

Vergaderjaar 2021–2022

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1133

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 27 oktober 2021

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 5 juli 2021 over de verkenning eigen risico naar vaste eigen bijdragen en evaluatie naar financieel maatwerk door gemeenten (Kamerstuk 29 689, nr. 1109).

De vragen en opmerkingen zijn op 24 september 2021 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 26 oktober 2021 zijn de vragen beantwoord.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Kuiken

De adjunct-griffier van de commissie,
Heller

Inhoudsopgave	blz.
I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	2
Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	3
Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie	6
Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	7
Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie	8
II. Reactie van de Minister	8

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 verkenning en hebben nog een aantal vragen en opmerkingen.

Genoemde leden zijn sowieso voor het bevrozen van het eigen risico, zodat oplopende zorgkosten niet bij zieke mensen terechtkomen. Vooral middeninkomens kunnen hier volgens deze leden de dupe van zijn, en dat willen de leden voorkomen. Zij willen kijken naar een betere manier van bekostiging in de zorg. Dan is het ook logisch om te kijken naar wat mensen zelf betalen, zoals het eigen risico. Deze leden willen dan ook kijken naar de optie dat iedereen een eigen bijdrage betaalt per behandeling, met als maximum de hoogte van het eigen risico. Deze verkenning levert hier een nuttige bijdrage aan. Genoemde leden zijn echter wel van mening dat het aan een nieuw kabinet is om daarover beslissingen te nemen en knopen door te hakken.

De leden van de VVD-fractie willen allereerst weten of er ook nog andere alternatieven zijn dan de twee varianten die in de verkenning zijn geschetst, dan wel variaties op of combinaties van deze varianten. Zo ja, welke zijn er?

Daarnaast vragen deze leden de Minister welke mogelijkheden tot keuzebegeleiding en informatie over kosten bijvoorbeeld nu al kunnen bijdragen aan het keuzeproces van de zorgvrager. Welke informatie heeft een zorgvrager nodig en op welke wijze kan hij of zij deze informatie meenemen in het kiezen voor passende zorg? Welke eventuele nadelen kleven er aan deze huidige mogelijkheden?

Genoemde leden willen graag een overzicht van de voor- en nadelen die de Minister ziet aan de beide varianten die zijn bekeken, namelijk een vaste eigen bijdrage per zorggebeurtenis en een vaste eigen bijdrage per diagnose-behandelcombinatie (dbc). Wat kunnen de financiële gevolgen zijn voor patiënten, en specifiek gezien voor de middeninkomens? Met name voor een vaste bijdrage per zorggebeurtenis is niet duidelijk hoeveel mensen het raakt en over wat voor bedragen het gaat. Kan de Minister ook iets zeggen over de gevolgen voor de nominale premie van de zorgverzekering?

De leden van de VVD-fractie willen weten of er echt niet meer gezegd kan worden over de gevolgen op macroniveau. Het Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)-advies dat zegt dat de opbrengst van het eigen risico lager zal zijn dan nu het geval is (de huidige opbrengst bedraagt 3,2 miljard euro per jaar), is natuurlijk een open deur.

Deze leden vragen de Minister of er iets meer gezegd kan worden over de gedragseffecten, remgeldeffecten en zorgmijding in de beide varianten. Kan tevens een analyse gegeven worden van de cumulatie van eigen bijdragen in de hele zorgketen?

Genoemde leden willen tot slot weten hoe de Minister de motie die is aangenomen bij de wet voor het bevriezen van het eigen risico in 2022 met betrekking tot het eigen risico in de GGZ (Kamerstuk 35 905, nr. 11) gaat uitvoeren. Wanneer kan de Kamer de uitkomst van de gesprekken verwachten?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de verkenning van het eigen risico naar vaste eigen bijdragen en de evaluatie naar financieel maatwerk door gemeenten. Deze leden vragen de Minister wat de voorkeur is van de verschillende veldpartijen, zoals de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse GGZ en de Patiëntenfederatie, bij de verschillende varianten voor een alternatief van het eigen risico. Kan de Minister hier een opsomming van maken? Zo nee, is hij bereid deze inventarisatie te doen bij de belangrijkste veldpartijen en deze te delen met de Kamer?

Genoemde leden vragen de Minister daarnaast of er contact is geweest met de VNG (Vereniging van Nederlandse Gemeenten) ten aanzien van het mogelijk veranderen van de systematiek van het eigen risico of eigen betalingen. Mogelijk is het zo dat de VNG hier een rol speelt in het geval dat zij nieuwe compensatiemechanismen ontwikkelen als het eigen risico verandert. Ook het standpunt van de VNG is wat deze leden betreft interessant om in ogenschouw te nemen.

De leden van de D66-fractie vragen of er een ambitie is vanuit de NZa of vanuit zorgpartijen om in de toekomst af te stappen van de dbc-systeem binnen de medisch specialistische zorg. Zo ja, hoe concreet zijn deze plannen en wat houden deze in?

Variant 2: Een vaste eigen bijdrage per dbc

De leden van de D66-fractie vragen de Minister wat het beoogde effect is van een eigen betaling per dbc op het starten van een vervolg-dbc voor een ziekenhuisbehandeling. Deze leden merken dat er ook vervolg-dbc's, voor bijvoorbeeld een controle bij de longarts, worden gestart, precies 181 dagen na de start van de vorige dbc. Als er opnieuw een eigen betaling volgt bij de start van een vervolg-dbc, zou dit een prikkel kunnen zijn voor de patiënt om te benadrukken dat een controle bezoek ook binnen de 180 dagen kan plaatsvinden of mogelijk bij de huisarts. Deze leden vragen de Minister om een reactie hierop.

Daarnaast vragen zij de Minister hoeveel vervolg-dbc's er jaarlijks worden gedeclareerd in Nederland die louter een controlebezoek op de poli bevatten. Ook vragen zij hem of bekend is bij hoeveel polibezoeken in het ziekenhuis er sprake is van een zogenoemd hand-schud-consult, een consult zonder echte noodzaak.

De leden van de D66-fractie constateren dat bij een vaste eigen bijdrage per dbc vooraf duidelijk is hoe hoog het bedrag is van de eigen bijdrage direct bij de start van de behandeling. Wanneer dit bijvoorbeeld 100 euro is, is dit des te meer zo, omdat in de ziekenhuiszorg er maar weinig dbc's zijn die goedkoper zijn dan 100 euro. Geeft de NZa een voorkeur aan voor de hoogte van dit bedrag, gegeven dit feit? Is het technisch eenvoudiger

om te kiezen voor 90 euro, 100 euro of 110 euro? Gegeven het feit dat van tevoren duidelijk is hoe hoog een bijdrage bij start van een dbc is, vragen deze leden of het technisch mogelijk is om direct bij de start dit bedrag te laten innen door de zorgverzekeraar. Wordt, met andere woorden, de zorgverzekeraar op de hoogte gebracht dat een dbc wordt gestart door een ziekenhuis (of zorgverlener)? Zo ja, klopt het dat het vervolgens mogelijk moet zijn om direct de 100 euro te factureren richting de patiënt? Zo nee, is dit wel volledig automatisch te bewerkstelligen, zoals de zorgverzekeraar nu op de hoogte wordt gebracht zodra een dbc wordt gesloten?

De leden van de D66-fractie vragen welke varianten zijn onderzocht voor het vrijwillige eigen risico. Immers, als er een vaste bijdrage van 100 euro per dbc wordt gevraagd dan zijn theoretisch negen behandelingen nodig om het vrijwillige eigen risico van 885 euro vol te maken. Is het dan wenselijk om de vaste bijdrage per dbc te verhogen? Zo ja, waarom wel? Zo nee, waarom niet? Welke andere alternatieven zijn er voor het vrijwillige eigen risico binnen deze variant?

De leden van de D66-fractie vragen wat de financiële gevolgen zouden zijn als alleen een vast bedrag per behandeling (dbc) wordt gevraagd, maar voor andere verrichtingen binnen het eigen risico geen bijdrage meer wordt gevraagd (zoals aanvullend onderzoek via de huisarts of medicatie). Is deze berekening te maken via Vektis, op basis van het aantal losse verrichtingen die onder het eigen risico vallen? Zo ja, kunt u deze uitvoeren?

Genoemde leden lezen dat overgaan tot een vaste bijdrage per dbc een ingrijpende wijziging is in de systematiek van het eigen risico, en deze minstens twee jaar in beslag neemt. Voor zorgaanbieders en verzekeraars kan de impact van een ingrijpende wijziging pas bepaald worden als de uitwerking helder is. Daarna is er tijd nodig voor aanpassing van de ICT en administratieve systemen. Kan de Minister nader ingaan welke ICT en administratieve aanpassingen nodig zijn bij de zorgaanbieders en in hoeverre deze ook ingrijpend zijn?

Deze leden vragen de Minister wanneer hij een antwoord van de NZa verwacht te ontvangen op de motie van het lid Paulusma (D66) over een vaste eigen bijdrage per behandeling in combinatie met het nieuwe zorgprestatie-model van de GGZ.¹ In hoeverre is het technisch mogelijk is om binnen het nieuwe zorgprestatie-model op een vergelijkbare wijze een bedrag te innen per behandeling? Deze leden zien in dat dit niet via een dbc kan, maar wellicht wel op een andere manier.

Genoemde leden constateren dat een vaste bijdrage per dbc goed kan werken in geval van ziekenhuisbehandelingen, maar dat er voor de ggz bijvoorbeeld al een uitdaging ligt. Is er een opsomming van andere sectoren alwaar wel een eigen risico geldt, maar waar een vaste bijdrage per dbc tot problemen kan leiden (zoals losse verrichtingen)? Denk bijvoorbeeld aan behandelingen in de eerste lijn, vervolgonderzoeken in de tweede lijn op aanvraag van de huisarts en medicatie. Hoe passen deze eigen betalingen binnen deze variant?

Evaluatie financieel maatwerk door gemeenten

De leden van de D66-fractie lezen dat 85% van de gemeenten meer dan één compensatiemaatregel inzetten om te komen tot financieel maatwerk. Zij lezen ook dat 95% van de gemeenten een Gemeentepolis aanbieden

¹ Kamerstuk 35 905, nr. 11

als compensatiemaatregel. Zijn er gemeenten die geen compensatiemaatregel(en) aanbieden? Is dit aandeel toegenomen in de afgelopen jaren en om welke redenen zijn gemeenten recent gestopt met het inzetten van een compensatiemaatregel of een Gemeentepolis? In hoeverre geldt het risico dat meer gemeenten die keuze zullen maken indien de gemeentelijke financiën verder onder druk komen te staan? Welke actie onderneemt de Minister hierop?

