

Vergaderjaar 2022–2023

**29 689**

**Herziening Zorgstelsel**

**32 805**

**Hulpmiddelenbeleid in de gezondheidszorg**

**Nr. 1190**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 13 april 2023

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 23 december 2022 over aankondiging monitoring stapeling eigen betalingen (Kamerstukken 29 689 en 32 805, nr. 1176).

De vragen en opmerkingen zijn op 15 februari 2023 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 12 april 2023 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,  
Smals

De adjunct-griffier van de commissie,  
Bakker

## Inhoudsopgave

<b>I.</b>	<b>Vragen en opmerkingen vanuit de fracties</b>	<b>2</b>
	Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	2
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	3
	Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie	4
	Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	5
	Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie	5
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie	7
	Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie	8
	Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie	9
<b>II.</b>	<b>Reactie van de Minister</b>	<b>10</b>

### **I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**

#### **Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de aankondiging van de monitoring stapeling eigen betalingen. Zij danken de Minister voor de brief en hebben hierbij nog enkele vragen. Deze leden zien dat al meerdere maatregelen zijn genomen die de stapeling van eigen bijdragen hebben verminderd. Kan de Minister toelichten hoe hij is gekomen tot de lijst eigen betalingen die volgens de brief in de monitor komen? Is deze lijst uitputtend of zijn bepaalde betalingen niet meegenomen in deze lijst?

Genoemde leden lezen dat de Minister medio 2023 de Kamer bericht over de voortgang van het verkrijgen van cijfers over de stapeling van eigen bijdragen, alsmede het onderzoek naar jonge gezinnen waarbij één ouder intramurale zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) ontvangt en dat de Minister mede daarop besluit of onderzoek naar andere groepen noodzakelijk is. Aan welke andere groepen denkt de Minister dan zoal? Op basis van welke afwegingen neemt hij besluit tot uitbreiding?

Op welke wijze neemt de Minister de Kamer mee in de voorbereidingen voor het wetsvoorstel voor de hervorming van het verplicht eigen risico? Op welke termijn kan de Kamer hierover informatie verwachten?

Daarnaast vragen genoemde leden hoe de financiële onafhankelijkheid van mensen die grote bedragen aan eigen betalingen kwijt zijn, zoveel mogelijk versterkt wordt. Kan de Minister hier een toelichting op geven?

#### **Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie**

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de Minister over het monitoren van eigen betalingen in de zorg. Voor genoemde leden is het cruciaal dat zorg van goede kwaliteit én voor iedereen toegankelijk blijft en zij onderschrijven dus het voornemen om eigen betalingen binnen de zorg beter te monitoren. De Minister beschrijft in zijn brief een aantal maatregelen die in een eerder stadium is genomen of in voorbereiding is, om grip te krijgen op de stapeling van eigen kosten. Deze leden hebben nog enkele vragen hierover.

Zij constateren dat enige verwarring is ontstaan over de nut en noodzaak van de maatregel om het eigen risico te spreiden. De Minister schrijft in zijn brief<sup>1</sup> hoe het slimmer spreiden van betalingen van het eigen risico (maximumtarief van € 150 per behandeling) twee doelen dient: (1) voorkomen dat de hoogte van het huidige eigen risico (€ 385) mensen

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1178.

afschrikt om zich te laten behandelen en (2) voorkomen dat mensen met een reeds uitgegeven eigen risico niet langer kostenbewust zorg gebruiken.

Voor de leden van de D66-fractie is het eerste argument in deze redenering cruciaal. Het mijden van zorg lijkt vaak tot een verergering van problematiek en werkt ongelijkheid sterk in de hand. Onderzoek laat zien dat financiën vaak een reden zijn voor het mijden van zorg. Genoemde leden vragen of de Minister kan reflecteren op het fenomeen van het mijden van zorg, de omvang en het gewenste effect van bovengenoemde maatregel.

De Minister benoemt in zijn brief de eigen betalingen die in ieder geval worden meegenomen in de monitor. Echter, genoemde leden merken op dat daarin een keuze lijkt te zijn gemaakt om bepaalde zorg niet mee te nemen. Zo worden bijvoorbeeld de niet-verzekerde kosten van patiënten binnen de Wlz niet genoemd. De leden van de D66-fractie vragen de Minister of hij verder kan toelichten welke eigen betalingen worden meegenomen in de monitor, welke niet en welke redenering daarachter zit.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de monitoring van de stapeling eigen betalingen. Deze leden begrijpen dat de Minister niet van plan is eigen bijdragen in de zorg te schrappen, maar juist van plan is er nog een paar aan toe te voegen. Genoemde leden kunnen niet anders dan concluderen dat deze beleidsmaatregelen haaks staan op de mooie woorden in het coalitieakkoord (Bijlage bij Kamerstuk 35 788, nr. 77) om stapeling van eigen betalingen tegen te gaan. Zij hebben daarom nog een paar kritische vragen en opmerkingen.

Genoemde leden missen een belangrijke maatregel om de stapeling van eigen betalingen tegen te gaan: namelijk ze allemaal schrappen. Of in ieder geval te verlagen, als eerste stap. De aangekondigde monitor is helemaal niet nodig als een begin gemaakt zou worden met de eigen bijdragen af te schaffen. Is de Minister het daarmee eens?

De leden van de PVV-fractie vinden het onbegrijpelijk dat het kabinet van plan is om per 2025 een eigen bijdrage in te voeren in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) voor de huishoudelijke hulp. Komt hiermee het Wmo-abonnementstarief in zijn geheel te vervallen voor de huishoudelijke hulp? Op een later moment zal er een eigen bijdrage in de Jeugdzorg ingevoerd worden. Hangt deze invoering nog af van de uitkomsten van de aangekondigde monitor of staat dat er los van? Kan de Minister aangeven hoe het kabinet de eigen bijdrage in de jeugdzorg wil invullen? Kunnen genoemde leden een uitwerking van deze maatregel ontvangen? Zo nee, waarom niet? Deze leden constateren verder dat de maximering van € 250 euro van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen doorloopt tot en met dit jaar. Kan de Minister garanderen dat de maximering in 2024 in ieder geval niet wordt verhoogd?

Deze leden missen een aantal onderdelen in de monitor die de Minister gaat opzetten. Waarom wordt de eigen bijdrage voor de poliklinische bevalling niet meegenomen, of de eerste 20 fysiotherapiebehandelingen die chronisch zieken zelf moeten betalen? Waarom wordt niet gekeken naar de kosten van zelfzorg-medicijnen of die van vitamine-D die recent uit het basispakket is gegooid?

De leden van de PVV-fractie vragen hoe de monitor inzicht gaat geven in zorgmijding of de kwaliteit van leven. Eigen bijdragen werpen immers een drempel op om zorg te zoeken of om een behandeling voort te zetten. De hervorming van het eigen risico haalt die drempel niet weg, aldus deze leden.

Tot slot vragen de leden van de PVV-fractie wat de consequenties zullen zijn als uit de monitor blijkt dat de toegang tot zorg door eigen betalingen

voor bepaalde groepen beperkt of onmogelijk gemaakt wordt. Graag ontvangen zij hierop een reactie.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie maken graag gebruik van de mogelijkheid om vragen te stellen over de aangekondigde monitor stapeling eigen betalingen. De doelstelling om met deze monitor meer inzicht te krijgen in de verschillende eigen betalingen over de stelselwetten heen en de overlap tussen verschillende eigen betalingen, kan rekenen op de steun van deze fractie.

Genoemde leden maken graag van deze gelegenheid gebruik om een wat meer fundamentele vraag te stellen over de eigen betalingen, maar ook over compensatieregelingen in de zorg.

Alle regelingen die er zijn voor eigen betalingen zijn complex en ondergebracht in verschillende wetten of bij verschillende overheden. Door de complexiteit van maatregelen kan maatwerk geboden worden, maar het maakt het voor ouderen, mensen met een handicap of mensen met een laag inkomen niet altijd makkelijk alle verschillende wetten en regels te doorgronden en er gebruik van te maken.

Vervolgens kan de lagere overheid – in het kader van beleidsvrijheid- ook kiezen hoe zij bepaalde voorzieningen uitvoeren, zoals bijvoorbeeld het aanbieden van een collectieve zorgverzekering of compensatie in zorgkosten. Dit is een vorm van lokaal inkomensbeleid. Het maakt dus voor burgers met hoge zorgkosten of een laag inkomen uit waar zij wonen omdat dit mede bepalend is of zij meer of minder geld te besteden hebben. Hoe weegt de Minister dit punt?

De Minister doet specifiek onderzoek naar de groep jonge gezinnen en eigen betalingen. De leden van de CDA-fractie vinden het een goede stap dat inzichtelijk wordt gemaakt waar deze gezinnen nu precies tegenaan lopen. Dan stelt de Minister vervolgens dat hij mede op basis hiervan een besluit neemt of ook onderzoek naar andere groepen noodzakelijk is. Kan de Minister aangeven wat hij hier precies bedoelt? Aan welke groepen denkt de Minister dan?

Genoemde leden vragen of bij de monitor stapeling eigen betalingen rekening kan worden gehouden met de duur van eigen betalingen. Iemand die van jongs af aan chronisch ziek is of vanaf 20 jaar een handicap heeft, heeft structureel meer eigen betalingen dan iemand die door een operatie of tijdelijke opname in een Wlz-instelling tijdelijk meer voorzieningen nodig heeft waarvoor een eigen betaling gevraagd wordt, en dus een «tijdelijke» stapeling van eigen betalingen heeft. De lange duur van stapeling in eigen betalingen kan een jong persoon met een handicap beperken in zijn maatschappelijke participatie. Ziet de Minister dit onderscheid ook en wordt hier in de monitor rekening mee gehouden?

Wat betreft de Wmo vragen de leden van de CDA-fractie of bij de monitor ook rekening wordt gehouden met de tegemoetkoming voor zorgkosten bij chronische ziekte of handicap die sommige gemeenten uitkeren aan hun inwoners met een laag (lager) inkomen. Sinds 2015 kunnen chronisch zieken bij de gemeente aanspraak maken op een financiële tegemoetkoming. Er zijn echter verschillen per gemeente ontstaan. Wat vindt de Minister van deze verschillen? Het bedrag kan oplopen, maar 193 gemeenten – aldus onderzoek – communiceren helemaal niks online over een eventuele tegemoetkoming, maar blijken die soms wel te hebben. Wat vindt de Minister van deze onduidelijkheid? Wat vindt de Minister ervan dat sommige gemeenten geen tegemoetkoming uitkeren?

Genoemde leden vinden dit namelijk in de afweging tussen de beleidsvrijheid van gemeenten enerzijds en gelijke behandeling van burgers anderzijds een lastig punt, het wrikt hier. Wat vindt de Minister van dit punt?

Daarnaast horen deze leden uit het werkveld ook terug dat bij mensen met hulp bij het huishouden soms, door arbeidskrapte of in de vakantieperiodes, tijdelijk geen hulp bij het huishouden krijgen maar de eigen bijdrage wel doorloopt. Nu gaat de eigen bijdrage bij hulp bij het huishouden in 2025 omhoog en wordt deze meer inkomensafhankelijk. Hoe wordt omgegaan met de eigen bijdrage als door bijvoorbeeld arbeidskrapte of vakantieoosters tijdelijk geen hulp in het huishouden beschikbaar is? Wordt hier rekening mee gehouden in het wetsvoorstel? Mensen met een handicap hebben naast rolstoelen en protheses ook sporthulpmiddelen nodig zoals een sportrolstoel en sportprotheses. Naar aanleiding van een breed aangenomen motie is er inmiddels een centraal loket voor de aanvraag van sporthulpmiddelen. In 2023 worden er verdere afspraken gemaakt met Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland over gezamenlijke taken en verantwoordelijkheden. Worden ook afspraken gemaakt over eigen betalingen bij bijvoorbeeld sportprotheses?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief Aankondiging monitoring stapeling eigen betalingen. Zij hebben hier nog enkele kritische vragen en opmerkingen over. Deze leden zijn van mening dat eigen betalingen voor medisch noodzakelijke zorg onrechtvaardig zijn, omdat mensen er niet voor kiezen om zorg nodig te hebben. Is de Minister bereid te stoppen mensen te beboeten voor ziekte?

Genoemde leden vinden het opmerkelijk dat de Minister wel lijkt in te zien dat de stapeling voor eigen betalingen in de zorg voor veel mensen een probleem vormt, maar dat het kabinet tegelijkertijd overweegt om extra eigen betalingen in te voeren in de jeugdzorg en de huishoudelijke zorg. Is dit niet tegenstrijdig met elkaar? Waarom wil het kabinet alsnog nieuwe vormen van eigen betalingen invoeren, als de Minister feitelijk erkent dat mensen nu al in de problemen komen? Is het niet veel logischer om het aantal eigen betalingen in ieder geval niet uit te breiden?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie**

De leden van de GroenLinks-fractie hebben de brief over de monitor gelezen. Het verbaast deze leden dat de Minister graag benadrukt dat het Nederlandse zorgstelsel in hoge mate is gebaseerd op solidariteit. Daarmee bedoelt de Minister dat mensen zonder zorgkosten betalen voor mensen met zorgkosten. Genoemde leden verwonderen zich sterk over de wijze waarop de Minister solidariteit uitlegt als iets tussen gezonde en zieke mensen. Hierdoor lijkt het toch vooral alsof je maar dankbaar moet zijn dat al die gezonde mensen bereid zijn te betalen voor de ongezonde mensen. De leden van de GroenLinks-fractie zouden liever zien dat het zorgstelsel gebaseerd zou zijn op solidariteit tussen arm en rijk. Wetende dat gezondheidsverschillen in grote mate worden verklaard door inkomen en opleidingsniveau, zou het pas echt solidair zijn als rijk voor arm betaalt. De wijze waarop de eigen bijdrage nu is vormgegeven, is daardoor niet alleen niet solidair, maar ook onrechtvaardig. Mensen met een laag inkomen hebben een grote kans op ziekte en die moeten daar dan ook nog eens eigen bijdrage voor betalen. Hierdoor wordt de economische positie van mensen met een beperking of een ziekte verder verslechterd, met nog grotere kans op nieuwe ziekten. Deze leden hopen dat door de voorgestelde monitor meer zicht komt op de stapeling van eigen bijdragen. Maar om te bepalen of deze stapeling problematisch is, hebben de voornoemde leden meer informatie nodig. Zij vragen de Minister of ook kan worden onderzocht hoe de stapeling van eigen bijdrage interaccioneert met de financiële positie van de mensen met eigen bijdrage.

Genoemde leden lezen in de brief dat het kabinet nog steeds nadenkt over het invoeren van een eigen bijdrage in de jeugdzorg. Deze leden hebben zich hier al diverse keren fel tegen uitgesproken. Ook leden van andere fracties lijken niets te zien in dit plan. Waarom blijft het kabinet dan toch hieraan vasthouden? Het idee van een eigen bijdrage wordt al een jaar «uitgewerkt». Wat betekent dat? Waarom duurt dat zo lang? Valt niet gewoon te concluderen dat het idee geen politiek draagvlak heeft. ook niet in het veld, en dat het van tafel moet? Zo ja, waarom wordt dit niet gecommuniceerd? Op deze manier blijft het plan boven de markt hangen en zorgt het voor onrust bij jongeren, ouders en het hele jeugdzorgveld. Ziet de Minister dit ook? Hoe kan het überhaupt dat een jaar na het presenteren van het coalitieakkoord er nog steeds geen plan is voor deze extra besparing van 500 miljoen euro? Is dit niet gewoon omdat er geen extra besparingen te vinden zijn? Zo niet, over welke andere besparingen behalve een eigen bijdrage worden nagedacht?

