoemde groepen, voorzover zij een langdurige ziekte of aandoening hebben.</p>	

	<p>De gezamenlijke zorgverzekeraars (Zorgverzekeraars Nederland) hebben criteria opgesteld om voor reisvergoeding op grond van de hardheidsclausule in aanmerking te komen. Deze criteria zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> • langer dan vijf maanden vervoer; én • minimaal twee keer per week vervoer; én • meer dan 25 km afstand of 1 uur reistijd. <p>Voor vervoer per taxi, openbaar vervoer of privé-auto in verband met medische behandelingen gelden bepaalde regels. Er is een bijzondere eigen bijdrage verschuldigd tot maximaal € 82,- per twaalf maanden.</p> <p>Voor het gebruik van een privé-auto (dus als iemand niet met het openbaar vervoer mag reizen) krijgt een patiënt € 0,22 per kilometer vergoed, maar dat pas nadat € 82,- aan vervoerskosten is besteed. De medische noodzaak moet blijken uit een doktersverklaring. Voor vergoeding van openbaar vervoer is zo'n verklaring weer niet nodig. Bij vervoer per ambulance is geen eigen bijdrage verschuldigd.</p>	
--	---	--

<p>Hulpmiddelen</p> <p>Drukpakken (extra)</p> <p>Brace</p> <p>Aangepaste kleding</p> <p>Pruiken</p> <p>Speciaal bed</p> <p>Airco-installatie</p>	<p>Hulpmiddelen</p> <p>Via de Ziekenfondswet kunnen ook hulpmiddelen voor rekening van uw ziekenfonds worden aangeschaft of in bruikleen worden gegeven. Het gaat daarbij om hulpmiddelen zoals prothesen, pruiken, incontinentie materiaal, gehoorapparaten, enzovoort, die dienen om iemand zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren. Voor alle hulpmiddelen geldt dat zij individueel gericht, langdurig noodzakelijk en niet-algemeen gebruikelijk moeten zijn. Voorts moeten De ziekenfondsen beoordelen of iemand, gelet op uw behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs op de aard, inhoud en omvang van het gevraagde hulpmiddel is aangewezen.</p> <p>Eigen betalingen</p> <p>Voor een aantal hulpmiddelen is een <i>maximum vergoeding</i> vastgesteld. Als de aanschaffingskosten van zo'n hulpmiddel hoger zijn dan het wettelijk vastgestelde bedrag komt het verschil voor uw eigen rekening. Dit moet u in beginsel zelf betalen aan de leverancier van het hulpmiddel.</p> <p>Voor een aantal hulpmiddelen zijn <i>extra eigen bijdragen</i> vastgesteld, omdat die voorzien in kosten die iedereen moet maken. Deze bijdragen gelden bij individueel vervaardigd orthopedisch schoeisel.</p>	
<p>Stroomkosten (voor airco)</p>		<p>De kosten van <i>energieverbruik</i> van een hulpmiddel zijn veelal voor eigen rekening.</p>
<p>Psychosociale kosten</p>	<p>Vergoed door ziekenfonds</p>	<p>Vergoed door aanvullende verzekering</p>
<p>Lidmaatschap patiëntenvereniging</p>		
<p>Kosten vakantiecampen</p>		
<p>Kosten psychologische behandeling</p>	<p>Psychische hulp</p> <p>Als u een beroep doet op het RIAGG worden de kosten daarvan vergoed door de AWBZ, maar er geldt wel een eigen bijdrage van EUR 15,00 per behandeling. De kosten van een eerstelijns psycholoog komen geheel voor eigen rekening.</p>	<p>Psychische hulp</p> <p>Aanvullende verzekeringen vergoeden de kosten van een eerstelijns psycholoog geheel of gedeeltelijk.</p> <p>Hypnotherapie</p>

Reis en verblijfkosten familie in acute fase		Reiskosten wegens ziekenbezoek Als u te maken krijgt met een langdurige opname van een gezinslid in een ziekenhuis dat vele tientallen kilometers van uw huis ligt, dan kunnen de reiskosten behoorlijk in de papieren gaan lopen. Veel aanvullende verzekeringen geven een tegemoetkoming in deze kosten.
Reiskosten lotgenoten contact/cursus "verder met"		
Kinderopvang (thuis)		
Psychologische hulp broertjes/zusjes		
Ouderbegeleiding		
Counseling voor herscholing (beroepsoriëntatie)		
Huidverzorging	Vergoed door ziekenfonds	
Camouflage make-up		Vergoed door aanvullende verzekering Camouflage therapie Bij deze therapie door een schoonheidsspecialist of huidtherapeut worden hinderlijke vlekken op de huid vrijwel onzichtbaar gemaakt. De kosten van de lessen om zelf de middelen op te brengen en de kosten van deze middelen kunnen gemakkelijk tot EUR. 250,- per jaar oplopen. Het ziekenfonds vergoedt deze kosten niet, maar veel aanvullende verzekeringen geven een gehele of gedeeltelijke vergoeding.
Schoonheidsproducten		
Huidcrèmes		
Reinigingsproducten		