Welk effect heeft dit op ingezetenen van gemeenten waar geen financieel maatwerk wordt geleverd? Hoe waarborgen gemeenten zonder compensatiemaatregel(en) ondersteuning op maat aan inwoners met een zorgbehoefte en een laag inkomen? Is hiervoor overwogen om de middelen die aan het gemeentefonds zijn toegevoegd specifiek te oormerken voor dit doel?

De leden van de D66-fractie vragen daarnaast of de Minister voorbeelden kan geven van *best practices* door gemeenten in het leveren van maatwerk en op welke wijze deze gedeeld worden tussen gemeenten?

Zij constateren dat veel van de gemeentelijke maatregelen uitgevoerd worden op basis van inkomen in plaats van ziekte of beperking. In hoeverre vindt de Minister dat dit een verbetering of een verslechtering van het maatwerk is ten opzichte van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de Compensatie Eigen Risico (CER)?

Genoemde leden lezen in het onderzoek weinig kwantitatieve informatie over het aantal mensen dat extra geholpen is of de vermindering van zorgkosten voor mensen met een chronische ziekte of beperking. Vindt de Minister dat de afschaffing van de Wtcg en de CER goed geëvalueerd is zonder dat deze vragen goed onderzocht zijn? Heeft de Minister nog aanvullende gegevens over de financiële effecten van het afschaffen van de Wtcg en de CER en het gemeentelijk maatwerk?

De leden van de D66-fractie constateren dat de Gemeentepolis het meest gebruikte compensatiemechanisme is voor gemeenten. Tegelijkertijd is de Minister voornemens om de collectiviteitskorting van de basisverzekering ook bij de Gemeentepolis af te schaffen. Wat zijn de gevolgen van het afschaffen van de collectiviteitskorting van de basisverzekering bij gemeentepolissen? Welk effect heeft dit voor gemeenten? Welk effect heeft dit op ingezetenen met een minima-inkomen?

De leden van de D66-fractie constateren dat cliëntenorganisaties en gemeenten zichzelf een laag cijfer geven voor gemeentelijk maatwerk. Welke acties is de Minister voornemens te doen, of heeft de Minister ondernomen, om gemeentelijk maatwerk te verbeteren?

Deze leden lezen dat jongvolwassenen en ouderen zonder een bijstandsuitkering moeilijk bereikbare groepen zijn. Welke handvatten geeft de Minister aan gemeenten om deze moeilijk bereikbare groepen alsnog te informeren over en te includeren voor compensatiemaatregelen?

De leden van de D66-fractie lezen dat een deel van de gemeenten vanwege privacywetgeving gehinderd worden in het bereiken van de doelgroep. Kan de Minister uiteenzetten waarom dat bij sommige gemeenten wel een probleem is en bij anderen niet? Om welke privacywetgeving gaat het hier? Is er wetswijziging nodig om ervoor te zorgen dat alle gemeenten de juiste doelgroep kunnen gebruiken?

De leden van de D66-fractie constateren dat de inkomensnorm verschilt tussen gemeenten. Waarop baseren gemeenten deze inkomensnorm? Welk effect heeft de verschillende inkomensnorm op ingezetenen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

Wat betreft de verkenning eigen risico naar vaste bedragen hebben de leden van de CDA-fractie enkele verduidelijkende vragen.

Er wordt gesteld dat er bij deze verkenning uitgegaan wordt van de huidige bedragen van het eigen risico: een verplicht eigen risico van 385 euro en een vrijwillig eigen risico van maximaal 885 euro. Kan de Minister aangeven hoeveel verzekerden een vrijwillig eigen risico hebben? Hoe groot is dat bedrag van het vrijwillig eigen risico ongeveer? Hoeveel verzekerden kiezen voor het maximale bedrag en hoeveel verzekerden kiezen voor een lager bedrag?

In het advies wordt gesteld dat jaarlijks ongeveer 870.000 patiënten een traject hebben dat over de jaargrenzen heen loopt. Bij ongeveer 80.000 patiënten wordt het eigen risico aangesproken over een ander jaar dan wanneer de zorg plaatsvindt. Zij ondervinden nadeel. Kan de Minister dit nader toelichten? Welke nadeel wordt hier precies bedoelt? Hoe is de groep van 80.000 patiënten samengesteld? Valt er over deze groep nog meer te zeggen?

Wat betreft de evaluatie naar financieel maatwerk door gemeenten maken de leden van de CDA-fractie graag eveneens gebruik verduidelijkende vragen te stellen.

Gemeenten verwijzen op hun website vaak naar de Gemeentepolis als vervanging van vergoedingen vanuit de Wtgc en CER, maar – zo stellen de onderzoekers – de Gemeentepolis bestond in veel gemeenten al. Dat gemeenten gemeentepolissen aanbieden hangt samen met de hoogte van het inkomen van de burger en niet of men een chronische ziekte of handicap en daardoor veel meer zorgkosten heeft. Dat concluderen de onderzoekers ook: «Zo hanteren gemeenten verschillende inkomensgrenzen om gebruik te kunnen maken van regelingen, hoewel altijd gekoppeld aan het sociaal minimum». Kan de Minister hierop reflecteren? Deelt de Minister het standpunt van genoemde leden dat dit twee verschillende doelgroepen kunnen zijn?

Een grote groep gemeenten geeft ook aan dat zij niet scherp hebben of elke groep die financiële ondersteuning nodig heeft, bereikt wordt. Anderzijds kunnen zij groepen benoemen die buiten de huidige gemeentelijke regelingen vallen. Genoemde leden lezen het zo dat de groep mensen die veel zorg gebruiken, maar lagere middeninkomens hebben, niet goed bereikt worden? Klopt dit?

Als deze leden dit goed gelezen hebben, kan de Minister dan aangeven wat het verschil is met de oude landelijke regelingen (CER en Wtgc) waar niet iedereen bereikt werd? Vindt de Minister dat de inkomensregeling dan beter werkt dan de oude landelijke regeling? Waarom wel of waarom niet?

De onderzoekers stellen dat er in een aantal gemeenten de mogelijkheid is om het eigen risico en/of de eigen bijdrage Wmo mee te verzekeren in de Gemeentepolis. Kan aangegeven worden hoeveel gemeenten dit precies zijn?

De hoogte van een financiële tegemoetkoming verschilt per gemeente. Wat vindt de Minister van het verschil zoals de onderzoekers dit specifiek benoemen, namelijk 80 euro in de gemeente Maastricht en 498 euro in de gemeente Assen. Deelt dit de Minister de stellingname van genoemde leden dat dit een groot verschil is en dus een groot verschil maakt in het levens (zorgportemonnee) van mensen?

Als we de Gemeentepolis en de individuele bijzondere bijstand buiten beschouwing laten, dit zijn immers regelingen waarvoor burgers in aanmerking komen die onder een bepaald inkomensniveau vallen, dan biedt de helft (47%) van de deelnemende gemeenten (129) een individuele financiële tegemoetkoming. Begrijpen deze leden dit goed?

Het gemiddelde cijfer dat cliëntenorganisaties geven voor het leveren van gemeentelijk maatwerk is een 4,1. Ook gezien de lage respons van de cliëntenorganisaties op dit onderzoek, is er een groot verschil tussen cliëntenorganisaties en gemeenten (6,6% of 5,2%) over of de regeling(en) doen wat ze moeten doen, of er maatwerk geleverd wordt. Dat vinden de leden van de CDA-fractie opmerkelijk. Deelt de Minister deze zienswijze? Hoe interpreteert de Minister dit verschil?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de onderhavige stukken en hebben hierover nog een aantal vragen en opmerkingen.

Technische verkenning aanpassing systematiek eigen risico

De leden van de SP-fractie zijn voorstander van de afschaffing van het eigen risico, omdat het eigen risico mensen beboet als zij de pech hebben om ziek te zijn. Is de Minister het met deze leden eens dat het beter zou zijn om het eigen risico gewoon af te schaffen, in plaats van kleine aanpassingen te doen die alleen maar leiden tot meer bureaucratie en meer tweedeling?

Evaluatie financieel maatwerk door gemeenten

De Minister stelt vanaf 2017 structureel 268 miljoen euro beschikbaar aan gemeentes voor financieel maatwerk ten behoeve van financieel maatwerk voor hun ingezetenen in verband met hun kosten van zorg en ondersteuning. De leden van de SP-fractie vragen of dit bedrag wel voldoende is, aangezien het bijna drie keer zo laag is als het geld dat aan de Wtcg en de CER werd uitgegeven en zowel gemeenten als cliëntenorganisaties (relatief) lage rapportcijfers geven voor het leveren van gemeentelijk maatwerk.

Deze leden vragen daarnaast hoeveel van het geld wordt besteed aan uitgaven die toch al werden gedaan. In hoeverre zijn deze regelingen uitgebreid nadat het extra geld vanuit het gemeentefonds kwam?

Genoemde leden vragen de Minister hoe het verschil verklaard kan worden tussen de gemeentes en de cliëntenorganisaties in de mate waarin zij vinden dat mensen die financiële ondersteuning bij zorgkosten nodig hebben goed bereikt worden met de bestaande regelingen? Is dit wellicht een indicatie dat een deel van de gemeentes delen van de doelgroep niet goed in het vizier heeft?

De leden van de SP-fractie lezen dat slechts 15% van de gemeenten iedereen die recht heeft op financiële ondersteuning daar persoonlijk van op de hoogte brengt. Is de Minister bereid om alle gemeenten aan te raden dit te doen, om zo het bereik van de maatregelen te vergroten?

Genoemde leden vragen de Minister hoe gemeenten ondersteund kunnen worden om de doelgroep beter te bereiken?

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief over de verschillende opties om het eigen risico aan te passen. Deze leden hebben een vraag over de financiën. Zo wordt er tegenwoordig ruim 250 miljoen euro gestort in het gemeentefonds, terwijl er daarvoor zo'n 750 miljoen euro beschikbaar was voor tegemoetkomingen van zorgkosten. Klopt het dat er de facto 500 miljoen euro minder wordt uitgeven aan tegemoetkomingen voor zorgkosten van minima?

Genoemde leden hebben verder een vraag over variant 1 van de bekostiging. Een eigen bijdrage per zorggebeurtenis is vergelijkbaar met de systematiek in de ggz vanaf 1 januari. Klopt de aanname van deze leden dat mensen dan meer eigen risico gaan betalen als behandelingen over de jaargrens heen worden gegeven? En hoeveel zou gemiddeld de betaling stijgen van mensen die zorggebruiken?