In de brief lezen de leden van de GroenLinks-fractie een opsomming van alle soorten eigen bijdragen die een plek krijgen in de monitor. Zij vinden het een goede ontwikkeling dat het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) dit in kaart brengt op verzoek van de Minister, maar hebben ook vragen bij de opzet. De eigen bijdrage die mensen betalen voor ongecontracteerde zorg wordt bijvoorbeeld niet meegenomen in de monitor. Zeker nu het aantal zorgaanbieders zonder contract stijgt, ligt het voor de hand dat meer mensen moeten bijbetalen voor de zorg die zij nodig hebben, omdat hun vertrouwde zorgverlener geen contract heeft met hun zorgverzekeraar. Waarom is deze eigen bijdrage niet opgenomen in de monitor? Is de Minister bereid dat alsnog te doen? Tevens worden de jaren 2019 t/m 2021 onderzocht. De gegevens van de jaren 2020 en 2021 zullen afwijken in verband met de COVID-crisis. Hoe borgt de Minister dat hier een correctie op plaatsvindt?

Rondom eigen bijdrage die betrekking hebben met zwangerschap en geboorte zien genoemde leden dat wordt gekeken naar de eigen bijdrage voor kraamzorg. Andere vormen van zorg rondom zwangerschap en geboorte worden niet genoemd. Is de Minister bereid om daarbij ook te kijken naar kosten voor anticonceptie, eigen bijdragen voor poliklinische bevallingen, drugsscreening en prenatale screening?

Ook over de eigen bijdrage voor hulpmiddelen hebben deze leden nog een vraag. De eigen bijdrage die iemand betaalt, hangt in sterke mate af van het gebruikte hulpmiddel. Zo zijn gebruikers van pruiken vaak veel geld kwijt. In hoeverre wordt in de monitor onderscheid gemaakt tussen verschillende soorten hulpmiddelen?

De leden van de GroenLinks-fractie juichen het toe dat ook naar bijzondere groepen wordt gekeken. Zij vinden het wel teleurstellend dat maar naar één groep, namelijk gezinnen waarvan één ouder zorg intramuraal ontvangt, wordt gekeken. Een groep over wie genoemde leden zich zorgen maken is de groep met een levenslange en levensbrede beperking. Deze groep betaalt vaak het hele leven lang verschillende eigen bijdrage, zoals de eigen bijdrage Wlz of Wmo, voor medicatie, hulpmiddelen en eigen risico. Is de Minister bereid om ook speciaal onderzoek te doen naar deze groep en naar wat de stapeling van eigen bijdrage voor deze groep betekent?

Genoemde leden hebben ook nog een vraag over de samenhang tussen eigen bijdrage van verschillende wetten. Zo kan het zijn dat de ene persoon exact dezelfde zorg krijgt als de andere persoon, maar dat de zorg niet uit dezelfde wet wordt geregeld. Hierdoor kunnen de eigen bijdragen van verschillende mensen, die de facto dezelfde zorg krijgen, sterk verschillen. Kan de monitor ook worden gebruikt om deze verschillen in eigen bijdragen voor dezelfde zorg te identificeren en gelijk te trekken?

Over de Wlz hebben deze leden ook nog een enkele vraag. Klopt het dat men een eigen bijdrage gaat betalen voor de Wlz zodra de persoon in zorg

komt? Want dat betekent namelijk niet dat alle voorzieningen al geregeld zijn. Zo kan het voorkomen dat iemand wel al een eigen bijdrage voor de Wlz betaalt, maar nog moet wachten op de hulpmiddelen. Men betaalt dan wel, maar krijgt niet de zorg waar voor wordt betaald. Is het mogelijk om de eigen bijdrage pas geheel of gedeeltelijk in te laten gaan als alle zorg is georganiseerd?

Tot slot vragen de leden van de GroenLinks-fractie wat de laatste stand van zaken is rondom de «modernisering» van het geneesmiddelen vergoedingssysteem. Door een dergelijke modernisering zullen naar schatting ruim drie miljoen mensen ineens te maken krijgen met een bijbetaling van tussen de € 5 en € 250 per jaar. Onder hen begeven zich tenminste 200.000 financieel kwetsbare patiënten. Erkent de Minister dat in deze tijd van hoge inflatie en niet evenredig meestijgende lonen en uitkeringen hierdoor nog meer mensen in de financiële problemen kunnen komen? Wat voor effect zou deze bijbetaling hebben op zorgmijding? Kan de Minister in kaart laten brengen wat de negatieve (neven)effecten zijn van zorgmijding op jaarbasis?

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie**

De leden van de PvdA-fractie maken zich grote zorgen over de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Het monitoren van de stapeling van zorgkosten zien zij als een eerste kleine stap. De inzet van deze leden is namelijk dat mensen noodzakelijke zorg vergoed krijgen. Door de stapeling van kosten worden chronisch zieken en mensen met een beperking geconfronteerd met steeds hogere kosten, een extra financiële belasting op ziek zijn. De angst van deze leden is dat dit zorgmijding in de hand werkt en daarmee sociaaleconomische gezondheidsverschillen kan vergroten. Ook vinden zij het belangrijk om hier nogmaals te benadrukken dat zij het voorstel van het kabinet om een eigen bijdragen voor de jeugdzorg in te voeren zeer onverstandig vinden. De leden van de PvdA-fractie zijn benieuwd welke consequenties de Minister aan deze monitor zou willen binden. Wat vindt de Minister een aanvaardbare eigen betaling (als % inkomen) binnen het huidige systeem? Welke stappen zou de Minister overwegen als het bedrag aan eigen betaling boven deze prijs uitkomt? Denkt de Minister dat de eigen betalingen bijdragen aan het verkleinen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen?

De leden van de PvdA-fractie hebben enkele vragen over de opzet van de monitor. Hoe is de Minister tot de samenstelling gekomen van de eigen betalingen die worden gemonitord? Hoe kunnen kosten die noodzakelijkerwijs worden gemaakt vanwege een bepaalde aandoening, maar niet onderdeel zijn van verzekerde zorg, meegenomen worden in de monitor? Wordt de eigen bijdrage voor niet medisch noodzakelijke poliklinische bevallingen ook meegenomen in de monitor? In hoeverre is er aandacht voor de eigen kosten voor niet gecontracteerde zorg in de monitor? Wordt in deze monitor ook gekeken naar de vraag wat het effect van de stapeling van zorgkosten is op zorgmijding? Wat weet de Minister over de stapeling van zorgkosten in andere EU-landen? Is hij bereid om de resultaten van de monitor in Europees perspectief te plaatsen?

De leden van de PvdA-fractie vragen welke andere doelgroepen de Minister overweegt mee te nemen en hoe hij tot een besluit zal komen over welke groepen worden meegenomen. Zij vragen om in ieder geval breder te kijken naar de stapeling van zorgkosten voor chronisch zieken. Verder zouden deze leden graag meer inzicht krijgen in de stapeling van zorgkosten voor mensen die afhankelijk zijn van de sociale zekerheid voor hun inkomen.

## Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben met veel belangstelling kennisgenomen van de brief waarin de Minister aankondigt om de stapeling van zorgkosten te monitoren. Dit is voor deze leden een belangrijk onderwerp. In september 2019 is een motie van de Kamerleden van der Staaij (SGP) en Ploumen (PvdA) aangenomen die de regering verzocht om «aan de hand van enkele concrete casussen te onderzoeken in hoeverre – op een eenvoudige en doeltreffende wijze – een stapeling van zorgkosten op huishoudenniveau verder kan worden tegengegaan, en de Kamer hierover te informeren»<sup>2</sup>. Toenmalige bewindspersonen hebben in december 2020 middels een brief op deze motie gereageerd<sup>3</sup>. In deze brief zijn verschillende zaken toegezegd. Kan de Minister een overzicht geven van de huidige stand van zaken van deze toezeggingen? Met name vragen de leden van de SGP-fractie naar de toezegging dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport twee keer per jaar aan de hand van reeds bekende casuïstiek, klachten en bezwaren met het CAK in gesprek gaat om bekijken of er vaker terugkerende knelpunten zijn waarvoor mogelijk een beleidsmatige oplossing is vanuit het ministerie nodig is. Wat heeft dit tot op heden opgeleverd? Ook vragen deze leden naar de situatie van jonge cliënten met Wlz-zorg, die vanwege de eigen bijdrage een belemmering ervaren om in het huwelijk te treden met hun partner of partners die vanwege een hoge Wlz-bijdrage kiezen voor een juridische scheiding. Genoemde leden krijgen nog steeds signalen dat dit voorkomt. In de afgelopen tijd is hiervoor dus blijkbaar geen oplossing gevonden. Overweegt de Minister aanvullende maatregelen om dit probleem op te lossen?

De Minister verwijst in zijn brief naar een aantal maatregelen die in het coalitieakkoord zijn opgenomen of aangekondigd. Het is mooi dat het eigen risico is bevroren en het bedrag voor eigen bijdrage voor geneesmiddelen is gemaximeerd. Tegelijkertijd waren dit al maatregelen die al genomen waren door het voorgaande kabinet en presenteert de Minister dus feitelijk niks nieuws om de stapeling van zorgkosten verder te drukken. Sterker nog, de wijziging van de systematiek van het eigen risico, de wijziging van de eigen bijdragesystematiek in de Wmo en het onderzoek naar een mogelijke eigen bijdrage in de Jeugdwet kunnen alleen maar nadelig uitpakken voor de stapeling van zorgkosten. De leden van de SGP-fractie vinden het jammer dat het kabinet verder geen concrete plannen lijkt te hebben om de stapeling van zorgkosten te verlagen.

De Minister wil meer inzicht krijgen in de cijfers en gaat daarom de stapeling van een aantal eigen bijdragen monitoren. In de brief worden een aantal specifieke kosten opgesomd. Het is voor de leden van de SGP-fractie onduidelijk hoe deze opsomming tot stand is gekomen. Kan de Minister dit uitleggen? Waarom is gekozen voor de genoemde eigen betalingen? Genoemde leden lezen dat wordt gekeken naar de eigen bijdrage voor kraamzorg, maar wordt ook de eigen bijdrage voor niet medisch-noodzakelijke poliklinische bevalling in de monitor opgenomen? Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) adviseerde al in 2020 om deze eigen bijdrage te schrappen vanwege de ongewenste effecten die deze verplichte betaling oplevert.

Verder vragen de leden van de SGP-fractie of nog andere aanvullende kosten worden meengenomen in de monitor. Mensen hebben vanwege hun ziekte of aandoening vaak ook extra kosten voor energie, vervoer, of

<sup>2</sup> Kamerstuk 34 104, nr. 261.

<sup>3</sup> Kamerstuk 34 104, nr. 315.

bijvoorbeeld de aanvraag van een gehandicaptenparkeerkaart. Worden dit soort kosten ook betrokken bij de monitoring? Kortom, is de Minister bereid om bij de monitor alle zorgkosten te betrekken én de meerkosten die samenhangen met de ziekte of aandoening, maar niet onder de drie zorgwetten vallen? Zo nee, hoe krijgt de Kamer dan wel een realistisch beeld van uitgaven van mensen met een ziekte of aandoening?

De Minister geeft in zijn brief aan oog te hebben voor bijzondere groepen. Dat is mooi. Tegelijkertijd wordt er maar één bijzondere groep genoemd: gezinnen met jonge kinderen waarbij één van de ouders intramurale zorg vanuit de Wlz ontvangt. De Minister geeft aan dat hij medio 2023 – na ommekomst van het nadere onderzoek naar deze groep en na voortgang van het onderzoek naar de cijfers – laat weten of hij nog andere bijzondere groepen gaat monitoren. De leden van de SGP-fractie kunnen zich voorstellen dat ook nu al andere specifieke groepen bekend zijn. Zelf denken zij aan gezinnen waar meerdere gezinsleden te maken hebben met een (intensieve) zorgvraag, waardoor op gezinsniveau de zorgkosten en meerkosten fors kunnen oplopen. Is de Minister ook bereid om naar deze groep te kijken?

Verder vragen de leden van de SGP-fractie aandacht voor mensen met een levenslange ziekte, aandoening of beperking. Deze groep betaalt gedurende hun gehele volwassen leven een hoge eigen bijdrage Wlz. Dit in tegenstelling tot de meeste mensen met een Wlz-indicatie, ouderen, die de eigen bijdrage alleen gedurende de laatste levensfase betalen. Acht de Minister het gerechtvaardigd om onderscheid te gaan maken tussen deze twee groepen mensen? Is de Minister bereid om hier in ieder geval onderzoek naar te doen?

#### **Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie**

Het lid van de BBB-fractie heeft met belangstelling kennisgenomen van de aankondiging monitoring stapeling eigen betalingen en heeft daarover een paar vragen. Genoemd lid vindt het een goed plan dat de Minister deze stapeling gaat monitoren, om inzicht te krijgen in welke stapelingen er zijn en voor het wel van belang is dat er geen mogelijke eigen betalingen vergeten worden. Genoemd lid wil daarbij aandacht vragen voor twee soorten betalingen die de Minister niet lijkt te hebben meegenomen: betalingen binnen de geboortezorg en extra uitgaven aan zelfzorg. In de geboortezorg is ook sprake van eigen bijdragen, buiten de kraamzorg om die de Minister wel noemt. Heeft de Minister deze bewust niet meegenomen? Zo ja, waarom niet? Zo nee, kan hij deze alsnog toevoegen? Zieke mensen hebben daarnaast ook vaak te maken met extra uitgaven aan zelfzorg. Het gaat dan om zelfzorg die samenhangt met het hebben van een aandoening of een beperking. Kan de Minister deze ook meenemen in de monitoring?

Voorts denkt het lid van de BBB-fractie dat het ook van belang is om te kijken naar het effect van de stapeling van eigen betalingen op de kwaliteit van leven van mensen. Leidt het stapelen van eigen betalingen bijvoorbeeld tot het mijden van zorg? Ziet de Minister mogelijkheden om dit in de monitoring te betrekken?

Fysiotherapie voor mensen met een chronische aandoening wordt vergoed vanaf de eerste 21 sessies. Zou deze eigen betaling ook niet meegenomen moeten worden? Weliswaar kan men zich verzekeren voor de eerste sessies (vaak negen of twaalf sessies), maar dit vraagt dan ook weer een hogere premie en de aanvullende verzekering gaat in principe niet tot 21 keer.