Diversen	Vergoed door ziekenfonds	Vergoed door aanvullende verzekering
<p>Auto-aanpassingen Woning-aanpassing</p>	<p>Als het gaat om de kosten van aanpassing aan een woning, of auto, wordt uit de gegevens over vergoedingen in het ziekenfonds, niet duidelijk in hoeverre deze vergoed worden.</p> <p>Voor wat betreft bruikleen van inrichtingsonderdelen van de woning, of bruikleen van een auto, wordt wel één en ander vanuit het ziekenfonds vergoed. Deze informatie vonden we op inderonder onder de categorie 'hulpmiddelen'.</p> <p>Hulpmiddelen Bruikleen</p> <p>Indien iemand een hulpmiddel in bruikleen krijgt, wordt daarvoor een bruikleenovereenkomst gesloten. In dat geval is geen eigen bijdrage verschuldigd. Wel kan een waarborgsom worden gevraagd. Deze waarborgsom krijgt een patiënt terug als het hulpmiddel weer wordt ingeleverd. De patiënt ontvangt over deze waarborgsom geen rente. De volgende hulpmiddelen worden altijd in bruikleen verstrekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zuurstofapparaat of zuurstofconcentrator met toebehoren - longvibrator - vernevelaar met toebehoren - electrostimulator tegen chronische pijn met toebehoren (tens-apparaat) - solo-apparaat met toebehoren (voor auditief gehandicapten) - tactiel leesapparaat met toebehoren (voor visueel gehandicapten) - tv loupes - BAHA-hoortoestel - CPAP-apparaat - botgroeistimulator - hulpmiddelen voor mobiliteit (dus een auto) - inrichtingselementen voor een woning <p>De andere hulpmiddelen kunnen ziekenfondsen u in bruikleen of in eigendom geven.</p>	

<p>Huishoudelijke hulp</p>	<p>Thuiszorg Huishoudelijke verzorging is hulp van huishoudelijke en begeleidende aard aan mensen van alle leeftijden, die door ziekte of andere omstandigheden niet (of slechts gedeeltelijk) hun huishouden kunnen doen. Het gaat om hulp bij huishoudelijke taken die een zorgvrager niet zelf kan doen en die ook niet uitgevoerd kunnen worden door gezinsleden, familie, kennissen en buren. Thuiszorg geeft die extra hulp, waardoor mensen in staat zijn zelfstandig hun huishouden te blijven voeren. Huishoudelijke verzorging wordt nu nog vanuit de AWBZ vergoed. In 2006 komt de thuiszorg te vallen onder de Wet Maatschappelijke ontwikkeling. Hoeveel een eigen bijdrage is, hangt af van uw gezinssituatie en uw inkomen.</p>	<p>Enkele aanvullende verzekeringen geven een vergoeding voor de eigen bijdrage.</p>
-----------------------------------	---	--

Tabel 2 Vergoedingen hypnotherapie

Om de informatie te kunnen vergelijken, hebben we in de derde kolom vermeld hoeveel een patiënt bij een verzekering minimaal kwijt is aan eigen bijdragen voor de behandelingen. Op de website www.hypnose.nl staat vermeld; 'Het gemiddeld aantal sessies ligt tussen de 5 en 15, en het tarief is gemiddeld tussen 70 en 110 euro per uur. Willen we de minimale kosten voor een patiënt berekenen, dan gaan we ervan uit dat een patiënt 5 sessies nodig heeft, en dat deze 70 euro per behandeling kosten. Als een patiënt dit zelf zou moeten betalen, zou de patiënt 350 euro kwijt zijn. In de vierde kolom van deze tabel rekenen we uit hoeveel een patiënt van deze 350 euro vergoed krijgt vanuit de verschillende verzekeringen. Zo kunnen we goed vergelijken wat het verschil is tussen de diverse verzekeringen.