Tot slot vragen zij de Minister hoeveel geld het zou kosten om zorgkosten die verband houden met een chronische ziekte uit te sluiten van het eigen risico. Is het niet mogelijk om medicijnen die verband houden met chronische aandoeningen na het eerste jaar uit te sluiten van het eigen risico? En ook voor behandelingen binnen de curatieve zorg in den brede, zoals ziekenhuisbezoek, paramedische zorg en wijkverpleging?

II. Reactie van de Minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie vragen of er nog alternatieven, variaties of combinaties mogelijk zijn van de twee varianten die in de verkenning zijn geschetst voor de aanpassing van de systematiek van het eigen risico.

In de verkenning die de Minister voor Medische Zorg en Sport naar de Tweede Kamer op 5 juli 2021 heeft gestuurd² zijn twee varianten opgenomen: een vaste eigen bijdrage per zorggebeurtenis en een vaste eigen bijdrage per diagnose-behandelcombinatie (dbc). Een combinatie van die varianten ligt niet voor de hand, omdat mensen dan dubbel zouden betalen voor één behandeltraject. De focus van de verkenning lag op het invoeren van een vaste eigen bijdrage voor de medisch-specialistische zorg. Naar aanleiding van de aangenomen motie van het lid Paulusman (D66)³ zal de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ook gaan onderzoeken hoe een eigen betaling met een vast bedrag per behandeling te realiseren is binnen het zorgprestatiemodel voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Mogelijk is het ook een optie om het eigen risico ook voor andere sectoren binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) te begrenzen op een vast bedrag per keer. Dat zou nader moeten worden verkend op, waarbij goed moet worden gekeken naar de uitvoerbaarheid voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

² Bijlage bij Kamerstuk 29 689, nr. 1109

³ Kamerstuk 35 905, nr. 11

De leden van de VVD-fractie vragen naar de mogelijkheden tot keuzebegeleiding en informatie over de kosten van zorg die nu al bij kunnen dragen aan het keuzeproces van de zorgvrager. Zij vragen op welke wijze zorgvragers deze informatie mee kunnen nemen in de keuze voor passende zorg en welke nadelen aan deze mogelijkheden kleven.

In de «Monitor Prijstransparantie medische specialistische zorg» heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) aangegeven dat vier zorgverzekeraars – met een gezamenlijk marktaandeel van 87 procent – de contractprijzen tot en met het maximale vrijwillig eigen risico (885 euro) publiceren op hun openbare website. Voor de andere verzekerden is deze informatie op verzoek ook beschikbaar.⁴ De bruikbaarheid van deze informatie is echter beperkt als mensen van tevoren niet precies weten wat voor behandeling zij nodig hebben. Ook moeten verzekerden er zelf actief naar op zoek gaan. Verzekerden blijken van de huidige prijsinformatie dan ook zeer beperkt gebruik te maken. De NZa is op dit moment bezig met een onderzoek naar de achtergrond van het keuzeproces van patiënten: wat is de rol van keuzebegeleiding en informatie over kosten hierbij?

De leden van de VVD-fractie willen graag een overzicht van de voor- en nadelen aan beide varianten die zijn bekeken, namelijk een vaste eigen bijdrage per zorggebeurtenis en een vaste eigen bijdrage per diagnose-behandelcombinatie (dbc).

In de bijlage is een samenvattende tabel opgenomen van de uitkomsten van de technische verkenning van de aanpassing van de systematiek van het eigen risico.

De leden van de VVD-fractie vragen wat de financiële gevolgen kunnen zijn voor patiënten, en specifiek gezien voor de middeninkomens, met name voor een vaste bijdrage per zorggebeurtenis. Kan de Minister ook iets zeggen over de gevolgen voor de nominale premie van de zorgverzekering?

De financiële gevolgen voor patiënten verschillen per persoon. Voor mensen die geen gebruik maken van medisch specialistische zorg veranderen de eigen betalingen niet. Mensen die eenmalig het ziekenhuis bezoeken en weinig andere zorgkosten hebben, gaan naar verwachting minder betalen. Chronisch zieken of mensen die vaak naar het ziekenhuis moeten, zullen hun eigen risico blijven volmaken. Daarbij is geen inzicht in hoe deze zorgkosten verdeeld zijn over verschillende inkomensgroepen.

De precieze gevolgen en daarmee ook de gevolgen voor de nominale premie zijn afhankelijk van de hoogte van de eigen bijdrage en invulling (per zorggebeurtenis of dbc) die wordt gekozen. In algemeenheid geldt dat een lagere opbrengst van het eigen risico gecompenseerd wordt met een hogere nominale premie. Een hoger remgeldeffect kan de nominale premie iets drukken.

De leden van de VVD-fractie vragen of er niet meer gezegd kan worden over de financiële gevolgen op macroniveau.

Voor Zorgkeuzes in Kaart heeft het CPB verschillende varianten van een eigen bijdrage per dbc of per zorggebeurtenis onderzocht voor de medisch-specialistische zorg en ggz.⁵ In Zorgkeuzes in Kaart is ook een inschatting gemaakt van het verwachte effect op de opbrengst van het eigen risico. De verwachte budgettaire gevolgen verschillen per variant.

⁴ Kamerstukken 32 620 en 29 248, nr. 243.

⁵ Bijlage bij Kamerstuk 29 689, nr. 1075.

De meeste varianten leiden tot een lagere opbrengst van het eigen risico. Dit is echter ook in sterke mate afhankelijk van de hoogte van het verplicht eigen risico die gekozen wordt.

In Zorgkeuzes in Kaart zijn de budgettaire effecten doorgerekend onder de aanname dat het eigen risico 385 euro is. Echter, volgens de huidige systematiek stijgt de hoogte van het eigen risico vanaf 2023 mee met de zorguitgaven. Het bevroren of aanpassen van de hoogte van het verplichte eigen risico leidt daarom tot aanvullende budgettaire gevolgen.

Tabel: Effect op de opbrengst van het eigen risico in mln. euro (bron: Zorgkeuzes in Kaart, 2020)

Variant	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Structureel
Variant 1a: € 150 per dbc met verplicht eigen risico van € 385			- 140	- 140	- 140
Variant 1b: € 150 per dbc met verplicht eigen risico van € 885			1.600	1.600	1.600
Variant 2: € 90 per dbc met maximum van 4 trajecten (€ 360)			- 270	- 270	- 270
Variant 3: € 120 per dbc met maximum van 3 trajecten (€ 360)			- 200	- 200	- 200
Variant 4: € 140 voor 1e dbc, € 100 voor 2e dbc, € 80 voor 3e dbc en € 60 voor 4e dbc			- 180	- 180	- 180
Variant 5: € 120 per zorgtraject met maximum van 3 trajecten (€ 360) (a)			- 240	- 240	- 240
Variant 6: € 120 per specialismen met maximum van 3 specialismen (€ 360)			- 260	- 260	- 260

De leden van de VVD-fractie vragen of er meer gezegd kan worden over de gedragseffecten, remgeldeffecten en zorgmijding in de beide varianten. Kan tevens een analyse gegeven worden van de cumulatie van eigen bijdragen in de hele zorgketen?

Er zijn geen studies beschikbaar die specifiek de gedragseffecten/ remgeldeffect en zorgmijding bij een eigen bijdrage per dbc of per zorggebeurtenis hebben onderzocht. Dat maakt het moeilijk inschatten wat de gevolgen zijn van beide varianten.

In Zorgkeuzes in Kaart is wel een modelmatige inschatting gemaakt van het remgeldeffect van verschillende varianten ten opzichte van de huidige systematiek. Daarin is de verwachting opgenomen dat het remgeldeffect van vaste eigen bijdragen sterker is dan in de huidige systematiek, omdat mensen hun eigen risico minder snel volmaken (en zo langer kosten onder het verplicht eigen risico zullen maken), waardoor het remgeldeffect wordt verlengd. De tabel hieronder geeft de inschatting van het remgeldeffect zoals ingeschat in Zorgkeuzes in Kaart. In Zorgkeuzes in Kaart zijn de budgettaire effecten doorgerekend onder de aanname dat het eigen risico 385 euro is. Echter, volgens de huidige systematiek stijgt de hoogte van het eigen risico vanaf 2023 mee met de zorguitgaven. Het bevroren of aanpassen van de hoogte van het verplichte eigen risico leidt daarom tot aanvullende budgettaire gevolgen.

Verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect) in mln. euro (bron: Zorgkeuzes in Kaart, 2020)

Variant	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Structureel
Variant 1a: € 150 per dbc met verplicht eigen risico van € 385			- 200	- 200	- 200
Variant 1b: € 150 per dbc met verplicht eigen risico van € 885			- 2.800	- 2.800	- 2.800
Variant 2: € 90 per dbc met maximum van 4 trajecten (€ 360)			- 200	- 200	- 200
Variant 3: € 120 per dbc met maximum van 3 trajecten (€ 360)			- 200	- 200	- 200
Variant 4: € 140 voor 1e dbc, € 100 voor 2e dbc, € 80 voor 3e dbc en € 60 voor 4e dbc			- 200	- 200	- 200
Variant 5: € 120 per zorgtraject met maximum van 3 trajecten (€ 360) (a)			- 200	- 200	- 200
Variant 6: € 120 per specialismen met maximum van 3 specialismen (€ 360)			- 200	- 200	- 200

De hoogte van de stapeling van eigen bijdragen zal t.o.v. de huidige situatie gelijk blijven of afnemen, aangezien men waarschijnlijk evenveel kosten of minder kosten onder het verplicht eigen risico zal maken.

De leden van de VVD-fractie vragen hoe ik de motie van het lid Paulusma over het eigen risico voor de GGZ ga uitvoeren en wanneer de Kamer de uitkomst kan verwachten.

De motie van het lid Paulusman (D66)⁶ verzoekt de regering, om de NZa te vragen te onderzoeken hoe een eigen betaling met een vast bedrag per behandeling te realiseren is binnen het zorgprestatiemodel, en de Kamer hier het eerste kwartaal van 2022 over te informeren. Hierover is inmiddels overleg geweest tussen VWS en de NZa. De NZa zal dit onderzoek gaan uitvoeren en daarbij ook veldpartijen consulteren.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie vragen naar de voorkeur van verschillende veldpartijen bij de twee varianten voor een alternatief van het eigen risico.