## II. Reactie van de Minister

### Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

*De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de aankondiging van de monitoring stapeling eigen betalingen. Zij danken de Minister voor de brief en hebben hierbij nog enkele vragen. Deze leden zien dat al meerdere maatregelen zijn genomen die de stapeling van eigen bijdragen hebben verminderd. Kan de Minister toelichten hoe hij is gekomen tot de lijst eigen betalingen die volgens de brief in de monitor komen? Is deze lijst uitputtend of zijn bepaalde betalingen niet meegenomen in deze lijst?*

*Genoemde leden lezen dat de Minister medio 2023 de Kamer bericht over de voortgang van het verkrijgen van cijfers over de stapeling van eigen bijdragen, alsmede het onderzoek naar jonge gezinnen waarbij één ouder intramurale zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) ontvangt en dat de Minister mede daarop besluit of onderzoek naar andere groepen noodzakelijk is. Aan welke andere groepen denkt de Minister dan zoal? Op basis van welke afwegingen neemt hij besluit tot uitbreiding?*

De lijst aan eigen bijdragen die worden meegenomen in de monitor is uitputtend, in die zin dat het uitsluitend gaat om eigen bijdragen die verzekerden moeten betalen uit hoofde van tot het pakket behorende verzekerde zorg of ondersteuning vanuit de Wmo 2015. Het gaat dan om het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet (Zvw), eigen bijdragen in de Zvw voor hulpmiddelen, extramurale farmacie, ziekenvervoer, kraamzorg en mondzorg, de eigen bijdragen verschuldigd op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz) en ten slotte de eigen bijdragen onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015).

Voor zover burgers voor begeleiding, vervoersvoorzieningen en andere vormen van maatschappelijke ondersteuning gebruik maken van een Wmo-voorziening, zijn zij daarvoor in beginsel het abonnementstarief Wmo verschuldigd. Deze eigen bijdrage wordt daarom ook meegenomen in de monitor. Dat geldt ook voor de eigen bijdrage voor algemene voorzieningen met een duurzame hulpverleningsrelatie; hierop is het abonnementstarief Wmo van toepassing en ook dat wordt meegenomen in de monitor.

Wat niet meegenomen wordt in de monitor zijn eigen bijdragen voor andere algemene voorzieningen onder de Wmo 2015 vanwege het feit dat deze uitgaven niet worden geregistreerd en bijgehouden. Verder worden betalingen die men doet voor niet-verzekerde zorg of ondersteuning, zoals bijdragen voor niet-verzekerde fysiotherapie of mondzorg, niet opgenomen in de monitor. Daarnaast worden andere betalingen voor zorg en ondersteuning, zoals de nominale premie en een eventuele premie voor een aanvullende verzekering in de Zvw, niet meegenomen. Ook eventuele bijkomende kosten die voortvloeien uit een bepaalde zorg- of ondersteuningsbehoefte, zoals extra energiekosten, begeleidingskosten, kleding en was-kosten en vervoerskosten en die niet onder de verzekerde zorg vallen, worden niet meegenomen. Ook deze kosten worden niet geregistreerd en verschillen van persoon tot persoon.

Naarmate er meer kosten of uitgaven worden betrokken in de monitor raakt deze verwaterd. Verzekerde zorg is een redelijk vastomlijnd begrip dat niet afhankelijk is van het uitgavenpatroon van de individuele verzekerde. Voor de uitgaven aan nutsvoorzieningen en kleding etc. ligt dat anders. Daar spelen ook persoonlijke voorkeuren een rol die moeilijk in een stramien te brengen zijn van noodzakelijke kosten.

Op dit moment is het CBS bezig met het ontwerpen van de monitor. Het CBS heeft daarbij aangegeven dat de data over de jaren 2015–2020 in zijn geheel wordt verwerkt tot één of meerdere Statlinetabellen op de website van de Monitor Langdurige Zorg (MLZ)<sup>4</sup>. De monitor is nog in een ontwerpfasen. De monitor zal inzicht geven in de verschillende soorten eigen bijdragen en stapeling ten aanzien van de in de monitor opgenomen categorieën (leeftijd, geslacht, inkomen en huishoudsamenstelling). Ik kan op dit moment niet zeggen of uit de monitor bepaalde groepen zijn te identificeren die mogelijk te maken hebben met een hoge stapeling van eigen bijdragen. Ik ben wel aan het onderzoeken welke mogelijkheden de monitor op dat punt biedt.

*Op welke wijze neemt de Minister de Kamer mee in de voorbereidingen voor het wetsvoorstel voor de hervorming van het verplicht eigen risico? Op welke termijn kan de Kamer hierover informatie verwachten?*

Zoals ik ook aangaf in mijn Kamerbrief van 19 januari j<sup>5</sup> vergt de wijziging van de systematiek van het eigen risico in de medisch-specialistische zorg aanpassing van het Besluit zorgverzekering. Begin maart is de internetconsultatie van deze wijziging gestart en het streven is om de wijziging van het Besluit zorgverzekering voor het zomerreces bij beide Kamers der Staten-Generaal voor te hangen, zodat u de gelegenheid heeft om hierop te reageren.

*Daarnaast vragen genoemde leden hoe de financiële onafhankelijkheid van mensen die grote bedragen aan eigen betalingen kwijt zijn, zoveel mogelijk versterkt wordt. Kan de Minister hier een toelichting op geven?*

Het kabinet vindt het van belang dat zorg voor iedereen van goede kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar is. Zo bestaat er in de Zvw de zorgtoeslag die een compensatie voor de gemiddelde nominale premie en het gemiddelde eigen risico bevat en zijn de eigen bijdragen in de Wlz afhankelijk van inkomen en vermogen. Door het vorige kabinet zijn een aantal gerichte maatregelen genomen om de stapeling van eigen bijdragen aan te pakken. Dit is gedaan door het verplicht eigen risico te bevriezen op € 385, de bijdrage per verzekerde voor extramurale geneesmiddelen te maximeren op € 250, in de Wmo 2015 het abonnementstarief in te voeren en in de Wlz inkomen en vermogen minder zwaar mee te laten wegen in de eigen bijdragen. Het huidige kabinet heeft het verplicht eigen risico opnieuw bevroren tot en met 2025 en de maximering van de eigen bijdragen voor geneesmiddelen verlengd tot en met 2023. Het kabinet is voornemens om specifiek voor de Wmo-voorziening huishoudelijke hulp per 1 januari 2025 een eigen bijdrage in te voeren waarvan de hoogte afhankelijk is van de financiële draagkracht van burgers. Het abonnementstarief zal dan niet meer van toepassing zijn op de huishoudelijke hulp, wel nog voor de andere Wmo-voorzieningen waar het abonnementstarief nu betrekking op heeft (zoals dagbesteding, individuele begeleiding, of hulpmiddelen). Deze maatregel stelt gemeenten beter in staat om een evenwichtig Wmo-voorzieningenaanbod te onderhouden voor hun ingezetenen. De impact van de maatregel op de stapeling van bijdragen wordt beperkt doordat de Wmo 2015 de anticumulatie regelt met de bijdrage zoals neergelegd in de Wet langdurige zorg. Daarnaast is het voornemen om in het Uitvoeringsbesluit Wmo 2015 op te nemen dat de bijdrage huishoudelijke hulp voorliggend zal zijn aan het abonnementstarief: indien een bijdrage huishoudelijke hulp is verschuldigd, dan is het abonnementstarief niet verschuldigd.

<sup>4</sup> <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/> en <https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/>

<sup>5</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1178

Voor de jeugdzorg heeft het kabinet nog geen besluit genomen over het invoeren van een eigen bijdrage.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie**

*De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de Minister over het monitoren van eigen betalingen in de zorg. Voor genoemde leden is het cruciaal dat zorg van goede kwaliteit én voor iedereen toegankelijk blijft en zij onderschrijven dus het voornemen om eigen betalingen binnen de zorg beter te monitoren. De Minister beschrijft in zijn brief een aantal maatregelen die in een eerder stadium is genomen of in voorbereiding is, om grip te krijgen op de stapeling van eigen kosten. Deze leden hebben nog enkele vragen hierover.*

*Zij constateren dat enige verwarring is ontstaan over de nut en noodzaak van de maatregel om het eigen risico te spreiden. De Minister schrijft in zijn brief<sup>6</sup> hoe het slimmer spreiden van betalingen van het eigen risico (maximumtarief van € 150 per behandeling) twee doelen dient: (1) voorkomen dat de hoogte van het huidige eigen risico (€ 385) mensen afschrikt om zich te laten behandelen en (2) voorkomen dat mensen met een reeds uitgegeven eigen risico niet langer kostenbewust zorg gebruiken.*

*Voor de leden van de D66-fractie is het eerste argument in deze redenering cruciaal. Het mijden van zorg leidt vaak tot een verergering van problematiek en werkt ongelijkheid sterk in de hand.*

*Onderzoek laat zien dat financiën vaak een reden zijn voor het mijden van zorg. Genoemde leden vragen of de Minister kan reflecteren op het fenomeen van het mijden van zorg, de omvang en het gewenste effect van bovengenoemde maatregel.*

Ik ben het met de leden van de D66-fractie eens dat het ongewenst is als mensen vanwege kosten afzien van noodzakelijke zorg. Ik ben echter van mening dat het introduceren van een maximumbedrag van € 150 de financiële drempel bij de toegang tot medisch-specialistische zorg juist minder hoog maakt. In de huidige situatie betalen mensen namelijk vaak bij het eerste consult al het gehele verplicht eigen risico van € 385. De drempel voor toegang tot zorg wordt dus aanzienlijk lager. Omdat de hoogte van het verplicht eigen risico € 385 blijft gaat niemand méér eigen risico betalen.

Op de Staat van Volksgezondheid en Zorg is informatie beschikbaar over het aantal verzekerden dat aangeeft af te zien van zorg vanwege zorgkosten. In 2021 gaf 8% van de met een enquête ondervraagde volwassen verzekerden dit aan. Dit percentage is de afgelopen jaren niet toegenomen en is bovendien fors lager dan het aantal mensen dat in 2016 (16%) om financiële redenen afzag van zorg.

Het kabinet neemt verschillende maatregelen om ongewenste zorgmijding om financiële redenen tegen te gaan naast deze monitor, namelijk het bevriezen van de hoogte van het eigen risico tot en met 2025 en de maximering van de eigen bijdrage van het geneesmiddelenvergoedingssysteem in 2023. Voor mensen met een laag inkomen bestaat bovendien al de zorgtoeslag als tegemoetkoming voor de gemiddelde nominale premie en het gemiddelde eigen risico. Ook geldt dat verschillende zorgvormen (zoals huisartsenzorg, wijkverpleging en verloskundige zorg) uitgezonderd zijn van het eigen risico. Bovendien bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen. Daarnaast kunnen gemeenten financieel maatwerk bieden aan hun ingezetenen in verband met hun kosten van zorg en ondersteuning. Vanaf

<sup>6</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1178.

2017 is hiervoor (na de afschaffing van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en Compensatie eigen risico (CER)) via het Gemeentefonds structureel € 268 miljoen ter beschikking gesteld aan gemeenten. De meest gebruikte vorm is het aanbieden van een gemeentepolis voor minima met daarin een korting op de aanvullende zorgverzekering. Daarnaast gaat het om individuele bijzondere bijstand die in bijzondere situaties kan worden toegekend.

*De Minister benoemt in zijn brief de eigen betalingen die in ieder geval worden meegenomen in de monitor. Echter, genoemde leden merken op dat daarin een keuze lijkt te zijn gemaakt om bepaalde zorg niet mee te nemen. Zo worden bijvoorbeeld de niet-verzekerde kosten van patiënten binnen de Wlz niet genoemd. De leden van de D66-fractie vragen de Minister of hij verder kan toelichten welke eigen betalingen worden meegenomen in de monitor, welke niet en welke redenering daarachter zit.*

De eigen bijdragen die worden meegenomen in de monitor zijn eigen bijdragen die verzekerden moeten betalen uit hoofde van tot het pakket behorende verzekerde zorg of ondersteuning vanuit de Wmo 2015. Het gaat dan om het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet (Zvw), eigen bijdragen in de Zvw voor hulpmiddelen, extramurale farmacie, ziekenvervoer, kraamzorg en mondzorg, de eigen bijdragen verschuldigd op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz) en ten slotte de eigen bijdragen onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015). Niet-verzekerde zorg valt niet onder de Wlz en dat betekent dat deze kosten niet worden meegenomen in de monitor.

Wat ook niet meegenomen wordt in de monitor zijn eigen bijdragen voor algemene voorzieningen onder de Wmo 2015 vanwege het feit dat deze uitgaven niet worden geregistreerd en bijgehouden (uitzondering hierop is de eigen bijdrage voor algemene voorzieningen met een duurzame hulpverleningsrelatie; hierop is het abonnementstarief Wmo van toepassing en dat wordt wel meegenomen in de monitor). Verder worden betalingen die men doet voor niet-verzekerde zorg of ondersteuning, zoals bijdragen voor niet-verzekerde fysiotherapie of mondzorg, niet opgenomen in de monitor. Daarnaast worden andere betalingen voor zorg en ondersteuning, zoals de nominale premie en een eventuele premie voor een aanvullende verzekering in de Zvw, niet meegenomen. Ook eventuele bijkomende kosten die voortvloeien uit een bepaalde zorg- of ondersteuningsbehoefte, zoals extra energiekosten, begeleidingskosten, kleding en was-kosten en vervoerskosten en die niet onder de verzekerde zorg vallen, worden niet meegenomen. Ook deze kosten worden niet geregistreerd en verschillen van persoon tot persoon. Voor zover burgers overigens voor begeleiding, vervoersvoorzieningen en andere vormen van maatschappelijke ondersteuning gebruik maken van een Wmo-voorziening, zijn zij daarvoor in beginsel het abonnementstarief Wmo verschuldigd. Deze eigen bijdrage wordt wel meegenomen in de monitor.

Naarmate er meer kosten of uitgaven worden betrokken in de monitor raakt deze verwaterd. Verzekerde zorg is een redelijk vastomlijnd begrip dat niet afhankelijk is van het uitgavenpatroon van de individuele verzekerde. Voor de uitgaven aan nutsvoorzieningen en kleding etc. ligt dat anders. Daar spelen ook persoonlijke voorkeuren een rol die moeilijk in een stramien te brengen zijn van noodzakelijke kosten.

## Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

*De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de monitoring van de stapeling eigen betalingen. Deze leden begrijpen dat de Minister niet van plan is eigen bijdragen in de zorg te schrappen, maar juist van plan is er nog een paar aan toe te voegen. Genoemde leden kunnen niet anders dan concluderen dat deze beleidsmaatregelen haaks staan op de mooie woorden in het coalitieakkoord om stapeling van eigen betalingen tegen te gaan. Zij hebben daarom nog een paar kritische vragen en opmerkingen.*

*Genoemde leden missen een belangrijke maatregel om de stapeling van eigen betalingen tegen te gaan: namelijk ze allemaal schrappen. Of in ieder geval te verlagen, als eerste stap. De aangekondigde monitor is helemaal niet nodig als een begin gemaakt zou worden met de eigen bijdragen af te schaffen. Is de Minister het daarmee eens?*

Er bestaan goede redenen om gebruikers van zorg en ondersteuning via gerichte eigen bijdragen mee te laten betalen aan de zorgkosten. Door een deel van de rekening bij zorggebruikers te leggen bewaken we het draagvlak voor de solidariteit in ons zorgstelsel, waarbij gezonde mensen met een hoger inkomen meebetalen aan de zorgkosten voor zieke mensen met een lager inkomen. Bovendien beperkt medefinanciering de druk op de premie voor alle verzekerden. Eigenlijk is in elk domein sprake van medefinanciering en het stimuleren van kostenbewustzijn.