Naam verzekeraar	Type aanvullende verzekering	Vergoeding ³	Kosten voor patiënt uitgaande van 5 behandelingen in 1 jaar en een behandel tarief van 70 euro
Amicon	Compact	75% max. € 160 ⁴	Eigen bijdrage is 75% per behandeling: dit is 17,50 per behandeling. Maximale vergoeding is 160 euro; dus 3 behandelingen kunnen vergoed worden, de rest moet de patiënt zelf betalen. Dus de patiënt betaalt 3 keer 17,50 en 2 keer het volle bedrag van 70 euro, en komt op een zelf te betalen bedrag van 192,50 euro.
Ziekenfonds	Ideaal	75% max. € 475	5 behandelingen kosten de verzekeraar 262,50 euro; dit blijft onder het maximum van 475 euro; de patiënt betaalt slechts 25% van elke behandeling, 5 behandelingen kosten de patiënt 87,50 euro
	Zorgplan	100% max. € 475	Bij 5 behandelingen 0 euro kosten voor de patiënt; alles wordt daarmee vergoed
	Top	75% max. € 700	87,50 euro kosten voor de patiënt
CZ	Basis	75 % max. € 200 per jaar	De patiënt krijgt 4 behandelingen voor 75% vergoed, en moet 1 behandeling zelf betalen. Daarmee komt de patiënt op 140 euro aan kosten.
Ziekenfonds	Plus	75 % max. € 400 per jaar	De patiënt krijgt alle behandelingen voor 75% vergoed; de kosten die overblijven bedragen 87,50 euro.
	Top	75 % max. € 600 per jaar	De patiënt krijgt alle behandelingen voor 75% vergoed; de kosten die overblijven bedragen 87,50 euro.
Groene Land Ziekenfonds	Voordeel Zilver	€ 30 per behandeling max. € 125 per jaar	Etc.. patiënt betaalt 230 euro
	Zilver	€ 30 per behandeling max. € 250 per jaar	Patiënt betaalt 200 euro
ONVZ Ziekenfonds	Benefit	€ 22 per consult max. 20 beh./jaar.	Patiënt betaalt 240 euro
	Benefit XL	€ 27 per consult max. 20 beh./jaar	Patiënt betaalt 215 euro
	Optifit	Volledig	Patiënt betaalt niets
	Optifit XL	Volledig	Patiënt betaalt niets
	Topfit	Volledig	Patiënt betaalt niets

³ Bij alle verzekeringen wordt de voorwaarde gesteld dat de hypnotherapie alleen vergoed wordt als de hypnotherapeut van wiens diensten een zorgvrager gebruik maakt, is aangesloten bij de NBVH (de Nederlandse Beroepsvereniging van Hypnotherapeuten)

⁴ Vermoedelijk wordt hier bedoeld dat 75% van de kosten van elke behandeling vergoed wordt, met een maximum vergoeding van 160 euro per jaar.

Zilveren Kruis Ziekenfonds	Voordeel Zilver	€ 30 per behandeling max. € 125 per jaar	Patiënt betaalt 230 euro
	Zilver	€ 30 per behandeling max. € 250 per jaar	Patiënt betaalt 200 euro

Bron: www.hypnose.nl. Informatie bijgewerkt in 2005.

Conclusie

Uit de gegevens in kolom 4 blijkt dat er grote verschillen bestaan in de vergoedingen van de diverse verzekeraars. Patiënten met een aanvullende ziekenfondsverzekering bij Amicon (zorgplan) en ONVZ Optifit, Optifit XL en Topfit, hoeven voor de 5 behandelingen door een hypnotherapeut niets te betalen, terwijl patiënten met een Voordeel Zilver verzekering bij het Groene Land, een Benfit ziekenfondsverzekering bij ONVZ of een Voordeel Zilver Verzekering bij het Zilveren kruis nog 230 of 240 euro voor deze 5 behandelingen kwijt zijn. De verschillen in vergoedingen worden vermoedelijk nog groter, als het gaat om meer behandelingen en hogere tariefkosten. Zorgvuldige keuze voor een aanvullende ziekenfondsverzekering is voor patiënten dus een vereiste; het kan vele euro's schelen. Het feit dat de vergoedingen van de aanvullende verzekeringen moeilijk vergelijkbaar zijn, maakt het voor patiënten wel moeilijk om een goede keuze te maken.

Colofon

opdrachtgever	Nederlandse Brandwonden Stichting
financier	Nederlandse Brandwonden Stichting/VWS
auteurs	Drs. T. Nederland, Drs. E. Kromontono, Drs. M. Wentink
eindredactie	I. Linse
basisontwerp binnenwerk	Gerda Mulder BNO, Oosterbeek
opmaak	N. van Koutrik
uitgave	Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht telefoon 030-2300799 telefax 030-2300683 e-mail secr@verwey-jonker.nl

De publicatie

De publicatie kan gedownload worden via onze website: <http://www.verwey-jonker.nl>.

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2005

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut.

Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute.

Partial reproduction is allowed, on condition that the source is mentioned.