Over de technische verkenning die de Minister voor Medische Zorg en Sport op 5 juli 2021 naar de Tweede Kamer heeft gestuurd over het eigen risico voor de medisch-specialistische zorg⁷ hebben overleggen plaatsgevonden en heeft schriftelijke afstemming plaatsgevonden op ambtelijk niveau met de NZa, Patiëntenfederatie Nederland, de Consumentenbond, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging van Kwaliteitszorgverzekeraars (VRZ).

- De NZa heeft geadviseerd om het eigen risico los te koppelen van de dbc-systematiek en in plaats daarvan te koppelen aan een zorggebeurtenis (variant 1 in de verkenning).⁸
- De Patiëntenfederatie Nederland en de Consumentenbond hebben geen voorkeur uitgesproken voor één van de twee varianten. Zij hechten meer aan een algehele verlaging van het eigen risico en het beperken van de stapeling van zorgkosten dan aan een aanpassing van de systematiek van het eigen risico. Veel chronische patiënten zullen hun eigen risico volmaken. Wel vinden zij meer transparantie vooraf over het bedrag dat mensen zelf moeten betalen wenselijk.

⁶ Kamerstuk 35 905, nr. 11

⁷ Bijlage bij Kamerstuk 29 689, nr. 1109

⁸ Bijlage bij Kamerstuk 29 689, nr. 1072

- ZN en NVZ hebben in de technische verkenning aangegeven dat een eigen bijdrage per zorggebeurtenis (variant 1) voor hen een onbegaanbare weg is. Het opzetten van een tweede administratie, registratie, uitwisseling en inning van eigen risico naast de reguliere declaratiesystematiek vergt grote ICT-investeringen die zij niet in verhouding vinden staan tot de problematiek en ook geen oplossing biedt voor de verzekerde. Met een vaste eigen bijdrage per dbc (variant 2) wordt aangesloten bij de bestaande informatiestromen, waardoor de administratieve lasten veel minder zullen stijgen. Al vragen zij dan ook aandacht voor de proportionaliteit (staat de oplossing in verhouding tot het probleem) en toekomstbestendigheid (geen grote wijziging in systematiek eigen risico als er binnen afzienbare tijd een bekostigingswijziging in de medisch-specialistische zorg is voorzien).
- De VRZ pleit voor vooraf vastgestelde bedragen op basis van dbc's (variant 2), maar sluit vaste eigen bijdragen per zorggebeurtenis (variant 1) niet per definitie uit. Om er zeker van te zijn of iets wel of niet administratief onbegaanbaar is, pleit de VRZ voor onderzoek naar de haalbaarheid, uitvoerbaarheid en kosten van de aanpassing van de systematiek van het eigen risico.

De leden van de D66-fractie vragen of er daarnaast contact is geweest met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)?

De VNG was wel betrokken bij de evaluatie naar financieel maatwerk door gemeenten⁹, maar niet bij de technische verkenning naar een aanpassing van de systematiek van het eigen risico voor de medische-specialistische zorg. Er is voor gekozen om de afstemming over die verkenning te beperken tot een aantal partijen die direct met de medische-specialistische zorg te maken hebben; vertegenwoordigers van patiënten, ziekenhuizen en zorgverzekeraars. De evaluatie naar financieel maatwerk door gemeenten geeft geen aanleiding om aan te nemen dat het maatwerk dat gemeenten leveren heel anders vormgegeven zou moeten worden als de systematiek van het eigen risico wordt aangepast. Het maatwerk vertoont namelijk geen sterke afhankelijkheid van de systematiek van het eigen risico.

De leden van de D66-fractie vragen of vanuit de NZa of zorgpartijen ambitie is om de dbc-systematiek in de toekomst los te laten.

In het advies van de NZa over de bekostiging van de medische-specialistische zorg in 2018¹⁰ adviseerde de NZa nog om het dbc-systeem niet te wijzigen, maar via de contractering in te zetten op afspraken over kwaliteit en uitkomsten binnen de huidige regelgeving. In het advies over passende zorg¹¹ van de NZa en het Zorginstituut zijn ook adviezen opgenomen over de bekostiging en hoe deze meer passende zorg kan ondersteunen. Voor beide adviezen zijn veldpartijen geconsulteerd. In samenspraak met NZa kan een volgend kabinet bekijken welke adviezen opvolging en/of nader onderzoek vergen.

Variant 2: Een vaste eigen bijdrage per dbc

De leden van de D66-fractie vragen wat het beoogde effect is van een eigen betaling per dbc op het starten van een vervolg-dbc voor een ziekenhuisbehandeling en of er bij het betalen van eigen risico per dbc een prikkel bij de patiënt zit om een afspraak binnen de eerste dbc of zelfs

⁹ Bijlage bij Kamerstuk 29 689, nr. 1109

¹⁰ Kamerstuk 29 248, nr. 314

¹¹ Kamerstuk 31 765, nr. 536.

bij de huisarts te laten plaatsvinden om zo een eigen betaling bij een vervolg-dbc te voorkomen.

Het is de vraag of de professional en de patiënt – ook bij de huidige systematiek – bij het maken van een afspraak deze termijnen van de dbc in het oog hebben. Een dbc is over het algemeen geen herkenbaar product voor de patiënt. Het is met name van belang dat de zorg tijdig en op de juiste plaats geleverd wordt.

Mocht het zo zijn dat een controleafspraken ook bij de huisarts plaats kan vinden in plaats van bij de medisch-specialist lijkt mij het een goede ontwikkeling – in het licht van de juiste zorg op de juiste plek – als de patiënt en behandelaar hier in goede samenspraak naar kijken. De genoemde prikkel om een afspraak bij de huisarts te laten plaatsvinden bestaat overigens ook nu al, omdat de kosten dan vaak lager liggen én omdat verzekeraars in de praktijk geen eigen risico in rekening brengen indien medisch-specialistische handelingen worden verricht door de huisarts.¹² Zoals de Tweede Kamer heeft verzoekt in de motie van het lid Van den Berg¹³ zal ik verschillende scenario's uitwerken over de ontwikkeling en de toepassing van het eigen risico bij substitutie van zorg van de tweede naar de eerste lijn.

Daarnaast is er ook een gewenst effect bij deze variant van een eigen bijdrage per dbc. Er blijft namelijk langer gedurende het jaar een prikkel bij verzekerden bestaan om onnodig (duur) zorggebruik te voorkomen.

Ook vragen de leden van de D66-fractie hoeveel vervolg-dbc's er jaarlijks worden gedeclareerd in Nederland die alleen een controlebezoek op de polikliniek bevat.

Uit gegevens van de NZa blijkt dat er in 2019 in totaal 2,6 miljoen vervolgtrajecten met alleen herhaalpolikliniek bezoeken waren van 2,0 miljoen unieke patiënten. Dit betreffen niet alleen fysieke bezoeken aan de polikliniek, maar ook consulten op afstand (zoals belconsulten).

Daarnaast vragen de leden van de D66-fractie of bekend is hoeveel polikliniek bezoeken niet noodzakelijk zijn (zogenaamd hand-schud-consult).

Nee dit is mij niet bekend. Ik ga er ook vanuit dat de patiënt alleen voor een consult op de polikliniek bij een arts komt indien dit medisch gezien ook nodig is.

De leden van de D66-fractie vragen of de NZa een voorkeur heeft aangegeven voor de hoogte van de vaste eigen bijdrage per behandeling. Is het technisch eenvoudiger om te kiezen voor 90 euro, 100 euro of 110 euro?

Nee, de NZa heeft geen voorkeur aangegeven voor de hoogte van de vaste eigen bijdrage per zorggebeurtenis. Hier kan politiek invulling aan worden gegeven. Het verschil tussen een vaste eigen bijdrage van 90 euro, 100 euro of 110 euro voor de uitvoering is beperkt, omdat deze bedragen dicht bij elkaar liggen. Wel geldt in algemene zin dat hoe lager de vaste eigen bijdrage is, des te meer eigen risico inningen er in een kalenderjaar kunnen plaatsvinden voordat het eigen risico is volgemaakt (gegeven de hoogte van het maximale eigen risico). Daarom geldt hoe lager de vaste eigen bijdrage, des te hoger de extra regeldruk voor zorgverzekeraars, verzekerden en mogelijk zorgaanbieders.

¹² Kamerstuk 29 689, nr. 1103 (paragraaf 5).

¹³ Kamerstuk 29 689, nr. 1118.

De leden van de D66-fractie vragen of het technisch mogelijk is om bij de start van een dbc het vaste bedrag (per dbc) te laten innen door de zorgverzekeraar en of het klopt dat dit ook direct bij de patiënt gefactureerd kan worden. Indien dit niet het geval is vragen de leden of dit wel automatisch in te regelen is.

Op het moment dat een patiënt in behandeling komt bij het ziekenhuis en er een dbc geopend wordt, is de zorgverzekeraar hiervan niet op de hoogte. Pas bij het sluiten van de dbc en het declareren door de zorgaanbieder bij de zorgverzekeraar wordt deze hiervan op de hoogte gesteld. Aanpassingen in dit proces leiden, zoals uit de verkenning ook bleek, tot meer administratieve lasten (extra informatiestroom) voor zowel de ziekenhuizen als de zorgverzekeraars.

De leden van de D66-fractie vragen welke varianten zijn onderzocht voor het vrijwillige eigen risico en of het wenselijk is om de vaste eigen bijdrage per dbc te verhogen voor het vrijwillig eigen risico.

Er zijn geen aparte varianten voor het vrijwillig eigen risico onderzocht. Uitgangspunt bij de verkenning die op 5 juli 2021 naar de Tweede Kamer is gestuurd¹⁴, is dat dezelfde systematiek wordt gehanteerd voor zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico. Hiervoor is gekozen, omdat dit de begrijpelijkheid voor verzekerden en de uitvoerbaarheid voor zorgverzekeraars ten goede komt. Als er een andere systematiek of een ander bedrag zou gelden voor het vrijwillig eigen risico is dat lastiger uitlegbaar aan verzekerden, terwijl het doel juist was om de transparantie richting verzekerden te vergroten. Daarnaast zouden zorgverzekeraars in de uitvoering rekening moeten houden met de verschillende systemen of bedragen. Om beide redenen acht ik het wenselijk om de systematiek voor het verplicht en vrijwillig eigen risico gelijk te houden.

De leden van de D66-fractie merken terecht op dat het bij een vaste eigen bijdrage per dbc langer duurt voordat het vrijwillig eigen risico is opgemaakt. Daardoor heeft dat ook invloed op de premiekorting die verzekerden krijgen bij een vrijwillig eigen risico. Omdat de verwachte eigen betalingen van verzekerden (iets) afnemen, zal deze korting – en dus ook het aantal verzekerden dat voor een vrijwillig eigen risico kiest – naar verwachting ook afnemen.