In de Wlz speelt ook het besparingsmotief een belangrijke rol: mensen besparen op de kosten van wonen en voeding als zij in een instelling verblijven, dus is een eigen bijdrage passend. Gezien de doelstellingen van de eigen bijdragen en de maatregelen die reeds door het vorige en huidige kabinet zijn genomen om eigen bijdragen gericht te verlagen, zie ik op dit moment geen reden om de eigen bijdragen te verlagen dan wel af te schaffen.

*De leden van de PVV-fractie vinden het onbegrijpelijk dat het kabinet van plan is om per 2025 een eigen bijdrage in te voeren in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) voor de huishoudelijke hulp. Komt hiermee het Wmo-abonnementstarief in zijn geheel te vervallen voor de huishoudelijke hulp? Op een later moment zal er een eigen bijdrage in de Jeugdzorg ingevoerd worden. Hangt deze invoering nog af van de uitkomsten van de aangekondigde monitor of staat dat er los van? Kan de Minister aangeven hoe het kabinet de eigen bijdrage in de jeugdzorg wil invullen? Kunnen genoemde leden een uitwerking van deze maatregel ontvangen? Zo nee, waarom niet? Deze leden constateren verder dat de maximering van € 250 euro van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen doorloopt tot en met dit jaar. Kan de Minister garanderen dat de maximering in 2024 in ieder geval niet wordt verhoogd?*

Het kabinet is voornemens om specifiek voor de Wmo-voorziening huishoudelijke hulp per 1 januari 2025 een eigen bijdrage in te voeren waarvan de hoogte afhankelijk is van de financiële draagkracht van burgers. Het abonnementstarief zal dan niet meer van toepassing zijn op de huishoudelijke hulp, wel nog voor de andere Wmo-voorzieningen waar het abonnementstarief nu betrekking op heeft (zoals dagbesteding, individuele begeleiding, of hulpmiddelen). Deze maatregel stelt gemeenten beter in staat om een evenwichtig Wmo-voorzieningenaanbod te onderhouden voor hun ingezetenen. De impact van de maatregel op de stapeling van bijdragen wordt beperkt doordat de Wmo 2015 de anticumulatie regelt met de bijdrage zoals neergelegd in de Wet langdurige zorg. Daarnaast is het voornemen om in het Uitvoeringsbesluit Wmo 2015 op te nemen dat de bijdrage huishoudelijke hulp voorliggend zal zijn aan

het abonnementstarief: indien een bijdrage huishoudelijke hulp is verschuldigd, dan is het abonnementstarief niet verschuldigd. Voor burgers met een bijdrageplichtig inkomen tot 185% van het sociaal minimum zal de nieuwe, passende eigen bijdrage huishoudelijke hulp overigens even hoog zijn als het abonnementstarief (185% van het sociaal minimum bedroeg in 2021 voor een alleenstaande AOW-gerechtigde circa 30.000 euro op jaarbasis). En indien een huishouden zowel gebruik maakt van huishoudelijke hulp als van een andere Wmo-voorziening waarvoor het abonnementstarief geldt, hoeft alleen voor de huishoudelijke hulp de eigen bijdrage te worden betaald. Kortom: voor deze inkomensgroep heeft de invoering van de passende eigen bijdrage huishoudelijke hulp geen financiële effecten.

Voor de jeugdzorg heeft het kabinet nog geen besluit genomen over het invoeren van een eigen bijdrage.

Ik informeer uw Kamer later dit jaar over het vervolg van de maximering van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen.

*Deze leden missen een aantal onderdelen in de monitor die de Minister gaat opzetten. Waarom wordt de eigen bijdrage voor de poliklinische bevalling niet meegenomen, of de eerste 20 fysiotherapiebehandelingen die chronisch zieken zelf moeten betalen? Waarom wordt niet gekeken naar de kosten van zelfzorg-medicijnen of die van vitamine-D die recent uit het basispakket is gegooid?*

Het kan voorkomen dat een bevalling moet plaatsvinden in het ziekenhuis vanwege een medische noodzaak. In dat geval worden de ziekenhuis-kosten volledig gedekt door de basisverzekering. Er geldt geen eigen bijdrage en geen eigen risico. Het kan ook voorkomen dat de betrokkene in het ziekenhuis wil bevallen zonder medische noodzaak. In dat geval geldt een eigen bijdrage. In tegenstelling tot wat gebruikelijk is namelijk dat alleen medische kosten worden gedekt uit de basisverzekering worden deze kosten dan gedeeltelijk gedekt door de basisverzekering. Daarom wordt de eigen bijdrage voor niet medisch noodzakelijke poliklinische bevallingen ook meegenomen in de monitor. Indien men zich aanvullend verzekerd voor een poliklinische behandeling zonder medische noodzaak, geldt geen eigen bijdrage.

Het doel van de monitor is om meer inzicht te krijgen in de verschillende eigen bijdragen en de overlap daarvan over de stelselwetten heen voor zover deze behoren tot het verzekerde pakket of ondersteuning onder de Wmo 2015. Fysio- en oefentherapie wordt beperkt vergoed vanuit de basisverzekering. Voor zover daarvoor een eigen bijdrage moet worden betaald, wordt deze meegenomen in de monitor.

De monitor ziet niet toe op de kosten van zelfzorg. De definitie van zelfzorg is alles wat iemand zelf koopt of de tijd die iemand besteedt om gezond te blijven. Dit is dus niet-verzekerde zorg en wordt dus niet meegenomen in de monitor. Het CBS heeft geen volledig dekkende register-data over zelfzorg per persoon. Daarnaast is de omvang van het aantal producten dat waarschijnlijk voor zelfzorg kan worden ingezet vrijwel ongelimiteerd. Ook daarom is het niet doenlijk deze categorie te monitoren. Omdat vitamine-D niet in het basispakket zit, wordt dit evenmin meegenomen in de monitor.

*De leden van de PVV-fractie vragen hoe de monitor inzicht gaat geven in zorgmijding of de kwaliteit van leven. Eigen bijdragen werpen immers een drempel op om zorg te zoeken of om een behandeling voort te zetten. De hervorming van het eigen risico haalt die drempel niet weg, aldus deze leden.*

De op basis van de monitor gegenereerde gegevens gaan geen inzage geven in zorgmijding als zodanig of de kwaliteit van leven. Op de Staat van Volksgezondheid en Zorg is informatie beschikbaar over het aantal verzekerden dat aangeeft af te zien van zorg vanwege zorgkosten. In 2021 gaf 8% van de met een enquête ondervraagde volwassen verzekerden dit aan. Dit percentage is de afgelopen jaren niet toegenomen en is bovendien fors lager dan het aantal mensen dat in 2016 (16%) om financiële redenen afzag van zorg.

Het kabinet neemt verschillende maatregelen om ongewenste zorgmijding om financiële redenen tegen te gaan naast deze monitor, namelijk het bevriezen van de hoogte van het eigen risico tot en met 2025 en de maximering van de eigen bijdrage van het geneesmiddelenvergoedingssysteem in 2023. Voor mensen met een laag inkomen bestaat bovendien al de zorgtoeslag als tegemoetkoming voor de gemiddelde nominale premie en het gemiddelde eigen risico. Ook geldt dat verschillende zorgvormen (zoals huisartsenzorg, wijkverpleging en verloskundige zorg) uitgezonderd zijn van het eigen risico. Bovendien bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen. Daarnaast kunnen gemeenten financieel maatwerk bieden aan hun ingezetenen in verband met hun kosten van zorg en ondersteuning. Vanaf 2017 is hiervoor (na de afschaffing van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en Compensatie eigen risico (CER)) via het Gemeentefonds structureel € 268 miljoen ter beschikking gesteld aan gemeenten. De meest gebruikte vorm is het aanbieden van een gemeentepolis voor minima met daarin een korting op de aanvullende zorgverzekering. Daarnaast gaat het om individuele bijzondere bijstand die in bijzondere situaties kan worden toegekend.

Wat betreft de opmerking dat de hervorming van het eigen risico die drempel niet weghaalt, merk ik het volgende op. Ik ben van mening dat het introduceren van een maximumbedrag van € 150 de financiële drempel bij de toegang tot medisch-specialistische zorg juist minder hoog maakt. In de huidige situatie betalen mensen namelijk vaak bij het eerste consult al het gehele verplicht eigen risico van € 385. De drempel voor toegang tot zorg wordt dus aanzienlijk lager. Omdat de hoogte van het verplicht eigen risico € 385 blijft gaat niemand méér eigen risico betalen.

*Tot slot vragen de leden van de PVV-fractie wat de consequenties zullen zijn als uit de monitor blijkt dat de toegang tot zorg door eigen betalingen voor bepaalde groepen beperkt of onmogelijk gemaakt wordt. Graag ontvangen zij hierop een reactie.*

Net als u vind ik het belangrijk dat iedereen toegang tot zorg heeft. De monitor is nog in een ontwerpfasen. De monitor zal inzicht geven in de verschillende soorten eigen bijdragen en stapeling ten aanzien van de in de monitor opgenomen categorieën (leeftijd, geslacht, inkomen en huishoudsamenstelling). Ik kan op dit moment niet zeggen of uit de monitor bepaalde groepen zijn te identificeren die mogelijk te maken hebben met een hoge stapeling van eigen bijdragen. Ik ben wel aan het onderzoeken welke mogelijkheden de monitor op dat punt biedt.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie**

*De leden van de CDA-fractie maken graag gebruik van de mogelijkheid om vragen te stellen over de aangekondigde monitor stapeling eigen betalingen. De doelstelling om met deze monitor meer inzicht te krijgen in de verschillende eigen betalingen over de stelselwetten heen en de*

*overlap tussen verschillende eigen betalingen, kan rekenen op de steun van deze fractie.*

*Genoemde leden maken graag van deze gelegenheid gebruik om een wat meer fundamentele vraag te stellen over de eigen betalingen, maar ook over compensatieregelingen in de zorg.*

*Alle regelingen die er zijn voor eigen betalingen zijn complex en ondergebracht in verschillende wetten of bij verschillende overheden. Door de complexiteit van maatregelen kan maatwerk geboden worden, maar het maakt het voor ouderen, mensen met een handicap of mensen met een laag inkomen niet altijd makkelijk alle verschillende wetten en regels te doorgronden en er gebruik van te maken.*

*Vervolgens kan de lagere overheid – in het kader van beleidsvrijheid- ook kiezen hoe zij bepaalde voorzieningen uitvoeren, zoals bijvoorbeeld het aanbieden van een collectieve zorgverzekering of compensatie in zorgkosten. Dit is een vorm van lokaal inkomensbeleid. Het maakt dus voor burgers met hoge zorgkosten of een laag inkomen uit waar zij wonen omdat dit mede bepalend is of zij meer of minder geld te besteden hebben. Hoe weegt de Minister dit punt?*

Gemeenten hebben op grond van de Gemeentewet hun eigen regelgevende bevoegdheid. Het past niet bij de huidige staatsinrichting van Nederland om de lokale democratie beperkingen op te leggen op dit punt. Denk bijvoorbeeld aan allerlei initiatieven rondom minimabeleid of duurzaamheid (zoals de stadspas, mantelzorgcompliment en lokale subsidies). Het verbod om inkomenspolitiek te voeren staat in de Gemeentewet (artikel 219).

De Gemeentewet verbiedt belastingen (buiten degene die wettelijk zijn geregeld) die afhankelijk zijn van de hoogte van het inkomen, de winst of het vermogen. Het draagkrachtverbod moet bewerkstelligen dat gemeenten met hun belastingheffing geen inkomenspolitiek gaan voeren. Het voeren van inkomenspolitiek is namelijk voorbehouden aan het Rijk. De bijgaande voorbeelden vallen niet onder inkomenspolitiek. Het gaat niet om vrijstellingen of bedragen die afhankelijk zijn van inkomen of vermogen. Het is bedoeld als een tegemoetkoming in gemaakte kosten. Daarbij is de bij wet geregelde bevoegdheid om een tegemoetkoming voor zorgkosten bij chronische ziekte of handicap als keuzeoptie voor gemeenten door de nationale wetgever opgenomen in de Wmo 2015 (artikel 2.1.7). Vooralsnog stel ik daar geen wijzigingen in voor. Lokale democratie zorgt voor verschillen tussen gemeenten, is inherent aan de positie van gemeenten en hun eigen verordenende bevoegdheid op grond van de Gemeentewet. Bij het bepalen van de door het CAK geïnde bijdragen voor zorg en ondersteuning zoals voor Wmo-maatwerkvoorzieningen (m.u.v. het abonnementstarief) en de Wet langdurige zorg is er wel sprake van een bijdrage die afhankelijk is van inkomen en vermogen en zijn er uniforme landelijke regels vastgesteld. Hierbij wordt rekening gehouden met de stapeling van zorgkosten. Ten slotte is het de bedoeling dat gemeenten hun beleid duidelijk kenbaar maken en onduidelijkheid voor hun ingezetenen zoveel mogelijk wegnemen.

*De Minister doet specifiek onderzoek naar de groep jonge gezinnen en eigen betalingen. De leden van de CDA-fractie vinden het een goede stap dat inzichtelijk wordt gemaakt waar deze gezinnen nu precies tegenaan lopen. Dan stelt de Minister vervolgens dat hij mede op basis hiervan een besluit neemt of ook onderzoek naar andere groepen noodzakelijk is. Kan de Minister aangeven wat hij hier precies bedoelt? Aan welke groepen denkt de Minister dan?*

Op dit moment is het CBS bezig met het ontwerpen van de monitor. Het CBS heeft daarbij aangegeven dat de data over de jaren 2015–2020 in zijn geheel wordt verwerkt tot één of meerdere Statlinetabellen op de website van de Monitor Langdurige Zorg (MLZ)<sup>7</sup>. De monitor zal inzicht geven in de verschillende soorten eigen bijdragen en stapeling ten aanzien van de in de monitor opgenomen categorieën (leeftijd, geslacht, inkomen en huishoudsamenstelling). Ik kan op dit moment niet zeggen of uit de monitor bepaalde groepen zijn te identificeren die mogelijk te maken hebben met een hoge stapeling van eigen bijdragen. Ik ben wel aan het onderzoeken welke mogelijkheden de monitor op dat punt biedt. Op dit moment kan ik daarom nog geen uitspraak doen welke groepen het zou kunnen betreffen.

*Genoemde leden vragen of bij de monitor stapeling eigen betalingen rekening kan worden gehouden met de duur van eigen betalingen. Iemand die van jongs af aan chronisch ziek is of vanaf 20 jaar een handicap heeft, heeft structureel meer eigen betalingen dan iemand die door een operatie of tijdelijke opname in een Wlz-instelling tijdelijk meer voorzieningen nodig heeft waarvoor een eigen betaling gevraagd wordt, en dus een «tijdelijke» stapeling van eigen betalingen heeft. De lange duur van stapeling in eigen betalingen kan een jong persoon met een handicap beperken in zijn maatschappelijke participatie. Ziet de Minister dit onderscheid ook en wordt hier in de monitor rekening mee gehouden?*

Ik herken dat iemand die vanaf jonge leeftijd langdurig zorg nodig heeft (en ontvangt) structureel meer eigen betalingen heeft dan iemand die tijdelijk in een Wlz-instelling verblijft of op latere leeftijd langdurige zorg nodig heeft. Dat vloeit voort uit de wijze waarop de Wlz is ingericht: de eigen bijdragen hangen af van de zorgvorm die iemand ontvangt en van de financiële draagkracht van die persoon. Er bestaan goede redenen om gebruikers van zorg en ondersteuning via gerichte eigen bijdragen mee te laten betalen aan de zorgkosten. Door een deel van de rekening bij zorggebruikers te leggen bewaken we het draagvlak voor de solidariteit in ons zorgstelsel, waarbij gezonde mensen met een hoger inkomen meebetalen aan de zorgkosten voor zieke mensen met een lager inkomen. Bovendien beperkt medefinanciering de druk op de premie voor alle verzekerden. Eigenlijk is in elk domein sprake van medefinanciering en het stimuleren van kostenbewustzijn. In de Wlz speelt ook het besparingsmotief een belangrijke rol: mensen besparen op de kosten van wonen en voeding als zij in een instelling verblijven, dus is een eigen bijdrage passend.

Over de precieze invulling van de monitor ben ik nog in gesprek met het CBS. Met de monitor kijken we niet naar de duur van de eigen bijdrage. We kunnen vanuit de monitor dan ook niet zeggen of iemand meerdere jaren gebruik maakt van die zorg. De monitor is bedoeld om de stapeling van eigen bijdragen in beeld te brengen en niet om een vergelijking tussen verschillende groepen naar de duur van de eigen bijdrage te maken.

*Wat betreft de Wmo vragen de leden van de CDA-fractie of bij de monitor ook rekening wordt gehouden met de tegemoetkoming voor zorgkosten bij chronische ziekte of handicap die sommige gemeenten uitkeren aan hun inwoners met een laag (lager) inkomen. Sinds 2015 kunnen chronisch zieken bij de gemeente aanspraak maken op een financiële tegemoetkoming. Er zijn echter verschillen per gemeente ontstaan. Wat vindt de Minister van deze verschillen? Het bedrag kan oplopen, maar 193 gemeenten – aldus onderzoek – communiceren helemaal niks online over een eventuele tegemoetkoming, maar blijken die soms wel te hebben.*

<sup>7</sup> <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/> en <https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/>

*Wat vindt de Minister van deze onduidelijkheid? Wat vindt de Minister ervan dat sommige gemeenten geen tegemoetkoming uitkeren? Genoemde leden vinden dit namelijk in de afweging tussen de beleidsvrijheid van gemeenten enerzijds en gelijke behandeling van burgers anderzijds een lastig punt, het wrikt hier. Wat vindt de Minister van dit punt?*

Gemeenten hebben op grond van de Gemeentewet hun eigen regelgevende bevoegdheid. Het past niet bij de huidige staatsinrichting van Nederland om de lokale democratie beperkingen op te leggen op dit punt. Denk bijvoorbeeld aan allerlei initiatieven rondom minimabeleid of duurzaamheid (zoals de stadspas, mantelzorgcompliment en lokale subsidies). Het verbod om inkomenspolitiek te voeren staat in de Gemeentewet (artikel 219). De Gemeentewet verbiedt belastingen (buiten degene die wettelijk zijn geregeld) die afhankelijk zijn van de hoogte van het inkomen, de winst of het vermogen. Het draagkrachtverbod moet bewerkstelligen dat gemeenten met hun belastingheffing geen inkomenspolitiek gaan voeren. Het voeren van inkomenspolitiek is namelijk voorbehouden aan het Rijk. De bijgaande voorbeelden vallen niet onder inkomenspolitiek. Het gaat niet om vrijstellingen of bedragen die afhankelijk zijn van inkomen of vermogen. Het is bedoeld als een tegemoetkoming in gemaakte kosten. Daarbij is de bij wet geregelde bevoegdheid om een tegemoetkoming voor zorgkosten bij chronische ziekte of handicap als keuzeoptie voor gemeenten door de nationale wetgever opgenomen in de Wmo 2015 (artikel 2.1.7). Vooralnog stel ik daar geen wijzigingen in voor. Lokale democratie zorgt voor verschillen tussen gemeenten, is inherent aan de positie van gemeenten en hun eigen verordenende bevoegdheid op grond van de Gemeentewet. Bij het bepalen van de door het CAK geïnde bijdragen voor zorg en ondersteuning zoals voor Wmo-maatwerkvoorzieningen (met uitzondering van het abonnementstarief) en de Wet langdurige zorg is er wel sprake van een bijdrage die afhankelijk is van inkomen en vermogen en zijn er uniforme landelijke regels vastgesteld. Hierbij wordt rekening gehouden met de stapeling van zorgkosten. Ten slotte is het de bedoeling dat gemeenten hun beleid duidelijk kenbaar maken en onduidelijkheid voor hun ingezetenen zoveel mogelijk wegnemen.

*Daarnaast horen deze leden uit het werkveld ook terug dat bij mensen met hulp bij het huishouden soms, door arbeidskrachte of in de vakantieperiodes, tijdelijk geen hulp bij het huishouden krijgen maar de eigen bijdrage wel doorloopt. Nu gaat de eigen bijdrage bij hulp bij het huishouden in 2025 omhoog en wordt deze meer inkomensafhankelijk. Hoe wordt omgegaan met de eigen bijdrage als door bijvoorbeeld arbeidskrachte of vakantieroosters tijdelijk geen hulp in het huishouden beschikbaar is? Wordt hier rekening mee gehouden in het wetsvoorstel?*

Gemeenten hebben de mogelijkheid om (het betalen van) de eigen bijdrage tijdelijk te pauzeren, bijvoorbeeld wanneer de zorg tijdelijk niet kan worden geleverd. Met het pauzeren van de eigen bijdrage gaan gemeenten verschillend om. In sommige gemeenten leidt dit tot situaties waarbij wel een bijdrage wordt betaald terwijl (nog) geen ondersteuning wordt ontvangen. Het voornemen is om met het wetsvoorstel een grondslag te bieden om bij algemene maatregel van bestuur nader te regelen wanneer en hoe een bijdrage gepauzeerd moet worden. Over de invulling van deze algemene maatregel van bestuur voert het Ministerie van VWS momenteel overleg met de betrokken ketenpartners. Daarnaast is het de verwachting dat de invoering van de passende eigen bijdrage huishoudelijke hulp een dempend effect zal hebben op het aantal cliënten dat een beroep doet op de Wmo 2015 voor huishoudelijke hulp. Dit helpt bij het verminderen van wachttijden en kan er zodoende mogelijk

ook toe leiden dat het minder vaak voorkomt dat er als gevolg van arbeidsmarktkrapte tijdelijk geen huishoudelijke hulp kan worden geleverd.

*Mensen met een handicap hebben naast rolstoelen en protheses ook sporthulpmiddelen nodig zoals een sportrolstoel en sportprotheses. Naar aanleiding van een breed aangenomen motie is er inmiddels een centraal loket voor de aanvraag van sporthulpmiddelen. In 2023 worden er verdere afspraken gemaakt met Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland over gezamenlijke taken en verantwoordelijkheden. Worden ook afspraken gemaakt over eigen betalingen bij bijvoorbeeld sportprotheses?*

Als mensen een sporthulpmiddel vanuit de Wmo 2015 krijgen (maatwerkvoorziening), dan valt dit onder het abonnementstarief van de Wmo 2015 waarvoor een eigen bijdrage geldt.

Een sportprothese kan uit de basisverzekering worden vergoed, als het gezien de zorgbehoefte van de verzekerde persoon een geschikte en niet onnodig dure voorziening is. De verzekerde moet redelijkerwijs zijn aangewezen op een sportprothese om deel te nemen aan het maatschappelijk verkeer. Daarbij geven individuele omstandigheden de doorslag. De zorgverzekeraar beoordeelt bij een individuele aanvraag of dit het geval is en de verzekerde voor vergoeding in aanmerking komt. In beginsel geldt voor alle zorg uit de Zvw het verplicht eigen risico, zo ook voor (sport)protheses. Hierop kan geen uitzondering worden gemaakt. Er is bij vergoeding vanuit de Zvw géén eigen bijdrage voor (sport)protheses.

Daarnaast bestaat het Fonds Uniek Sporten Hulpmiddelen om daar waar de zorgverzekeraar niet kan vergoeden, mensen die een sporthulpmiddel nodig hebben toch financieel te ondersteunen bij de aanschaf of uitleen. Het fonds vraagt hiervoor een eigen bijdrage van max € 250 euro. Dit is geen Zvw/Wlz/Wmo-verzekerde zorg. Daarom wordt deze eigen bijdrage niet meegenomen.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie**

*De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief Aankondiging monitoring stapeling eigen betalingen. Zij hebben hier nog enkele kritische vragen en opmerkingen over. Deze leden zijn van mening dat eigen betalingen voor medisch noodzakelijke zorg onrechtvaardig zijn, omdat mensen er niet voor kiezen om zorg nodig te hebben. Is de Minister bereid te stoppen mensen te beboeten voor ziekte?*

Er bestaan goede redenen om gebruikers van zorg en ondersteuning via gerichte eigen bijdragen mee te laten betalen aan de zorgkosten. Eigenlijk is in elk domein sprake van medefinanciering en het stimuleren van kostenbewustzijn. Door een deel van de rekening bij zorggebruikers te leggen, bewaken we het draagvlak voor de solidariteit in ons zorgstelsel, waarbij gezonde mensen met een hoger inkomen meebetalen aan de zorgkosten voor zieke mensen met een lager inkomen. Bovendien beperkt medefinanciering de druk op de premie voor álle verzekerden. In de Wlz speelt ook het besparingsmotief een belangrijke rol: mensen besparen op de kosten van wonen en voeding als zij in een instelling verblijven, dus is een eigen bijdrage passend.

*Genoemde leden vinden het opmerkelijk dat de Minister wel lijkt in te zien dat de stapeling voor eigen betalingen in de zorg voor veel mensen een probleem vormt, maar dat het kabinet tegelijkertijd overweegt om extra eigen betalingen in te voeren in de jeugdzorg en de huishoudelijke zorg. Is dit niet tegenstrijdig met elkaar? Waarom wil het kabinet alsnog nieuwe*

*vormen van eigen betalingen invoeren, als de Minister feitelijk erkent dat mensen nu al in de problemen komen? Is het niet veel logischer om het aantal eigen betalingen in ieder geval niet uit te breiden?*

Het kabinet neemt enkele maatregelen om de eigen betalingen, specifiek in de Zvw, te verminderen of slimmer toe te passen. Het doel van de monitor is om daarnaast meer inzicht te krijgen in de verschillende eigen betalingen over de stelselwetten heen en de overlap tussen die eigen betalingen. Dit kan in de toekomst aanleiding geven om specifieke maatregelen te nemen. Deze maatregelen doen niet af aan de wenselijkheid om zo nodig de eigen betaling in bepaalde gevallen in te voeren of te verhogen. Na de invoering van het abonnementstarief in de Wmo 2015 is gebleken dat het gebruik van huishoudelijke hulp meer dan verwacht is gestegen, waarbij de procentuele groei het sterkst is bij de hoge en middeninkomens. Deze stijging in het gebruik van huishoudelijke hulp zet de toegankelijkheid van deze voorziening onder de Wmo 2015 onder druk. Het kabinet vindt het redelijk om de eigen bijdrage voor huishoudelijke hulp weer afhankelijk te maken van inkomen en vermogen, zodat het gebruik van de Wmo-voorziening huishoudelijke hulp wordt geremd en ook de midden- en hoge inkomensgroepen naar draagkracht bijdragen in de kosten van de ondersteuning. Voor de jeugdzorg heeft het kabinet nog geen besluit genomen over het invoeren van een eigen bijdrage.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie**

*De leden van de GroenLinks-fractie hebben de brief over de monitor gelezen. Het verbaast deze leden dat de Minister graag benadrukt dat het Nederlandse zorgstelsel in hoge mate is gebaseerd op solidariteit. Daarmee bedoelt de Minister dat mensen zonder zorgkosten betalen voor mensen met zorgkosten. Genoemde leden verwonderen zich sterk over de wijze waarop de Minister solidariteit uitlegt als iets tussen gezonde en zieke mensen. Hierdoor lijkt het toch vooral alsof je maar dankbaar moet zijn dat al die gezonde mensen bereid zijn te betalen voor de ongezonde mensen. De leden van de GroenLinks-fractie zouden liever zien dat het zorgstelsel gebaseerd zou zijn op solidariteit tussen arm en rijk. Wetende dat gezondheidsverschillen in grote mate worden verklaard door inkomen en opleidingsniveau, zou het pas echt solidair zijn als rijk voor arm betaalt. De wijze waarop de eigen bijdrage nu is vormgegeven, is daardoor niet alleen niet solidair, maar ook onrechtvaardig. Mensen met een laag inkomen hebben een grote kans op ziekte en die moeten daar dan ook nog eens eigen bijdrage voor betalen. Hierdoor wordt de economische positie van mensen met een beperking of een ziekte verder verslechterd, met nog grotere kans op nieuwe ziekten. Deze leden hopen dat door de voorgestelde monitor meer zicht komt op de stapeling van eigen bijdragen. Maar om te bepalen of deze stapeling problematisch is, hebben de voornoemde leden meer informatie nodig. Zij vragen de Minister of ook kan worden onderzocht hoe de stapeling van eigen bijdrage interaccioneert met de financiële positie van de mensen met eigen bijdrage.*

In de monitor naar de stapeling van eigen bijdragen zal onderscheid gemaakt kunnen worden naar verschillende persoonskenmerken, waaronder inkomenscategorieën. De monitor is nog in een ontwerpfase. De monitor zal inzicht geven in de verschillende soorten eigen bijdragen en stapeling ten aanzien van de in de monitor opgenomen categorieën. Ik kan op dit moment niet zeggen of uit de monitor bepaalde groepen zijn te identificeren die mogelijk te maken hebben met een hoge stapeling van eigen bijdragen. Ik ben wel aan het onderzoeken welke mogelijkheden de monitor op dat punt biedt. Meer informatie met betrekking tot bijvoorbeeld de financiële positie kan dan ook worden meegenomen.

*Genoemde leden lezen in de brief dat het kabinet nog steeds nadenkt over het invoeren van een eigen bijdrage in de jeugdzorg. Deze leden hebben zich hier al diverse keren fel tegen uitgesproken. Ook leden van andere fracties lijken niets te zien in dit plan. Waarom blijft het kabinet dan toch hieraan vasthouden? Het idee van een eigen bijdrage wordt al een jaar «uitgewerkt». Wat betekent dat? Waarom duurt dat zo lang? Valt niet gewoon te concluderen dat het idee geen politiek draagvlak heeft. ook niet in het veld, en dat het van tafel moet? Zo ja, waarom wordt dit niet gecommuniceerd? Op deze manier blijft het plan boven de markt hangen en zorgt het voor onrust bij jongeren, ouders en het hele jeugdzorgveld. Ziet de Minister dit ook? Hoe kan het überhaupt dat een jaar na het presenteren van het coalitieakkoord er nog steeds geen plan is voor deze extra besparing van 500 miljoen euro? Is dit niet gewoon omdat er geen extra besparingen te vinden zijn? Zo niet, over welke andere besparingen behalve een eigen bijdrage worden nagedacht?*

In het Coalitieakkoord is afgesproken dat in aanvulling op de huidige Hervormingsagenda extra beleidsmaatregelen in de jeugdzorg worden genomen ter hoogte van structureel € 511 mln en dat ook gekeken wordt naar de mogelijkheid van het invoeren van een eigen bijdrage. Deze afspraak uit het Coalitieakkoord wordt nog nader uitgewerkt. Deze aanvullende maatregelen zijn een Rijksverantwoordelijkheid. De voorstellen bespreekt het kabinet de komende tijd in samenhang met en parallel aan de Hervormingsagenda. Wanneer er een besluit is genomen over de afspraak uit het Coalitieakkoord zal de Staatssecretaris van VWS u nader informeren.