De leden van de D66-fractie vragen wat de financiële gevolgen zouden zijn als alleen een vast bedrag per behandeling (dbc) wordt gevraagd, maar voor andere verrichtingen binnen het eigen risico geen bijdrage meer wordt gevraagd (zoals aanvullend onderzoek via de huisarts of medicatie).

De vraag kan op twee manieren worden geïnterpreteerd: (1) het invoeren van een vaste eigen bijdrage per dbc in de medische-specialistische zorg en (2) het invoeren van een vaste eigen bijdrage per dbc in de medische-specialistische zorg plus het afschaffen van het verplicht eigen risico voor alle overige zorg.

1. Het invoeren van een vaste eigen bijdrage per dbc in de medische-specialistische zorg

Voor Zorgkeuzes in Kaart heeft het CPB verschillende varianten van een eigen bijdrage per dbc of zorggebeurtenis in de medisch-specialistische zorg en ggz onderzocht.¹⁵ Daarbij is zowel een inschatting gemaakt van het verwachte effect op de opbrengst van het eigen risico als het

¹⁴ Bijlage bij Kamerstuk 29 689, nr. 1109

¹⁵ Bijlage bij Kamerstuk 29 689, nr. 1075.

remgeldeffect. Onderstaande tabel toont het totale budgettaire effect per variant.

Tabel: Effect op de netto collectieve zorguitgaven in mln. euro (bron: Zorgkeuzes in Kaart, 2020)

Variant	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Structureel
Variant 1a: € 150 per dbc met verplicht eigen risico van € 385			- 50	- 50	- 50
Variant 1b: € 150 per dbc met verplicht eigen risico van € 885			- 4.500	- 4.500	- 4.500
Variant 2: € 90 per dbc met maximum van 4 trajecten (€ 360)			80	80	80
Variant 3: € 120 per dbc met maximum van 3 trajecten (€ 360)			0	0	0
Variant 4: € 140 voor 1e dbc, € 100 voor 2e dbc, € 80 voor 3e dbc en € 60 voor 4e dbc			- 20	- 20	- 20
Variant 5: € 120 per zorgtraject met maximum van 3 trajecten (€ 360) (a)			50	50	50
Variant 6: € 120 per specialismen met maximum van 3 specialismen (€ 360)			70	70	70

In Zorgkeuzes in Kaart is gekeken naar het invoeren van een vaste eigen bijdrage per dbc of zorggebeurtenis. Vanwege het nieuwe zorgprestatie-model in de ggz vanaf 2022, is een vaste eigen bijdrage per dbc niet meer mogelijk voor de ggz.

Daarnaast zijn de budgettaire effecten doorgerekend onder de aanname dat het eigen risico 385 euro is. Echter, volgens de huidige systematiek stijgt de hoogte van het eigen risico vanaf 2023 mee met de zorguitgaven. Het bevriezen of aanpassen van de hoogte van het verplichte eigen risico leidt daarom tot aanvullende budgettaire gevolgen. In welke mate beide effecten (uitsluitend voor medische-specialistische zorg en bevriezen verplicht eigen risico) de budgettaire reeksen beïnvloeden, moet nader worden onderzocht tussen het CPB en VWS.

2. Het invoeren van een eigen bijdrage per dbc in de medische-specialistische zorg en het afschaffen van het verplicht eigen risico bij alle overige zorg.

Het afschaffen van het verplicht eigen risico voor zorg anders dan medisch-specialistische zorg naast het invoeren van een vaste eigen bijdrage per dbc, heeft aanvullende budgettaire gevolgen. Het structurele totale budgettaire effect van deze maatregel wordt geschat op circa 3,5 miljard euro per jaar. Dit effect bestaat uit (A) de (per saldo) derving van de opbrengst van het eigen risico en (B) het remgeldeffect.

- A. Aangezien mensen minder snel hun verplicht eigen risico volmaken, daalt de opbrengst van het eigen risico structureel met circa 2,1 miljard euro per jaar (uitgaande van een vaste eigen bijdrage van € 100 per dbc).
- B. Een dergelijke verandering van het systeem is dermate ingrijpend, dat het zeer onzeker is wat het bijbehorende remgeldeffect is. Dit is met de huidige rekenmodellen niet te berekenen. In Zorgkeuzes in Kaart heeft het CPB berekend dat het afschaffen van het verplicht eigen risico tot een remgeldeffect van circa 2,1 miljard euro leidt. Indien er nog wel een eigen bijdrage per dbc blijft bestaan, bedraagt de derving van de eigen risico opbrengst circa 53% van de huidige opbrengst. Indien het remgeldeffect gelijk zou zijn aan 53% van het remgeldeffect dat van toepassing is bij het afschaffen van het verplicht eigen risico, zou dat structureel circa 1,4 miljard euro per jaar bedragen. Het is overigens

goed mogelijk dat het remgeldeffect verschilt tussen sectoren, waardoor deze anders uitvalt.

Tabel: Effect op de netto collectieve zorguitgaven in mln. euro

Variant	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Structureel
€ 100 per dbc, afschaffen verplicht eigen risico voor overige zorg w.v. verandering opbrengst eigen risico			3.000	3.200	3.500
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)			1.800	1.900	2.100
			1.200	1.300	1.400

De leden van de D66-fractie vragen welke ICT- en administratieve aanpassingen nodig zijn bij de zorgaanbieders en in hoeverre deze ook ingrijpend zijn.

In de technische verkenning die op 5 juli 2021 naar de Tweede Kamer is gestuurd, is in paragraaf 3.3 ingegaan op de gevolgen die de twee varianten hebben voor de uitvoerbaarheid en administratieve lasten voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Daarin is onder andere opgenomen dat een vaste eigen bijdrage per zorggebeurtenis een veel grotere impact heeft voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars dan een vaste eigen bijdrage per dbc, omdat er een extra informatiestroom moet komen tussen deze partijen. Bij een vaste eigen bijdrage per dbc wordt aangesloten bij bestaande informatiestromen, waardoor de impact kleiner is. Zorgverzekeraars zullen een wijziging van de systematiek van het eigen risico sowieso moeten verwerken in hun ICT en administratieve systemen. Of – en in welke mate – dat ook voor zorgaanbieders geldt, is dus afhankelijk van de invulling die wordt gekozen. Ik heb daar op dit moment geen aanvullende informatie over beschikbaar.

De leden van de D66-fractie vragen wanneer ik een antwoord van de NZa verwacht te ontvangen op de motie van het lid Paulusma over een vaste eigen bijdrage per behandeling in combinatie met het nieuwe zorgprestatie-model van de GGZ. In hoeverre is het technisch mogelijk is om binnen het nieuwe zorgprestatie-model op een vergelijkbare wijze een bedrag te innen per behandeling?

De motie van het lid Paulusma (D66)¹⁶ verzoekt de regering, om de NZa te vragen te onderzoeken hoe een eigen betaling met een vast bedrag per behandeling te realiseren is binnen het zorgprestatie-model, en de Kamer hier het eerste kwartaal van 2022 over te informeren. Hierover is inmiddels overleg geweest tussen VWS en de NZa. De NZa zal dit onderzoek gaan uitvoeren en daarbij ook veldpartijen consulteren. In het onderzoek zal de NZa ook ingaan op de technische mogelijkheden binnen het zorgprestatie-model.

De leden van de D66-fractie vragen om een opsomming van sectoren waar wel een eigen risico geldt, maar waar een vaste eigen bijdrage per dbc tot problemen kan leiden en hoe de eigen betalingen voor deze zorg binnen deze variant passen.

Het invoeren van een vaste eigen bijdrage per dbc is alleen mogelijk voor sectoren waarin voor de bekostiging gewerkt wordt met dbc's, zoals de medisch-specialistische zorg. Voor sectoren zoals de ggz (vanaf volgend jaar niet meer bekostigd met dbc's), genees- en hulpmiddelenzorg en dieetpreparaten, paramedie, eerstelijnsverblijf, geneeskundige zorg voor

¹⁶ Kamerstuk 35 905, nr. 11

specifieke patiëntgroepen, zintuigelijk gehandicapten en mondzorg is een vaste eigen bijdrage per dbc niet mogelijk, omdat de bekostiging niet via een dbc is ingericht. Dat wil niet zeggen dat er in deze sectoren niet met vaste eigen bijdragen gewerkt kan worden, maar deze moeten dan worden gekoppeld aan een andere prestatie of declaratie dan een dbc. Dat zou nader moeten worden verkend, waarbij goed moet worden gekeken naar de uitvoerbaarheid voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Evaluatie financieel maatwerk door gemeenten

De leden van de D66-fractie vragen of er gemeenten zijn die geen compensatiemaatregel(en) aanbieden. Ook willen zij weten of dit aandeel in de afgelopen jaren is toegenomen en welke redenen gemeenten hebben voor het stoppen met de inzet van een compensatiemaatregel of een gemeentepolis.

Het onderzoek van IVO, Platform31, het Verwey-Jonker Instituut en Rebel laat zien dat alle gemeenten die de vragenlijst hebben ingevuld (n=129) ten minste één compensatiemaatregel aanbieden (zie Figuur 1 en Tabel 2.3 uit de bijlage van het rapport). Het onderzoek geeft geen inzicht in de ontwikkeling van het aanbod van compensatiemaatregelen door de jaren heen en de redenen van gemeenten om eventueel te stoppen met het aanbieden van een specifieke compensatiemaatregel.

Wel is bekend dat sommige gemeenten de afgelopen jaren zijn gestopt met het aanbieden van een gemeentepolis, omdat bijvoorbeeld de zorgverzekeraar zich terugtrok. Eén van de redenen hiervoor is dat de samenwerking tussen de verzekeraar, gemeenten, aanbieders en bijvoorbeeld zorgkantoor moeilijker tot stand komt buiten het kernwerkgebied van de verzekeraar.¹⁷ Ook zijn er voorbeelden van gemeenten die zijn gestopt met het aanbieden van een gemeentepolis, omdat zij de voorkeur gaven aan een ander type compensatiemaatregel. Zo zijn er gemeenten die zijn overgestapt op keuzehulp om verzekerden te begeleiden bij het kiezen van de beste passende zorgverzekering en hen helpen bij het benutten van andere compensatiemaatregelen (zoals de zorgtoeslag).

De leden van de D66-fractie vragen in hoeverre het risico geldt dat meer gemeenten die keuze zullen maken indien de gemeentelijke financiën verder onder druk komen te staan. Welke actie onderneemt de Minister hierop?