*In de brief lezen de leden van de GroenLinks-fractie een opsomming van alle soorten eigen bijdragen die een plek krijgen in de monitor. Zij vinden het een goede ontwikkeling dat het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) dit in kaart brengt op verzoek van de Minister, maar hebben ook vragen bij de opzet. De eigen bijdrage die mensen betalen voor ongecontracteerde zorg wordt bijvoorbeeld niet meegenomen in de monitor. Zeker nu het aantal zorgaanbieders zonder contract stijgt, ligt het voor de hand dat meer mensen moeten bijbetalen voor de zorg die zij nodig hebben, omdat hun vertrouwde zorgverlener geen contract heeft met hun zorgverzekeraar. Waarom is deze eigen bijdrage niet opgenomen in de monitor? Is de Minister bereid dat alsnog te doen? Tevens worden de jaren 2019 t/m 2021 onderzocht. De gegevens van de jaren 2020 en 2021 zullen afwijken in verband met de COVID-crisis. Hoe borgt de Minister dat hier een correctie op plaatsvindt?*

Bij de keuze voor een zorgverzekering kan de keuze gemaakt worden tussen een natura- of een restitutiepólis of een combinatie van beide. Op basis van de Zorgverzekeringswet hebben zorgverzekeraars zorgplicht jegens hun verzekerden. Deze zorgplicht kan op twee manieren worden vormgegeven: (1) de verzekerde heeft recht op zorg (naturapólis) of (2) de verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van de zorg (restitutiepólis). Het is aan de verzekeraars een van beide of beide soorten polissen aan te bieden dan wel een combinatie hiervan. In Nederland is iedere verzekerde vrij om de hulpverlener te kiezen die hij of zij wenst. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht; dat betekent dat zij voor een naturapólis voldoende zorgaanbieders moeten contracteren zodat iedere verzekerde tijdig de zorg kan krijgen die hij nodig heeft. Verzekerden kunnen dan kiezen uit de gecontracteerde zorgaanbieders. Verzekerden hebben ook het recht om te kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De hoogte van de vergoeding hangt dan af van de polís waar de verzekerde voor gekozen heeft. In geval van een restitutiepólis is de zorgverzekeraar gehouden de kosten van (niet-gecontracteerde) zorg en overige diensten te vergoeden, tenzij deze kosten hoger zijn dan in de

Nederlandse marktomstandigheden redelijk is te achten (het marktconforme tarief). Aangezien het hier gaat om een vrije keuze, worden deze bedragen niet meegenomen in de monitor.

Er zal geen correctie toegepast worden voor de jaren 2020 en 2021 i.v.m. corona. Het is namelijk niet vast te stellen welke zorg en ondersteuning iemand anders zou hebben gehad in de afwezigheid van corona.

Er zal dan ook niet worden gecorrigeerd voor de effecten van covid op het zorggebruik (zoals uitstel zorg en zorgmijding). Het CBS bekijkt alleen wat feitelijk gebeurt, zonder aannames te doen over het zorggebruik.

*Rondom eigen bijdrage die betrekking hebben met zwangerschap en geboorte zien genoemde leden dat wordt gekeken naar de eigen bijdrage voor kraamzorg. Andere vormen van zorg rondom zwangerschap en geboorte worden niet genoemd. Is de Minister bereid om daarbij ook te kijken naar kosten voor anticonceptie, eigen bijdragen voor poliklinische bevallingen, drugsscreening en prenatale screening?*

Voor de monitor worden eigen bijdragen voor onder het pakket verzekerde zorg of ondersteuning onder de Wmo 2015 meegenomen. Eigen bijdragen voor zorg en ondersteuning die niet tot het verzekerd pakket behoren, kunnen per persoon en per aandoening dermate verschillen in aard en omvang dat het niet doenlijk is deze mee te nemen in een monitor. Alle eigen bijdragen voor verzekerde geboortezorg worden wel meegenomen. Hieronder wordt daar een toelichting op gegeven. Kosten voor anticonceptie worden afhankelijk van de leeftijd of de aard van de anticonceptie tot het 18e levensjaar volledig vergoed uit de basisverzekering. Er geldt dan geen eigen risico. Tussen het 18e en 21e levensjaar wordt de pil gedekt uit de basisverzekering, maar geldt wel een eigen risico. Zodra je 21 bent, moet de pil weer zelf betaald worden en valt deze niet onder het basispakket. In het laatste geval valt deze niet onder verzekerde zorg. Betalingen door 18–21-jarigen aan anticonceptie en spiraaltje worden geboekt bij Zvw-zorgkosten aan geneesmiddelen (en dus niet bij geboortezorg waarvoor geen ER geldt) en worden daarom meegeteld bij bepaling van het eigen risico in de monitor.

Het kan voorkomen dat een bevalling moet plaatsvinden in het ziekenhuis vanwege een medische noodzaak. In dat geval worden de ziekenhuiskosten volledig gedekt door de basisverzekering. Er geldt geen eigen bijdrage en geen eigen risico. Het kan ook voorkomen dat de betrokkene in het ziekenhuis wil bevallen zonder medische noodzaak. In dat geval geldt een eigen bijdrage. In tegenstelling tot wat gebruikelijk is namelijk dat alleen medische kosten worden gedekt uit de basisverzekering worden deze kosten dan gedeeltelijk gedekt door de basisverzekering. Daarom wordt de eigen bijdrage voor niet medisch noodzakelijke poliklinische bevallingen ook meegenomen in de monitor. Indien men zich aanvullend verzekerd voor een poliklinische behandeling zonder medische noodzaak, geldt geen eigen bijdrage.

Prenatale screening bestaat uit:

- de NIPT: deze wordt nu nog in onderzoeksverband aangeboden (een zwangere betaalt een eigen bijdrage van € 175,00) maar dit wordt per 1 april 2023 onderdeel van het landelijke programma prenatale screening en kosteloos aan zwangeren aangeboden. Op dat moment valt het onder de Rijksbegroting.
- de NIPT voor zwangeren met medische indicatie: dit valt onder de Zvw. Echter per 1 januari 2023 gaat de NIPT voor deze categorie vrouwen niet meer ten koste van het eigen risico.
- 13-wekenecho: deze wordt momenteel binnen onderzoeksverband aangeboden en gefinancierd door ZonMw.
- 20-wekenecho: deze valt nu nog onder de Zvw maar wordt per 1 januari 2024 bekostigd uit de Rijksbegroting en gefinancierd via de regionale centra.

- Counseling: valt nu nog onder de Zvw. De Minister heeft in de Kamerbrief van 19 december jl. (Kamerstuk 29 323, nr. 173) aangegeven de intentie te hebben de counseling per 1 januari 2025 via de regionale centra te laten lopen.

Het structureel echoscopisch onderzoek naar structurele afwijkingen in het tweede trimester van de zwangerschap («20-wekenecho») wordt momenteel bekostigd uit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het Zorginstituut adviseerde in 2017 dat prenatale screening zonder medische indicatie niet binnen de Zvw past. Daarop is gezocht naar een andere vorm van bekostiging. In mijn brief van 20 mei 2022 (Kamerstuk 29 689, nr. 1146) over de wijziging van het basispakket Zvw 2023 heb ik mijn voornemen met uw Kamer gedeeld om de financiering van de prenatale screening via de regionale centra te laten lopen, mits deze financieringsstructuur goed werkt bij het eerste trimester SEO («13-wekenecho»), dat reeds op die manier wordt gefinancierd. Inmiddels is uit een evaluatie van het RIVM gebleken dat de financiering van het eerste trimester SEO via de Regionale Centra goed loopt. In mijn brief van 16 december jl. (Kamerstuk 29 323, nr. 173) heb ik daarom uw Kamer laten weten de financiering van het tweede trimester SEO («20-weken echo») per 1 januari 2024 via de regionale centra te willen laten lopen. De voorbereidingen hiertoe lopen. Als gevolg hiervan zal het tweede trimester SEO per 1 januari 2024 geen onderdeel meer uitmaken van het basispakket, en zal deze gefinancierd worden via de regionale centra. Het aanbod blijft kosteloos voor de zwangere. Zoals in mijn brief van 16 december jl. ook is aangegeven, heb ik het voornemen om de counseling per 1 januari 2025 eveneens via de regionale centra te laten lopen.

Overige eigen risico bij verloskundige zorg zoals drugsscreening, lab-onderzoek en ambulance tijdens bevalling en consultatie bij posttraumatische klachten worden wel meegenomen in monitor omdat deze uitgaven geboekt worden onder andere zorg dan verloskundige zorg (zoals MSZ, GGZ, ambulance).

*Ook over de eigen bijdrage voor hulpmiddelen hebben deze leden nog een vraag. De eigen bijdrage die iemand betaalt, hangt in sterke mate af van het gebruikte hulpmiddel. Zo zijn gebruikers van pruiken vaak veel geld kwijt. In hoeverre wordt in de monitor onderscheid gemaakt tussen verschillende soorten hulpmiddelen?*

Vanwege de grote verscheidenheid aan hulpmiddelen is het niet doenlijk dit op te nemen in de monitor.

*De leden van de GroenLinks-fractie juichen het toe dat ook naar bijzondere groepen wordt gekeken. Zij vinden het wel teleurstellend dat maar naar één groep, namelijk gezinnen waarvan één ouder zorg intramuraal ontvangt, wordt gekeken. Een groep over wie genoemde leden zich zorgen maken is de groep met een levenslange en levensbrede beperking. Deze groep betaalt vaak het hele leven lang verschillende eigen bijdrage, zoals de eigen bijdrage Wlz of Wmo, voor medicatie, hulpmiddelen en eigen risico. Is de Minister bereid om ook speciaal onderzoek te doen naar deze groep en naar wat de stapeling van eigen bijdrage voor deze groep betekent?*

Ik herken dat iemand die vanaf jonge leeftijd langdurig zorg nodig heeft (en ontvangt) structureel meer eigen betalingen heeft dan iemand die geen beperking heeft of op latere leeftijd een beperking krijgt. Dat vloeit voort uit de wijze waarop de Wlz is ingericht: de eigen bijdragen hangen af van de zorgvorm die iemand ontvangt en van de financiële draagkracht van die persoon. Er bestaan goede redenen om gebruikers van zorg en ondersteuning via gerichte eigen bijdragen mee te laten betalen aan de zorgkosten. Door een deel van de rekening bij zorggebruikers te leggen

bewaken we het draagvlak voor de solidariteit in ons zorgstelsel, waarbij gezonde mensen met een hoger inkomen meebetalen aan de zorgkosten voor zieke mensen met een lager inkomen. Bovendien beperkt medefinanciering de druk op de premie voor alle verzekerden. Eigenlijk is in elk domein sprake van medefinanciering en het stimuleren van kostenbewustzijn. In de Wlz speelt ook het besparingsmotief een belangrijke rol: mensen besparen op de kosten van wonen en voeding als zij in een instelling verblijven, dus is een eigen bijdrage passend. De monitor is niet het geschikte instrument om de stapeling voor deze specifieke groep in kaart te brengen. Met de monitor kijken we namelijk naar één peilmoment in het jaar en niet naar de duur van de eigen bijdrage en kunnen vanuit de monitor dan ook niet zeggen of iemand meerdere jaren of levenslang gebruik maakt van die zorg. De monitor is bedoeld om de stapeling van eigen bijdragen in beeld te brengen en niet om een vergelijking tussen verschillende groepen te maken.

*Genoemde leden hebben ook nog een vraag over de samenhang tussen eigen bijdrage van verschillende wetten. Zo kan het zijn dat de ene persoon exact dezelfde zorg krijgt als de andere persoon, maar dat de zorg niet uit dezelfde wet wordt geregeld. Hierdoor kunnen de eigen bijdragen van verschillende mensen, die de facto dezelfde zorg krijgen, sterk verschillen. Kan de monitor ook worden gebruikt om deze verschillen in eigen bijdragen voor dezelfde zorg te identificeren en gelijk te trekken?*

Ik ga ervan uit dat de leden van de GroenLinks fractie op de zogeheten zorgval doelen. Deze zorgval vindt plaats op het moment van overgang van de Zorgverzekeringswet (Zvw) naar de Wet langdurige zorg (Wlz). Uit de monitor kan niet afgeleid worden hoeveel mensen bij de overgang van de Zvw naar de Wlz dezelfde zorg krijgen. Overigens kan dit naar dezerzijds indruk niet dan een tijdelijke situatie zijn omdat de zorgvraag dermate zwaar wordt dat uiteindelijk slechts zorg onder de Wlz kan leiden tot een zorglevering die in overeenstemming is met de omvang van de zorgbehoefte.

*Over de Wlz hebben deze leden ook nog een enkele vraag. Klopt het dat men een eigen bijdrage gaat betalen voor de Wlz zodra de persoon in zorg komt? Want dat betekent namelijk niet dat alle voorzieningen al geregeld zijn. Zo kan het voorkomen dat iemand wel al een eigen bijdrage voor de Wlz betaalt, maar nog moet wachten op de hulpmiddelen. Men betaalt dan wel, maar krijgt niet de zorg waar voor wordt betaald. Is het mogelijk om de eigen bijdrage pas geheel of gedeeltelijk in te laten gaan als alle zorg is georganiseerd?*

Het klopt dat men een eigen bijdrage betaalt zodra men in zorg komt. Ten aanzien het gebruik van hulpmiddelen door Wlz-cliënten kunnen de volgende situaties aan de orde zijn:

- de cliënt verblijft in een Wlz-zorginstelling met een hulpmiddel uit de Wlz (zoals een hoog laag bed): deze zijn standaard aanwezig in de zorginstelling en daarmee is een gedeeltelijk uitstel van de eigen bijdrage Wlz niet aan de orde;
- de cliënt verblijft in een Wlz-zorginstelling of ontvangt Wlz-zorg thuis met een hulpmiddel uit de Zvw (zoals een gehoorapparaat): afhankelijk van het hulpmiddel kan, aanvullend op de eigen bijdrage Wlz, een eigen bijdrage aan de orde zijn, die wordt betaald als het hulpmiddel beschikbaar is.
- de cliënt ontvangt Wlz-zorg thuis met een hulpmiddel uit de Wmo 2015 (zoals een rolstoel): voor deze Wmo-hulpmiddelen hoeft de cliënt, aanvullend op de eigen bijdrage Wlz, geen eigen bijdrage Wmo te betalen.

*Tot slot vragen de leden van de GroenLinks-fractie wat de laatste stand van zaken is rondom de «modernisering» van het geneesmiddelen vergoedingssysteem. Door een dergelijke modernisering zullen naar schatting ruim drie miljoen mensen ineens te maken krijgen met een bijbetaling van tussen de € 5 en € 250 per jaar. Onder hen begeven zich tenminste 200.000 financieel kwetsbare patiënten. Erkent de Minister dat in deze tijd van hoge inflatie en niet evenredig meestijgende lonen en uitkeringen hierdoor nog meer mensen in de financiële problemen kunnen komen? Wat voor effect zou deze bijbetaling hebben op zorgmijding? Kan de Minister in kaart laten brengen wat de negatieve (neven)effecten zijn van zorgmijding op jaarbasis?*

Ik informeer uw Kamer later dit jaar over het vervolg van de maximering van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen. Op de Staat van Volksgezondheid en Zorg is informatie beschikbaar over het aantal verzekerden dat aangeeft af te zien van zorg vanwege zorgkosten. In 2021 gaf 8% van de met een enquête ondervraagde volwassen verzekerden dit aan. Dit percentage is de afgelopen jaren niet toegenomen en is bovendien fors lager dan het aantal mensen dat in 2016 (16%) om financiële redenen afzag van zorg.

### **Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie**

*De leden van de PvdA-fractie maken zich grote zorgen over de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Het monitoren van de stapeling van zorgkosten zien zij als een eerste kleine stap. De inzet van deze leden is namelijk dat mensen noodzakelijke zorg vergoed krijgen. Door de stapeling van kosten worden chronisch zieken en mensen met een beperking geconfronteerd met steeds hogere kosten, een extra financiële belasting op ziek zijn. De angst van deze leden is dat dit zorgmijding in de hand werkt en daarmee sociaaleconomische gezondheidsverschillen kan vergroten. Ook vinden zij het belangrijk om hier nogmaals te benadrukken dat zij het voorstel van het kabinet om een eigen bijdragen voor de jeugdzorg in te voeren zeer onverstandig vinden. De leden van de PvdA-fractie zijn benieuwd welke consequenties de Minister aan deze monitor zou willen binden. Wat vindt de Minister een aanvaardbare eigen betaling (als % inkomen) binnen het huidige systeem? Welke stappen zou de Minister overwegen als het bedrag aan eigen betaling boven deze prijs uitkomt? Denkt de Minister dat de eigen betalingen bijdragen aan het verkleinen van de sociaaleconomische gezondheidsverschillen?*

Er is niet zoiets als een aanvaardbare eigen bijdrage als percentage van het inkomen. Een passende eigen bijdrage hangt erg af van het doel van de eigen bijdrage. Zo speelt in de Wlz het besparingsmotief een belangrijke rol: mensen besparen op kosten van wonen en voeding als zij in een instelling verblijven, dus is een hogere eigen bijdrage passend. Eigen bijdragen verkleinen als zodanig niet de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Desalniettemin zijn er diverse maatregelen en wordt er ook in de vormgeving van eigen bijdragen rekening mee gehouden dat de sterkste schouders ook de zwaarste lasten dragen: denk aan de zorgtoeslag die een vergoeding bevat voor de gemiddelde nominale premie en het gemiddelde eigen risico, de eigen bijdragen in de Wlz die afhankelijk zijn van inkomen en vermogen van de verzekerde en de gemeentelijke regelingen zoals de bij wet geregelde bevoegdheid om een tegemoetkoming voor zorgkosten bij chronische ziekte of handicap.

*De leden van de PvdA-fractie hebben enkele vragen over de opzet van de monitor. Hoe is de Minister tot de samenstelling gekomen van de eigen betalingen die worden gemonitord? Hoe kunnen kosten die noodzakelijkerwijs worden gemaakt vanwege een bepaalde aandoening, maar niet*

*onderdeel zijn van verzekerde zorg, meegenomen worden in de monitor? Wordt de eigen bijdrage voor niet medisch noodzakelijke poliklinische bevallingen ook meegenomen in de monitor?*

De lijst aan eigen bijdragen die worden meegenomen in de monitor zijn eigen bijdragen die verzekerden moeten betalen uit hoofde van tot het pakket behorende verzekerde zorg of ondersteuning vanuit de Wmo 2015. Het gaat dan om het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet (Zvw), eigen bijdragen in de Zvw voor hulpmiddelen, extramurale farmacie, ziekenvervoer, kraamzorg en mondzorg, de eigen bijdragen verschuldigd op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz) en ten slotte de eigen bijdragen onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015).

Wat niet meegenomen wordt in de monitor zijn eigen bijdragen voor algemene voorzieningen onder de Wmo 2015 vanwege het feit dat deze uitgaven niet worden geregistreerd en bijgehouden. Verder worden betalingen die men doet voor niet-verzekerde zorg of ondersteuning, zoals bijdragen voor niet-verzekerde fysiotherapie of mondzorg, niet opgenomen in de monitor. Daarnaast worden andere betalingen voor zorg en ondersteuning, zoals de nominale premie en een eventuele premie voor een aanvullende verzekering in de Zvw, niet meegenomen. Ook eventuele bijkomende kosten die voortvloeien uit een bepaalde zorg- of ondersteuningsbehoefte, zoals extra energiekosten, begeleidingskosten, kleding en was-kosten en vervoerskosten en die niet onder de verzekerde zorg vallen, worden niet meegenomen. Ook deze kosten worden niet geregistreerd en verschillen van persoon tot persoon.

Naarmate er meer kosten of uitgaven worden betrokken in de monitor raakt deze verwaterd. Verzekerde zorg is een redelijk vastomlijnd begrip dat niet afhankelijk is van het uitgavenpatroon van de individuele verzekerde. Voor de uitgaven aan nutsvoorzieningen, begeleiding en kleding etc. ligt dat anders. Daar spelen ook persoonlijke voorkeuren een rol die moeilijk in een stramen te brengen zijn van noodzakelijke kosten.

Een poliklinische bevalling zonder medische noodzaak wordt deels (maximum bedrag per bevalling) vergoed door de basisverzekering. Daarvoor geldt een eigen bijdrage die dan ook meegenomen wordt in de monitor.

*In hoeverre is er aandacht voor de eigen kosten voor niet gecontracteerde zorg in de monitor?*

Bij de keuze voor een zorgverzekering kan de keuze gemaakt worden tussen een natura- of een restitutiepolis of een combinatie van beide. Op basis van de Zorgverzekeringswet hebben zorgverzekeraars zorgplicht jegens hun verzekerden. Deze zorgplicht kan op twee manieren worden vormgegeven: (1) de verzekerde heeft recht op zorg (naturapolis) of (2) de verzekerde heeft recht op vergoeding van de kosten van de zorg (restitutiepolis). Het is aan de verzekeraars een van beide of beide soorten polissen aan te bieden dan wel een combinatie hiervan. In Nederland is iedere verzekerde vrij om de hulpverlener te kiezen die hij of zij wenst. Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht; dat betekent dat zij voor een naturapolis voldoende zorgaanbieders moeten contracteren zodat iedere verzekerde tijdig de zorg kan krijgen die hij nodig heeft. Verzekerden kunnen dan kiezen uit de gecontracteerde zorgaanbieders. Verzekerden hebben ook het recht om te kiezen voor een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De hoogte van de vergoeding hangt dan af van de polis waar de verzekerde voor gekozen heeft.

In geval van een restitutiepols is de zorgverzekeraar gehouden de kosten van (niet-gecontracteerde) zorg en overige diensten te vergoeden, tenzij deze kosten hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden redelijk is te achten (het marktconforme tarief). Aangezien het hier gaat om een vrije keuze, worden deze bedragen niet meegenomen in de monitor.

*Wordt in deze monitor ook gekeken naar de vraag wat het effect van de stapeling van zorgkosten is op zorgmijding?*

De op basis van de monitor gegenereerde gegevens gaan geen inzage geven in zorgmijding.

*Wat weet de Minister over de stapeling van zorgkosten in andere EU-landen? Is hij bereid om de resultaten van de monitor in Europees perspectief te plaatsen?*

Verschillende gerenommeerde internationale organisaties zoals de WHO/Europe, OESO en de Commonwealth Fund doen internationaal vergelijkend onderzoek naar eigen betalingen. Sommige van deze studies kijken naar de hoogte van de eigen betalingen per subsector en naar het totaal. Andere studies focussen zich meer op de impact van eigen betalingen op verschillende inkomensgroepen. Aangezien meerdere internationale instituten vanuit verschillende perspectieven en onderzoeksvragen eigen betalingen internationaal vergelijken zie ik geen meerwaarde om een apart traject op te starten om de resultaten van de monitor in Europees perspectief te plaatsen. Mijn inzet is om de bestaande kennis zo goed mogelijk in te zetten voor het beleid in Nederland.

*De leden van de PvdA-fractie vragen welke andere doelgroepen de Minister overweegt mee te nemen en hoe hij tot een besluit zal komen over welke groepen worden meegenomen. Zij vragen om in ieder geval breder te kijken naar de stapeling van zorgkosten voor chronisch zieken. Verder zouden deze leden graag meer inzicht krijgen in de stapeling van zorgkosten voor mensen die afhankelijk zijn van de sociale zekerheid voor hun inkomen.*

*Op dit moment is het CBS bezig met het ontwerpen van de monitor. Het CBS heeft daarbij aangegeven dat de data over de jaren 2015–2020 in zijn geheel wordt verwerkt tot één of meerdere Statlinetabellen op de website van de Monitor Langdurige Zorg (MLZ)<sup>8</sup>. De monitor zal inzicht geven in de verschillende soorten eigen bijdragen en stapeling ten aanzien van de in de monitor opgenomen categorieën (leeftijd, geslacht, inkomen en huishoudsamenstelling). Ik kan op dit moment niet zeggen of uit de monitor bepaalde groepen zijn te identificeren die mogelijk te maken hebben met een hoge stapeling van eigen bijdragen. Ik ben wel aan het onderzoeken welke mogelijkheden de monitor op dat punt biedt. Op dit moment wordt in de monitor geen onderscheid naar wel of geen chronisch zieke gemaakt. In een latere fase zal worden bekeken of dit aan de monitor toegevoegd kan worden. Zoals gezegd zal in de monitor onderscheid gemaakt kunnen worden naar verschillende persoonskenmerken, waaronder inkomenscategorieën. Hierbij wordt nog geen sociaaleconomische categorie, waaronder uitkeringsontvanger, meegenomen. Ook hier zal in een latere fase worden bekeken of dit aan de monitor toegevoegd kan worden. Het is hierbij helaas niet mogelijk om de specifieke inkomensbron te achterhalen.*

<sup>8</sup> <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/> en <https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/>

## Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie

*De leden van de SGP-fractie hebben met veel belangstelling kennisgenomen van de brief waarin de Minister aankondigt om de stapeling van zorgkosten te monitoren. Dit is voor deze leden een belangrijk onderwerp. In september 2019 is een motie van de Kamerleden van der Staaij (SGP) en Ploumen (PvdA) aangenomen die de regering verzocht om «aan de hand van enkele concrete casussen te onderzoeken in hoeverre – op een eenvoudige en doeltreffende wijze – een stapeling van zorgkosten op huishoudenniveau verder kan worden tegengegaan, en de Kamer hierover te informeren»<sup>9</sup>. Toenmalige bewindspersonen hebben in december 2020 middels een brief op deze motie gereageerd<sup>10</sup>. In deze brief zijn verschillende zaken toegezegd. Kan de Minister een overzicht geven van de huidige stand van zaken van deze toezeggingen? Met name vragen de leden van de SGP-fractie naar de toezegging dat het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport twee keer per jaar aan de hand van reeds bekende casuïstiek, klachten en bezwaren met het CAK in gesprek gaat om bekijken of er vaker terugkerende knelpunten zijn waarvoor mogelijk een beleidsmatige oplossing is vanuit het ministerie nodig is. Wat heeft dit tot op heden opgeleverd? Ook vragen deze leden naar de situatie van jonge cliënten met Wlz-zorg, die vanwege de eigen bijdrage een belemmering ervaren om in het huwelijk te treden met hun partner of partners die vanwege een hoge Wlz-bijdrage kiezen voor een juridische scheiding. Genoemde leden krijgen nog steeds signalen dat dit voorkomt. In de afgelopen tijd is hiervoor dus blijkbaar geen oplossing gevonden. Overweegt de Minister aanvullende maatregelen om dit probleem op te lossen?*

In de door de SGP-fractie genoemde brief van 28 december 2020 zijn twee toezeggingen gedaan: de eerste toezegging betrof het uitvoeren van een verkenning met het CAK naar de casus eigen bijdrage Wlz bij gezinnen met jonge kinderen en op basis van de tweede toezegging zou het Ministerie van VWS en het CAK twee maal per jaar met elkaar in gesprek gaan over casuïstiek.

Wat betreft de eerste toezegging ben ik op dit moment aan het onderzoeken of en hoe in kaart gebracht kan worden om welke gezinnen het gaat en waar zij tegenaan lopen. Ik hoop u daarover voor het zomerreces te informeren. De tweede toezegging kom ik na door regelmatig met het CAK te overleggen over binnengekomen casussen. Op ambtelijk niveau zijn het CAK en het Ministerie van VWS een aantal keren bij elkaar gekomen om casuïstiek te bespreken. Op dit moment wordt beoordeeld wat de consequenties zijn van het toepassen van de korting op basis van arbeid ten behoeve van de vaststelling van het bijdrageplichtig inkomen uit hoofde van de Wlz en Wmo 2015 voor 18 en 19-jarigen.

Regelmatig wordt gesteld dat de Wlz-regelgeving trouwen financieel zeer onaantrekkelijk maakt.<sup>11</sup> Bij een cliënt die al een gezamenlijk huishouden voert met een partner, heeft het trouwen echter geen consequenties voor de hoogte van de eigen bijdrage. Het inkomen van de partner behoort immers al te worden meegenomen bij het vaststellen van de eigen bijdrage. Bij een cliënt die voor het huwelijk nog niet samenwoonde, gaat inderdaad het inkomen van de partner voor het eerst meetellen. Dit is conform de intentie van de eigen bijdrage in de Wlz, namelijk dat de gebruiker van de zorg meebetaalt aan de geleverde zorg en dat de cliënt in de Wlz naar draagkracht een inkomensafhankelijke eigen bijdrage betaalt. De Wlz-kosten zijn namelijk hoog en vragen een grote mate van

<sup>9</sup> Kamerstuk 34 104, nr. 261.

<sup>10</sup> Kamerstuk 34 104, nr. 315.

<sup>11</sup> Kamerstukken 34 104 ent 29 538, nr. 264

solidariteit van de samenleving. Het is daarom verdedigbaar eenzelfde solidariteit te verwachten binnen een huwelijk. Immers van een echtpaar mag worden verwacht dat zij voor elkaar zorgen. Daarom wordt het verzamelinkomen van de cliënt en partner samen meegenomen in de berekening van de eigen bijdrage.