Binnen de wettelijke kaders hebben gemeenten de beleidsvrijheid om keuzes te maken, waardoor specifieke doelgroepen bereikt kunnen worden en waar nodig ondersteuning op maat geboden kan worden passend bij de lokale omstandigheden. De verantwoording van deze keuzes vindt plaats aan de gemeenteraad en niet aan de Minister van VWS. Ik heb dan ook geen aanleiding om hierop te acteren, mits de keuzes binnen de wettelijke kaders vallen. Ik blijf met de VNG in overleg over de financiële druk die gemeenten ervaren.

De leden van de D66-fractie vragen hoe gemeenten zonder compensatiemaatregel(en) ondersteuning op maat aan inwoners met een zorgbehoefte en een laag inkomen borgen.

¹⁷ Zie Aanhangsel Handelingen II 2019/20, nr. 3796

Het onderzoek van IVO, Platform31, het Verwey-Jonker Instituut en Rebel laat zien dat alle gemeenten die de vragenlijst hebben ingevuld (n=129) ten minste één compensatiemaatregel aanbieden (zie Figuur 1 en Tabel 2.3 uit de bijlage van het rapport).

De leden van de D66-vragen of is overwogen om de middelen die aan het gemeentefonds zijn toegevoegd specifiek te oormerken voor dit doel?

Met het decentrale stelsel in de Wmo hebben gemeenten beleidsruimte gekregen om keuzes te maken over de vormgeving van hun beleid. Een geoormerkt budget past hier niet bij.

De leden van de D66-fractie vragen om voorbeelden van best practices in het leveren van maatwerk. Ook vragen zij op welke wijze deze best practices gedeeld kunnen worden tussen gemeenten.

Op 12 oktober 2020 is een onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut naar de maatregelen die gemeenten en zorgverzekeraars kunnen nemen om ongewenste zorgmijding vanwege financiële redenen tegen te gaan naar uw Kamer gestuurd.¹⁸ Dit onderzoek deelt denkrichtingen en aanbevelingen om gemeenten te inspireren zorgmijding in een breder perspectief te plaatsen en zo passende maatregelen te nemen. Het onderzoeksbureau heeft bijvoorbeeld gekeken naar maatregelen die zich richten op het vergroten van het kennisniveau rondom (het kiezen van) zorgverzekeringen en compensatiemaatregelen. Ook besteedt het aandacht aan lokale maatregelen waar het contact tussen de zorgverlener en kwetsbare verzekerden centraal staat. De zorgverlener speelt bij deze maatregelen een rol om in te schatten welke ondersteuning nodig is om ongewenste zorgmijding vanwege financiële redenen te voorkomen.

Vervolgens heeft op 10 december 2020 het webinar «Maatregelen tegengaan ongewenste zorgmijding als gevolg van geldzorgen» plaatsgevonden. Doel van het webinar was gemeenten te inspireren ten aanzien van de maatregelen die zij kunnen nemen om ongewenste zorgmijding tegen te gaan. Tijdens het webinar zijn onder andere de belangrijkste resultaten van onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut besproken. Daarnaast was er aandacht voor de gemeentepolis en het onderwerp «Financiën in de spreekkamer». Dit was overigens niet de eerste keer dat er een conferentie heeft plaatsgevonden over dit thema. In 2017 hebben werkconferenties plaatsgevonden over de rol van gemeenten bij de informatievoorziening over eigen betalingen en het voorkomen van ongewenste zorgmijding.¹⁹

De leden van de D66-fractie constateren dat veel van de gemeentelijke maatregelen uitgevoerd worden op basis van inkomen in plaats van ziekte en beperking en vragen zich daarom af in hoeverre er sprake is van een verbetering of een verslechtering van maatwerk ten opzichte van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de Compensatie eigen risico (CER).

Uit het onderzoek van IVO, Platform31, het Verwey-Jonker Instituut en Rebel komt naar voren dat gemeenten over het algemeen vinden dat hun lokale regelingen effectiever zijn dan de Wtcg en de CER waren, omdat de doelgroep beter bereikt wordt. De doelgroep van de regelingen bestaat vrijwel altijd uit mensen met hoge zorgkosten en een laag inkomen. De meeste gemeenten hanteren hierbij een inkomensgrens van 110 tot 130 procent van het minimuminkomen. Gemeenten beschouwen de lokale

¹⁸ Kamerstuk 29 689, nr. 1081

¹⁹ Kamerstuk 29 689, nr. 846

regeling(en) als mogelijkheid om, indien nodig, ondersteuning op maat te bieden aan inwoners met een zorgbehoefte en een laag inkomen. De mate waarin financieel maatwerk geboden kan worden verschilt wel per regeling. Met een gemeentepolis is minder ruimte voor maatwerk. Gemeenten gebruiken daarom ook individuele financiële tegemoetkomingen of de bijzondere bijstand om tot maatwerk te komen.

De leden van de D66-fractie geven aan weinig kwantitatieve informatie in het onderzoek terug te lezen over het aantal mensen dat extra geholpen is en de vermindering van de zorgkosten voor mensen met een chronische ziekte of beperking. Zij vragen daarom of de afschaffing goed geëvalueerd is zonder dergelijke informatie en of er nog aanvullende gegevens zijn over de financiële effecten van de afschaffing van de Wtgc en de CER.

Voor het onderzoek is een vragenlijst uitgezet onder gemeenten en cliëntenorganisaties. Daarnaast hebben er casestudies plaatsgevonden in zes geselecteerde gemeenten. Deze onderzoeksmethoden maakten het mogelijk om onder andere inzichtelijk te krijgen welke maatregelen gemeenten hebben genomen om te komen tot financieel maatwerk en in welke mate de omslag is gemaakt van ongerichte automatische tegemoetkoming naar maatwerk toegesneden op de persoonlijke situatie van de burger. Er zijn verder geen aanvullende gegevens over de financiële effecten beschikbaar.

Het is aan gemeenten om – afgestemd op de lokale omstandigheden – keuzes te maken over de inrichting van hun financieel maatwerk. Het is verder niet aan de rijksoverheid om dit gedetailleerd te monitoren, aangezien hier een taak ligt voor de gemeenteraad. Daarom is gekozen voor een onderzoek op hoofdlijnen.

De leden van de D66-fractie vragen naar de gevolgen van de afschaffing van de collectiviteitskorting voor de basisverzekering op de gemeentepolis. Zij willen hierbij weten wat de effecten zijn voor gemeenten en voor ingezetenen met een minima-inkomen.

Afschaffing van de collectiviteitskorting hoeft zeker niet te betekenen dat de gemeentepolis verdwijnt. Het blijft voor gemeenten en zorgverzekeraars mogelijk om een gemeentepolis overeen te komen, waarbij de gemeente een premiebijdrage kan verstrekken en de zorgverzekeraar een premiekorting op de aanvullende verzekering.

De collectiviteitskorting op de basisverzekering wordt afgeschaft, omdat deze korting gefinancierd wordt via een opslag op de premie en niet op basis van een besparing op de zorguitgaven, zoals de Zorgverzekeringswet bedoeld heeft. De premie wordt eerst verhoogd om deze verhoging vervolgens aan sommigen terug te geven alsof het een korting is. De gemiddelde collectiviteitskorting op de zorgverzekeringsmarkt bedroeg in 2020 4,0 procent, terwijl de gemiddelde collectiviteitskorting voor gemeentepolissen 2,8 procent was. Gemiddeld genomen betalen mensen met een gemeentepolis dus via een premieopslag mee aan de hoge collectiviteitskortingen op de markt. Na de afschaffing van de collectiviteitskorting zullen zij niet meer geconfronteerd worden met deze opslag.

De leden van de D66-fractie vragen naar de acties om gemeentelijk maatwerk te verbeteren.

Ik zal in gesprek gaan met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) over de uitkomsten van het onderzoek van IVO Platform31, het Verwey-Jonker Instituut en Rebel. Hierbij zal ik bespreken op welke wijze gemeentelijk maatwerk verder verbeterd kan worden.

De leden van de D66-fractie vragen welke handvatten ik aan gemeenten geef om moeilijk bereikbare groepen, zoals jongvolwassenen en ouderen zonder bijstandsuitkering alsnog te informeren over en te includeren voor compensatiemaatregelen.

Ik zal met de VNG in gesprek gaan over de uitkomsten van het onderzoek en hierbij het verzoek doen om dit bij gemeenten onder de aandacht te brengen

De leden van de D66-fractie vragen of ik uiteen kan zetten waarom privacywetgeving bij sommige gemeenten wel een probleem is voor het bereiken van de doelgroep en bij anderen niet? Om welke privacywetgeving gaat het hier? Is er wetswijziging nodig om ervoor te zorgen dat alle gemeenten de juiste doelgroep kunnen gebruiken?

Het onderzoek geeft in algemene zin aan dat gemeenten geen inzicht hebben «in het inkomen van inwoners» en dat zij zoeken naar manieren om gegevens te koppelen «binnen de grenzen van de privacywetgeving.» Meer in concreto zal hier bedoeld worden op de Algemene verordening gegevensbescherming op basis waarvan verschillende gemeentelijke databases niet gekoppeld mogen worden of moeilijk te koppelen zijn. Het onderzoek geeft aan dat enkele gemeenten de randen van de privacywetgeving opzoeken om toch een grotere groep te kunnen bereiken.

Het is bekend dat een overkoepelende wettelijke regeling voor domein-overstijgende verwerking van persoonsgegevens in het sociaal domein ontbreekt. De Autoriteit Persoonsgegevens constateerde dit al in 2016. Binnen het sociaal domein kunnen gemeenten dit probleem bovendien niet ondervangen door toestemming te vragen aan betrokkenen voor het verwerken van hun gegevens. Dit is ingegeven door de veronderstelling dat die toestemming in situaties waarin burgers afhankelijk zijn van de gemeente voor ondersteuning, niet in vrijheid gegeven kan worden. De regering beaamt dat dit leidt tot belemmeringen voor gemeenten in het realiseren van een gecoördineerde aanpak van meervoudige problematiek en het leveren van maatwerk binnen het sociaal domein. Deze situatie is onwenselijk. In dat licht kondigde de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) in 2019 aan dat wetgeving noodzakelijk wordt geacht. Een wetsvoorstel is thans in voorbereiding; het is in de zomer 2021 voor advies voorgedragen aan de Raad van State.

De leden van de D66-fractie welke effect de verschillende inkomensnormen die gemeenten hanteren hebben op ingezetenen en waarom gemeenten deze inkomensnorm baseren.