*De Minister verwijst in zijn brief naar een aantal maatregelen die in het coalitieakkoord zijn opgenomen of aangekondigd. Het is mooi dat het eigen risico is bevroren en het bedrag voor eigen bijdrage voor geneesmiddelen is gemaximeerd. Tegelijkertijd waren dit al maatregelen die al genomen waren door het voorgaande kabinet en presenteert de Minister dus feitelijk niks nieuws om de stapeling van zorgkosten verder te drukken. Sterker nog, de wijziging van de systematiek van het eigen risico, de wijziging van de eigen bijdragesystematiek in de Wmo en het onderzoek naar een mogelijke eigen bijdrage in de Jeugdwet kunnen alleen maar nadelig uitpakken voor de stapeling van zorgkosten. De leden van de SGP-fractie vinden het jammer dat het kabinet verder geen concrete plannen lijkt te hebben om de stapeling van zorgkosten te verlagen.*

*De Minister wil meer inzicht krijgen in de cijfers en gaat daarom de stapeling van een aantal eigen bijdragen monitoren. In de brief worden een aantal specifieke kosten opgesomd. Het is voor de leden van de SGP-fractie onduidelijk hoe deze opsomming tot stand is gekomen. Kan de Minister dit uitleggen? Waarom is gekozen voor de genoemde eigen betalingen? Genoemde leden lezen dat wordt gekeken naar de eigen bijdrage voor kraamzorg, maar wordt ook de eigen bijdrage voor niet medisch-noodzakelijke poliklinische bevalling in de monitor opgenomen? Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) adviseerde al in 2020 om deze eigen bijdrage te schrappen vanwege de ongewenste effecten die deze verplichte betaling oplevert.*

De eigen bijdragen die worden meegenomen in de monitor zijn eigen bijdragen die verzekerden moeten betalen uit hoofde van tot het pakket behorende verzekerde zorg of ondersteuning vanuit de Wmo 2015. Het gaat dan om het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet (Zvw), eigen bijdragen in de Zvw voor hulpmiddelen, extramurale farmacie, ziekenvervoer, kraamzorg en mondzorg, de eigen bijdragen verschuldigd op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz) en ten slotte de eigen bijdragen onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015).

Wat niet meegenomen wordt in de monitor zijn eigen bijdragen voor algemene voorzieningen in de Wmo 2015 vanwege het feit dat deze uitgaven niet worden geregistreerd en bijgehouden. Verder worden betalingen die men doet voor niet-verzekerde zorg of ondersteuning, zoals bijdragen voor niet-verzekerde fysiotherapie of mondzorg, niet opgenomen in de monitor. Ook andere betalingen voor zorg en ondersteuning, zoals de nominale premie en een eventuele premie voor een aanvullende verzekering in de Zvw, worden niet meegenomen. Ook eventuele bijkomende kosten die voortvloeien uit een bepaalde zorg- of ondersteuningsbehoefte, zoals extra energiekosten, begeleidingskosten, kleding en was-kosten en vervoerskosten en die niet onder de verzekerde zorg vallen, worden niet meegenomen. Deze kosten verschillen ook van persoon tot persoon.

Naarmate er meer kosten of uitgaven worden betrokken in de monitor raakt deze verwaterd. Verzekerde zorg is een redelijk vastomlijnd begrip dat niet afhankelijk is van het uitgavenpatroon van de individuele verzekerde. Voor de uitgaven aan nutsvoorzieningen, begeleiding en kleding etc. ligt dat anders. Daar spelen ook persoonlijke voorkeuren een rol die moeilijk in een stramen te brengen zijn van noodzakelijke kosten.

Het kan voorkomen dat de bevalling moet plaatsvinden in het ziekenhuis vanwege een medische noodzaak. In dat geval worden de ziekenhuis-kosten volledig gedekt door de basisverzekering. Er geldt geen eigen bijdrage en geen eigen risico. Het kan ook voorkomen dat de betrokkene in het ziekenhuis wil bevallen zonder medische noodzaak. In tegenstelling tot wat gebruikelijk is namelijk dat alleen medische kosten worden gedekt uit de basisverzekering worden deze kosten dan gedeeltelijk gedekt door de basisverzekering. Daarom wordt de eigen bijdrage voor niet medisch noodzakelijke poliklinische bevallingen wel meegenomen in de monitor. Ook kan men zich aanvullend verzekeren voor een poliklinische behandeling zonder medische noodzaak. Er geldt dan geen eigen bijdrage.

*Verder vragen de leden van de SGP-fractie of nog andere aanvullende kosten worden meegenomen in de monitor. Mensen hebben vanwege hun ziekte of aandoening vaak ook extra kosten voor energie, vervoer, of bijvoorbeeld de aanvraag van een gehandicaptenparkeerkaart. Worden dit soort kosten ook betrokken bij de monitoring? Kortom, is de Minister bereid om bij de monitor alle zorgkosten te betrekken én de meerkosten die samenhangen met de ziekte of aandoening, maar niet onder de drie zorgwetten vallen? Zo nee, hoe krijgt de Kamer dan wel een realistisch beeld van uitgaven van mensen met een ziekte of aandoening?*

Buiten de eigen bijdragen voor verzekerde zorg en ondersteuning vanuit de Wmo 2015 worden geen aanvullende kosten meegenomen in de monitor, omdat ze buiten het bereik van deze monitor vallen. Het CBS beschikt evenmin over deze data op persoonsniveau. Eigen bijdragen in de zorg is een specifiek begrip waaronder niet worden begrepen de uitgaven zoals in de vraag genoemd. Voor energie, ander vervoer dan ziekenvervoer of een gehandicaptenparkeerkaart zijn, indien men moeite heeft die te betalen, andere voorzieningen getroffen waarop men beroep kan doen. Voor deze kosten en andere uitgaven geldt dat deze in beginsel onbegrensd zijn en naar aard en omvang dermate uiteen kunnen lopen dat het niet doenlijk is hierover binnen het in het coalitieakkoord afgesproken stramien in het kader van de eigen bijdragen, een monitor op te stellen.

*De Minister geeft in zijn brief aan oog te hebben voor bijzondere groepen. Dat is mooi. Tegelijkertijd wordt er maar één bijzondere groep genoemd: gezinnen met jonge kinderen waarbij één van de ouders intramurale zorg vanuit de Wlz ontvangt. De Minister geeft aan dat hij medio 2023 – na ommekomst van het nadere onderzoek naar deze groep en na voortgang van het onderzoek naar de cijfers – laat weten of hij nog andere bijzondere groepen gaat monitoren. De leden van de SGP-fractie kunnen zich voorstellen dat ook nu al andere specifieke groepen bekend zijn. Zelf denken zij aan gezinnen waar meerdere gezinsleden te maken hebben met een (intensieve) zorgvraag, waardoor op gezinsniveau de zorgkosten en meerkosten fors kunnen oplopen. Is de Minister ook bereid om naar deze groep te kijken?*

Op dit moment is het CBS bezig met het ontwerpen van de monitor. Het CBS heeft daarbij aangegeven dat de data over de jaren 2015–2020 in zijn geheel wordt verwerkt tot één of meerdere Statinetabellen op de website van de Monitor Langdurige Zorg (MLZ)<sup>12</sup>. De monitor zal inzicht geven in de verschillende soorten eigen bijdragen en stapeling ten aanzien van de in de monitor opgenomen categorieën (leeftijd, geslacht, inkomen en huishoudsamenstelling). Ik kan op dit moment niet zeggen of uit de monitor bepaalde groepen zijn te identificeren die mogelijk te maken

<sup>12</sup> <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/> en <https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/>

hebben met een hoge stapeling van eigen bijdragen. Ik ben wel aan het onderzoeken welke mogelijkheden de monitor op dat punt biedt.

*Verder vragen de leden van de SGP-fractie aandacht voor mensen met een levenslange ziekte, aandoening of beperking. Deze groep betaalt gedurende hun gehele volwassen leven een hoge eigen bijdrage Wlz. Dit in tegenstelling tot de meeste mensen met een Wlz-indicatie, ouderen, die de eigen bijdrage alleen gedurende de laatste levensfase betalen. Acht de Minister het gerechtvaardigd om onderscheid te gaan maken tussen deze twee groepen mensen? Is de Minister bereid om hier in ieder geval onderzoek naar te doen?*

Een verzekerde van achttien jaar of ouder draagt bij in de kosten van de zorg. De eigen bijdrage is afhankelijk van de leveringsvorm en van de financiële draagkracht van de persoon die de zorg nodig heeft en de partner (gehuwd, geregistreerd partner of een gezamenlijk huishouden voerend). De hoge eigen bijdrage geldt bij verblijf bij een zorgaanbieder. Daarbij is sprake van de zogeheten hoge eigen bijdrage als een bijdrage voor het wonen, voeding en een in het algemeen omvangrijk zorgpakket. Dan is een hoge eigen bijdrage niet oneigenlijk. U vraagt mij of ik het gerechtvaardigd vind om een onderscheid te maken tussen de in uw vraag genoemde twee groepen mensen. Als het gaat om relatief dezelfde zorg inclusief de andere componenten te weten verblijf en voeding, acht ik het bij onderscheid maken tussen deze groepen niet onwaarschijnlijk dat er sprake zal zijn van niet-gerechtvaardigde leeftijdsdiscriminatie. Wie oud is en wie niet is een arbitraire grens. Van wie al van jongs af aan een levenslange ziekte heeft, is niet met zekerheid te zeggen welke leeftijd deze bereikt en dan al dan niet in aanmerking zou moeten komen voor een lagere eigen bijdrage. Ik zie op dit moment dan ook geen rechtvaardiging om onderscheid aan te brengen tussen deze groepen.

#### **Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie**

*Het lid van de BBB-fractie heeft met belangstelling kennisgenomen van de aankondiging monitoring stapeling eigen betalingen en heeft daarover een paar vragen. Genoemd lid vindt het een goed plan dat de Minister deze stapeling gaat monitoren, om inzicht te krijgen in welke stapelingen er zijn en voor het wel van belang is dat er geen mogelijke eigen betalingen vergeten worden. Genoemd lid wil daarbij aandacht vragen voor twee soorten betalingen die de Minister niet lijkt te hebben meegenomen: betalingen binnen de geboortezorg en extra uitgaven aan zelfzorg. In de geboortezorg is ook sprake van eigen bijdragen, buiten de kraamzorg om die de Minister wel noemt. Heeft de Minister deze bewust niet meegenomen? Zo ja, waarom niet? Zo nee, kan hij deze alsnog toevoegen? Zieke mensen hebben daarnaast ook vaak te maken met extra uitgaven aan zelfzorg. Het gaat dan om zelfzorg die samenhangt met het hebben van een aandoening of een beperking. Kan de Minister deze ook meenemen in de monitoring?*

De eigen bijdragen die worden meegenomen in de monitor zijn eigen bijdragen die verzekerden moeten betalen uit hoofde van tot het pakket behorende verzekerde zorg of ondersteuning vanuit de Wmo 2015. Het gaat dan om het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet (Zvw), eigen bijdragen in de Zvw voor hulpmiddelen, extramurale farmacie, ziekenvervoer, kraamzorg en mondzorg, de eigen bijdragen verschuldigd op basis van de Wet langdurige zorg (Wlz) en tenslotte de eigen bijdragen onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015).

Wat niet meegenomen wordt in de monitor zijn eigen bijdragen voor algemene voorzieningen onder de Wmo 2015 vanwege het feit dat deze uitgaven niet worden geregistreerd en bijgehouden. Verder worden betalingen die men doet voor niet-verzekerde zorg of ondersteuning, zoals bijdragen voor niet-verzekerde fysiotherapie of mondzorg, niet opgenomen in de monitor. Daarnaast worden andere betalingen voor zorg en ondersteuning, zoals de nominale premie en een eventuele premie voor een aanvullende verzekering in de Zvw, niet meegenomen. Ook eventuele bijkomende kosten die voortvloeien uit een bepaalde zorg- of ondersteuningsbehoefte, zoals extra energiekosten, begeleidingskosten, kleding en was-kosten en vervoerskosten en die niet onder de verzekerde zorg vallen, worden niet meegenomen. Ook deze kosten worden niet geregistreerd en verschillen van persoon tot persoon.

Naarmate er meer kosten of uitgaven worden betrokken in de monitor raakt deze verwaterd. Verzekerde zorg is een redelijk vastomlijnd begrip dat niet afhankelijk is van het uitgavenpatroon van de individuele verzekerde. Voor de uitgaven aan nutsvoorzieningen, begeleiding en kleding etc. ligt dat anders. Daar spelen ook persoonlijke voorkeuren een rol die moeilijk in een stramen te brengen zijn van noodzakelijke kosten.

Alle eigen bijdragen en indien van toepassing het eigen risico worden binnen verzekerde geboortezorg meegenomen.

De monitor ziet niet toe op de kosten van zelfzorg. De definitie van zelfzorg is alles wat iemand zelf koopt en de tijd die iemand besteedt om gezond te blijven. Dit is dus niet-verzekerde zorg en wordt dus niet meegenomen in de monitor. Het CBS heeft geen register-data over zelfzorg per persoon. Daarnaast is de omvang van het aantal producten dat waarschijnlijk voor zelfzorg kan worden ingezet vrijwel ongelimiteerd. Ook daarom is het niet wel doenlijk deze categorie te monitoren.

*Voorts denkt het lid van de BBB-fractie dat het ook van belang is om te kijken naar het effect van de stapeling van eigen betalingen op de kwaliteit van leven van mensen. Leidt het stapelen van eigen betalingen bijvoorbeeld tot het mijden van zorg? Ziet de Minister mogelijkheden om dit in de monitoring te betrekken?*

De op basis van de monitor gegenereerde gegevens gaan geen inzage geven in zorgmijding als zodanig. Op de Staat van Volksgezondheid en Zorg is informatie beschikbaar over het aantal verzekerden dat aangeeft af te zien van zorg vanwege zorgkosten. In 2021 gaf 8% van de met een enquête ondervraagde volwassen verzekerden dit aan. Dit percentage is de afgelopen jaren niet toegenomen en is bovendien fors lager dan het aantal mensen dat in 2016 (16%) om financiële redenen afzag van zorg.

Het kabinet neemt verschillende maatregelen om ongewenste zorgmijding om financiële redenen tegen te gaan naast deze monitor, namelijk het bevriezen van de hoogte van het eigen risico tot en met 2025 en de maximering van de eigen bijdrage van het geneesmiddelenvergoedingssysteem in 2023. Voor mensen met een laag inkomen bestaat bovendien al de zorgtoeslag als tegemoetkoming voor de gemiddelde nominale premie en het gemiddelde eigen risico. Ook geldt dat verschillende zorgvormen (zoals huisartsenzorg, wijkverpleging en verloskundige zorg) uitgezonderd zijn van het eigen risico. Bovendien bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen. Daarnaast kunnen gemeenten financieel maatwerk bieden aan hun ingezetenen in verband met hun kosten van zorg en ondersteuning. Vanaf 2017 is hiervoor (na de afschaffing van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en Compensatie eigen risico (CER)) via

het Gemeentefonds structureel € 268 miljoen ter beschikking gesteld aan gemeenten. De meest gebruikte vorm is het aanbieden van een gemeentepolis voor minima met daarin een korting op de aanvullende zorgverzekering. Daarnaast gaat het om individuele bijzondere bijstand die in bijzondere situaties kan worden toegekend.

*Fysiotherapie voor mensen met een chronische aandoening wordt vergoed vanaf de eerste 21 sessies. Zou deze eigen betaling ook niet meegenomen moeten worden? Weliswaar kan men zich verzekeren voor de eerste sessies (vaak negen of twaalf sessies), maar dit vraagt dan ook weer een hogere premie en de aanvullende verzekering gaat in principe niet tot 21 keer.*

Het doel van de monitor is om meer inzicht te krijgen in de verschillende eigen bijdragen en de overlap daarvan over de stelselwetten heen voor zover deze behoren tot het verzekerd pakket of ondersteuning onder de Wmo 2015. Fysio- en oefentherapie wordt beperkt vergoed vanuit de basisverzekering. Voor zover daarvoor een eigen bijdrage moet worden betaald, wordt deze meegenomen in de monitor. Betalingen die men doet voor niet-verzekerde zorg of ondersteuning, zoals bijdragen voor niet-verzekerde fysiotherapie, worden niet opgenomen in de monitor.