De keuze waarop gemeenten de inkomensnorm baseren is vrij. Hier geldt geen voorschrift vanuit het Rijk. Het gevolg van de verschillende inkomensnormen is dat er verschillen bestaan tussen gemeenten, net als voor andere onderdelen in de Wmo.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie vragen hoeveel verzekerden een vrijwillig eigen risico hebben, hoeveel verzekerden kiezen voor het maximale bedrag en hoeveel verzekerden kiezen voor een lager bedrag.

In de Zorgthermometer «Verzekerden in beeld 2021»²⁰ van Vektis is te zien dat 13,1% van de verzekerden ervoor heeft gekozen om in 2021 zijn eigen risico te verhogen. Van die groep heeft driekwart gekozen voor de maximale verhoging van 500 euro. In onderstaande tabel staan ook de percentages voor de andere mogelijke bedragen voor het vrijwillig eigen risico (in de tweede kolom als percentage van het totaal aantal verzekerden en in de derde kolom als percentage binnen de groep verzekerden die heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico).

Tabel: keuzes rondom het vrijwillig eigen risico (bron: Vektis)

Vrijwillig eigen risico	Aandeel	Verdeling hoogte vrijwillig eigen risico
Geen vrijwillig eigen risico	86,9%	
Wel vrijwillig eigen risico	13,1%	
– Verhoging van € 100 naar € 485	1,2%	9,4%
– Verhoging van € 200 naar € 585	1,2%	9,4%
– Verhoging van € 300 naar € 685	0,6%	4,7%
– Verhoging van € 400 naar € 785	0,2%	1,3%
– Verhoging van € 500 naar € 885	9,9%	75,2%

De leden van de CDA-fractie vragen om een toelichting op de cijfers over mensen die een behandeltraject hebben dat over de jaargrens loopt en daarvan nadeel ondervinden. Zij vragen welk nadeel wordt bedoeld en hoe de groep die nadeel ondervindt is samengesteld.

In haar advies geeft de NZa aan dat jaarlijks 870.000 mensen een zorgtraject hebben dat over een kalenderjaargrens heen loopt. De meeste mensen ondervinden geen financieel nadeel van de huidige systematiek en voor 105.000 mensen pakt het zelfs gunstig uit. Er zijn echter ook 80.000 mensen die er wel nadeel van ondervinden. Daarmee wordt met nadeel bedoeld dat bij hen het eigen risico wordt aangesproken over een ander jaar dan wanneer de zorg plaatsvindt. NZa doet in haar advies geen uitspraken over de samenstelling van de groep. Alleen is af te leiden dat het gaat om mensen die gebruik hebben gemaakt van medisch-specialistische zorg én vermoedelijk grotendeels niet om chronisch zieken. Veel chronisch zieken maken hun eigen risico namelijk gedurende het jaar al vol. Als het eigen risico eenmaal is volgemaakt, maakt het niet uit als er nog extra kosten aan dat jaar worden toegerekend.

De leden van de CDA-fractie vragen of ik deel dat mensen met een laag inkomen en mensen met een chronische ziekte of handicap twee verschillende doelgroepen zijn en vragen mij te reflecteren op de bevindingen van de onderzoekers dat gemeenten vooral gemeentepolissen aanbieden die samenhangen met de hoogte van het inkomen van de burger.

Ik deel met de genoemde leden, dat dit twee verschillende doelgroepen kunnen zijn. De ene gemeentepolis is echter niet de andere. Eerder onderzoek laat zien dat de keuzevrijheid ten aanzien van de aanvullende verzekering van de gemeentepolis vanaf 2015 – het jaar na de afschaffing van de Wtcg en de CER – aanzienlijk is toegenomen. Waar in 2014 nog ongeveer de helft van de gemeenten slechts één aanvullende verzekering aanbood, is dit in 2020 nog slechts bij een tiende van de gemeenten het geval.²¹ Chronisch zieken hebben dus de mogelijkheid om andere aanvullende verzekeringen te kiezen bij de gemeentepolis dan niet-chronisch zieken.

²⁰ Zorgthermometer Verzekerden in Beeld_2021_v3.indd (vektis.nl)

²¹ Kamerstuk 29 689, nr. 1081.

De leden van de CDA-fractie vragen of het klopt dat de groep mensen die veel zorg gebruikt en een laag middeninkomen heeft niet goed wordt bereikt.

Het staat gemeenten vrij om te bepalen op welke doelgroep zij zich richten met hun maatregelen. Het onderzoek van IVO, Platform31, het Verwey-Jonker Instituut en Rebel laat inderdaad zien dat de doelgroep vrijwel altijd bestaat uit mensen met hoge zorgkosten en een laag inkomen. De meeste gemeenten hanteren hierbij een inkomensgrens van 110 tot 130 procent van het minimuminkomen.

Aan het begin van deze Kabinetsperiode is aangegeven dat er vooral bij mensen die bijvoorbeeld vanwege hun middeninkomen geen beroep kunnen doen op de gemeentelijke regelingen sprake is van een stapeling van zorgkosten.²² Er zijn vervolgens verschillende maatregelen genomen om de stapeling van zorgkosten voor hen te verminderen. Zo pakken de maatregelen in de Wlz en de introductie van het abonnementstarief gunstig uit voor de middeninkomens.²³

De leden van de CDA-fractie vragen naar het verschil met de Wtcg en de CER waarmee niet iedereen bereikt werd. Zij willen weten of en waarom de huidige regeling beter werkt dan de oude landelijke regeling.

Per 1 januari 2014 zijn de Wtcg en de CER afgeschaft, omdat het lastig bleek te zijn om de doelgroep van de Wtcg en de CER op de juiste wijze vast te stellen. Zo waren er mensen die geen extra zorgkosten hadden maar wel een tegemoetkoming vanuit de Wtcg en/of de CER ontvingen, terwijl er ook mensen waren die wel extra zorgkosten maakten, maar geen tegemoetkoming ontvingen. Zo kon het ook zijn dat er mensen waren die hun eigen risico niet (volledig) vol maakten en toch een compensatie kregen en mensen die hun eigen risico jaar in jaar uit vol maakten maar geen compensatie kregen.

De maatwerkbeoordeling die gemeenten kunnen uitvoeren werd gezien als belangrijkste meerwaarde van de wijziging. Gemeenten zijn vrij om te bepalen of, en zo ja op welke wijze en in welke mate, zij de middelen inzetten. Deze beleidsruimte stelt gemeenten in staat hun verantwoordelijkheid te nemen op een wijze die zo goed mogelijk aansluit op de lokale omstandigheden en de persoonlijke situatie van hun ingezetenen. De verwachting was dat gemeenten beter in staat zijn de doelgroep te bereiken dan de Wtcg en de CER deden, waardoor de ondersteuning gericht wordt. En uit het onderzoek van IVO, Platform31, het Verwey-Jonker Instituut en Rebel komt ook daadwerkelijk naar voren dat gemeenten over het algemeen vinden dat hun lokale regelingen

effectiever zijn dan de Wtcg en de CER waren, omdat de doelgroep beter bereikt wordt. Zij beschouwen de lokale regeling(en) als mogelijkheid om, indien nodig, ondersteuning op maat te bieden aan inwoners met een zorgbehoefte en een laag inkomen.

De leden van de CDA-fractie vragen hoeveel gemeenten de mogelijkheid bieden om het eigen risico en/of de eigen bijdrage Wmo mee te verzekeren in de gemeentepolis.

²² Kamerstukken 34 104 en 29 538, nr. 199.

²³ Kamerstuk 35 093, nr. 29.

Op 12 oktober 2020 is een uitgebreid onderzoek van Zorgweb met feiten over de gemeentepolis naar uw Kamer gestuurd.²⁴ Dit onderzoek laat zien dat in 2020 circa 61 procent van de gemeenten een gemeentepolis aanbiedt met regelingen rondom het eigen risico (herverzekering dan wel gespreid betalen). Dit percentage is de afgelopen jaren gestegen, want in 2012 ging het nog om 7,5 procent van de gemeenten. Daarnaast laat dit onderzoek van Zorgweb zien dat in 2020 bij 87 procent van de uitgebreide gemeentepolissen extra dekking²⁵ ten aanzien van de eigen bijdrage van de Wmo is opgenomen.

De leden van de CDA-fractie vragen wat ik vind van de verschillen in de omvang van de financiële tegemoetkoming tussen gemeenten.

Binnen de wettelijke kaders hebben gemeenten de beleidsvrijheid om keuzes te maken die passen bij de lokale situatie. De verantwoording van deze keuzes vindt plaats aan de gemeenteraad en niet aan de Minister van VWS.

De leden van de CDA-fractie vragen of het klopt dat de helft (47 procent) van de deelnemende gemeenten een individuele financiële tegemoetkoming bieden, als de gemeentepolis en de individuele bijzondere bijstand buiten beschouwing blijven. Zij merken hierbij op dat de gemeentepolis en de individuele bijzondere bijstand regelingen zijn waarvoor burger in aanmerking komen die onder een bepaald inkomensniveau vallen.

Het klopt dat circa 47 procent van de gemeenten gebruikmaakt van een individuele financiële tegemoetkoming. Hierbij kan het bijvoorbeeld gaan om een extra tegemoetkoming voor het eigen risico of de premie voor de aanvullende verzekering. Ook voor deze individuele financiële tegemoetkomingen gelden toegangscriteria, waarbij inkomensgrenzen het vaakste gebruikt worden (zie voor meer informatie Tabel 4 van het onderzoek van IVO, Platform31, het Verwey-Jonker Instituut en Rebel).

De leden van de CDA-fractie wijzen op het grote verschil in het rapportcijfer dat gemeenten versus cliëntenorganisaties geven voor het gemeentelijk maatwerk. Zij vinden dit opmerkelijk en vragen of de Minister deze zienswijze deelt en hoe het verschil geïnterpreteerd kan worden.

Het klopt dat er een groot verschil zit in het rapport dat gemeenten versus cliëntenorganisaties geven voor het financieel maatwerk. In totaal hebben echter slechts 15 cliëntenorganisaties (van de 65 aangeschreven cliëntenorganisaties) de vragenlijst ingevuld. De onderzoeksbureaus hebben bij de antwoorden van de cliëntenorganisaties opgemerkt dat deze gegeven de lage respons met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Het kan immers zo zijn dat voornamelijk de relatief ontevreden cliëntenorganisaties de vragenlijst hebben ingevuld. Daarom kunnen er geen (harde) conclusies getrokken worden op basis van de antwoorden van de cliëntenorganisaties.

²⁴ Kamerstuk 29 689, nr. 1081.

²⁵ Dit percentage is berekend ten opzichte van de onderliggende «reguliere» aanvullende verzekeringen. Zie voor meer informatie tabel 9 van het Zorgweb-onderzoek «»Fact-finding Gemeentelijke collectiviteiten»».

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

Technische verkenning aanpassing systematiek eigen risico

De leden van de SP-fractie vragen of het niet beter is om het eigen risico af te schaffen.

Nee daar ben ik het niet mee eens. De financiering van de zorg kent een grote mate van solidariteit; als je gezond bent, betaal je mee voor wie ziek is; als je jong bent, betaal je mee voor ouderen; en als je veel verdient, betaal je mee voor mensen met lage inkomens. Juist om het draagvlak voor die solidariteit te bewaren, vragen we ook wat extra aan de mensen die gebruik maken van de zorg. Zij betalen eigen risico. Vergeleken met de ons omringende, vergelijkbare landen zijn de eigen betalingen in Nederland laag; circa 11% van de totale zorguitgaven. Dat is iets hoger dan Frankrijk (9%) maar een stuk lager dan in bijvoorbeeld België (18%) en Zwitserland (25%). Het afschaffen van het eigen risico kost structureel zo'n 6 miljard euro en heeft tot gevolg dat de nominale premie voor alle volwassenen stijgt (met ongeveer 300 euro per jaar), dat de zorgkosten nog harder stijgen omdat mensen zich minder bewust zullen zijn van de kosten (met ruim 2 miljard euro) en dat de werkgeverslasten stijgen (met ruim 1 miljard euro). Dit alles vind ik niet gewenst.

Evaluatie financieel maatwerk door gemeenten

De leden van de SP-fractie vragen of het bedrag van 268 miljoen euro dat beschikbaar is voor gemeenten om te komen tot financieel maatwerk voldoende is, aangezien het drie keer zo laag is als de uitgaven aan de Wtcg en de CER en gemeenten en cliëntenorganisaties (relatief) lage rapportcijfers geven voor het leveren van gemeentelijk maatwerk.

Het is niet zo dat het bedrag beschikbaar is om de financiële toegankelijk tot zorg te borgen drie keer lager is dan de uitgaven aan de Wtcg en de CER waren. Bij de afschaffing van de Wtcg en de CER was sprake van een netto besparing van 375 miljoen euro (vanaf 2017). Het bedrag dat resteerde is deels naar gemeenten gegaan (268 miljoen euro), maar daarnaast is destijds besloten om bewoners in een intramurale instelling direct in de hoogte van de eigen bijdrage te compenseren en de fiscale regeling, inclusief de Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten (TSZ-regeling), in aangepaste vorm te continueren.²⁶

Desalniettemin laat het onderzoek van IVO, Platform31, het Verwey-Jonker Instituut en Rebel laat zien dat gemeenten over het algemeen vinden dat hun lokale regelingen effectiever zijn dan de Wtcg en de CER waren, omdat de doelgroep beter bereikt wordt. Zij beschouwen de lokale regeling(en) als mogelijkheid om, indien nodig, ondersteuning op maat te bieden aan inwoners met een zorgbehoefte en een laag inkomen.

De leden van de SP-fractie vragen hoeveel van het geld wordt besteed aan uitgaven die toch al werden gedaan. In hoeverre zijn deze regelingen uitgebreid nadat het extra geld vanuit het gemeentefonds kwam?

De middelen die gemeenten ontvangen voor de Wmo 2015, waarbinnen het financieel maatwerk valt, zijn niet geoormerkt en kunnen naar eigen inzicht worden ingezet. Er bestaat geen inzicht welk deel daadwerkelijk wordt ingezet om mensen financieel te ondersteunen ten aanzien van hun zorgkosten. Uit het onderzoek blijkt wel dat de gemeenten in de afschaffing van de Wtcg en de Cer aanleiding zagen om bestaande

²⁶ Kamerstuk 33 726, nr. 7.

afspraken rond collectieve zorgverzekeringen tegen het licht te houden en opnieuw te beoordelen gelet op de nieuwe verantwoordelijkheden en het extra budget. Dit leidde tot veranderingen, bijvoorbeeld: een hogere bijdrage van de gemeente; een aanvullende regeling, verruiming bijzondere bijstand, keuze tussen verschillende polissen en verzekeraars en meeverzekeren van het eigen risico en de eigen bijdrage Wmo in de Gemeentepolis.

De leden van de SP-fractie vragen hoe het verschil verklaard kan worden tussen gemeenten en cliëntenorganisaties ten aanzien van de mate waarin mensen die financiële ondersteuning nodig hebben goed bereikt worden. Zij vragen zich af of dit een indicatie is dat een deel van de gemeenten de doelgroep niet goed in het vizier heeft.

In totaal hebben slechts 15 cliëntenorganisaties (van de 65 aangeschreven cliëntenorganisaties) de vragenlijst ingevuld. De onderzoeksbureaus hebben bij de antwoorden van de cliëntenorganisaties opgemerkt dat deze gegeven de lage respons met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Het kan immers zo zijn dat voornamelijk de relatief ontevreden cliëntenorganisaties de vragenlijst hebben ingevuld. Daarom kunnen er geen (harde) conclusies getrokken worden op basis van de antwoorden van de cliëntenorganisaties.

De leden van de SP-fractie geven aan dat slechts 15 procent van de gemeenten iedereen die recht heeft op financiële ondersteuning daar persoonlijk van op de hoogte stelt. De leden van de SP-fractie vragen of de Minister bereid is om alle gemeenten aan te raden mensen die recht hebben op financiële ondersteuning hier persoonlijk van op de hoogte te brengen, zodat het bereik van de maatregelen wordt vergroot.

Het onderzoek laat zien dat 15 procent van de gemeenten iedereen die recht heeft op de financiële ondersteuning daar persoonlijk van op de hoogte brengt. Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat 55 procent van de gemeenten dit in een persoonlijk gesprek (met bijvoorbeeld een hulpverlener, wijkteammedewerker en/of sociale dienst) ter sprake brengt.

Ik zal in gesprek gaan met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) over de uitkomsten van het onderzoek van IVO Platform31, het Verwey-Jonker Instituut en Rebel. Hierbij zal ik de informatievoorziening rondom de maatregelen meenemen.

De leden van de SP-fractie vragen hoe gemeenten beter ondersteund kunnen worden om de doelgroep te bereiken.

Het staat gemeenten vrij om zelf te bepalen op welke wijze zij de doelgroep van hun maatregelen bereiken. De afgelopen jaren hebben er diverse conferenties plaatsgevonden om onderling ideeën hierover uit te wisselen.²⁷

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of het klopt dat er de facto 500 miljoen euro minder wordt uitgegeven aan tegemoetkomingen voor zorgkosten van minima, aangezien er circa 250 miljoen gestort wordt in het Gemeentefonds en er daarvoor nog 750 miljoen euro beschikbaar was voor tegemoetkomingen van zorgkosten.

²⁷ Kamerstuk 29 689, nr. 846 en Kamerstuk 29 689, nr. 1081.

Bij de afschaffing van de Wtcg en de CER was sprake van een netto besparing van 375 miljoen euro (vanaf 2017). Het bedrag dat resteerde is deels naar gemeenten gegaan (268 miljoen euro), maar daarnaast is destijds besloten om bewoners in een intramurale instelling direct in de hoogte van de eigen bijdrage te compenseren en de fiscale regeling, inclusief de Tegemoetkoming Specifieke Zorgkosten (TSZ-regeling), in aangepaste vorm te continueren.²⁸

Overigens betalen sociale minima nu gemiddeld minder voor hun zorgverzekering dan in 2014 (465 euro in 2014 versus 418 euro in 2021). Dat komt omdat zij naast gemeentelijk maatwerk ook zorgtoeslag kunnen ontvangen als tegemoetkoming voor de nominale premie en het eigen risico.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of hun aannahme klopt dat mensen meer eigen risico gaan betalen bij een vaste eigen bijdrage per zorggebeurtenis als behandelingen over de jaargrens heen worden gegeven. Ook vragen zij hoeveel de betaling gemiddeld zou stijgen?

Die situatie kan zich inderdaad voordoen als mensen een behandeltraject hebben dat over de kalenderjaargrens heen loopt en zij verder in beide jaren weinig of geen anderen zorgkosten hebben. En als er in beide jaren een zorggebeurtenis plaatsvindt waarvoor een vaste eigen bijdrage geldt, dan betalen zij in beide jaren een eigen bijdrage. Of ze per saldo meer of juist minder betalen dan onder de huidige systematiek hangt af van de bedragen die worden gekozen en aan welke (en hoeveel) zorggebeurtenissen een vaste eigen bijdrage wordt gekoppeld. De gevolgen op individueel niveau van de invoering van een vaste eigen bijdrage per zorggebeurtenis zijn niet gekwantificeerd. Daarom kan geen uitspraak worden gedaan over de verandering van de gemiddelde eigen betaling.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoeveel geld het zou kosten om zorgkosten die verband houden met een chronische ziekte uit te sluiten van het eigen risico. Is het niet mogelijk om medicijnen die verband houden met chronische aandoeningen na het eerste jaar uit te sluiten van het eigen risico? En ook voor behandelingen binnen de curatieve zorg in den brede, zoals ziekenhuisbezoek, paramedische zorg en wijkverpleging?

Het is niet inzichtelijk welk deel van de opbrengst van het eigen risico verband houdt met een chronische ziekte. Daarmee is niet in te schatten wat de budgettaire gevolgen zijn van het uitsluiten van deze kosten van het eigen risico.

Ervaringen met de Wtcg en CER laten zien dat het erg lastig is om op landelijk niveau de doelgroep op de juiste wijze vast te stellen, laat staan dat het mogelijk is om onderscheid te maken tussen de zorgkosten die wel en geen verband houden met hun chronische aandoening. Zo waren er mensen die geen extra zorgkosten hadden maar wel een tegemoetkoming vanuit de Wtcg en/of de CER ontvingen, terwijl er ook mensen waren die wel extra zorgkosten maakten, maar geen tegemoetkoming ontvingen. Zo kon het ook zijn dat er mensen waren die hun eigen risico niet (volledig) vol maakten en toch een compensatie kregen en mensen die hun eigen risico jaar in jaar uit vol maakten maar geen compensatie kregen. Ook voor verzekeraars zou het niet uitvoerbaar zijn om onderscheid te maken tussen kosten die samenhangen met een chronische aandoening en overige zorgkosten. Het is aan een volgend kabinet om een standpunt in te nemen over de toekomst van het eigen risico.

²⁸ Kamerstuk 33 726, nr. 7.