

Nr. 1254 Verslag van een schriftelijk overleg

Vastgesteld 13 juni 2024

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 8 mei 2024 over analyse monitor stapeling eigen bijdragen (Kamerstuk 29 689, nr. 1248).

De vragen en opmerkingen zijn op 23 mei 2024 aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 13 juni 2024 zijn de vragen, mede namens de minister voor Medische Zorg en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, beantwoord.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Agema

Adjunct-griffier van de commissie,
Abma-Mom

Inhoudsopgave**I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties****Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie****Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie****Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie****Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie****Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie****Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie****II. Reactie van de minister**

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief over Analyse monitor stapeling eigen bijdragen en hebben daarover nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de PVV-fractie zijn verheugd dat in het hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat het eigen risico meer dan gehalveerd gaat worden, dit zal aanzienlijk schelen in de stapeling van de zorgkosten.

De leden van de PVV-fractie hebben nog enkele vragen over stapelfacturen. Hoe komt het dat de minister geen zicht heeft op zogenoemde stapelfacturen? Is de minister bekend met het artikel dat bijna één op de drie inwoners met Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)- of Wet langdurige zorg (Wlz) stapelfacturen voor eigen bijdrage ontvangt?^{1*} Is de minister het met de leden van de PVV-fractie eens dat stapelfacturen van meerdere maanden tegelijk onwenselijk zijn? Welke maatregelen heeft de minister genomen om stapelfacturen te voorkomen? Welke aanvullende maatregelen kan de minister nog nemen om stapelfacturen te voorkomen?

Deelt de minister de mening van de Algemene rekenkamer dat de informatie over stapelfacturen op orde moet zijn, voordat nieuwe plannen zoals de afschaffing van het abonnementstarief en de herinvoering van een inkomens en vermogensafhankelijke eigen bijdrage in de Wmo 2015 worden ingevoerd? Zo nee, waarom niet? Zo ja, is dit het geval?

Kan de minister specifiek toelichten welk beoogt effect afschaffing van het Wmo abonnementstarief heeft op de gestelde conclusies over stapeling eigen bijdragen? Op welke manier gaat de minister bij de invoering van nieuwe plannen de gevolgen voor stapeling van zorgkosten bij gebruikers monitoren? Kan de minister aangeven hoeveel mensen gebruik maken van het abonnementstarief in de Wmo? Kan de minister een schatting geven voor hoeveel mensen de hoogte van de eigen bijdragen per maand omhoog zal gaan? Zo nee, waarom niet?

De leden van de PVV-fractie willen graag weten waar mensen zich kunnen melden die financiële problemen ondervinden van de stapeling van de zorgkosten of stapelfacturen hebben ontvangen. Welke mogelijkheden zijn er om patiënten- en cliëntenorganisaties te betrekken bij het duiden van de uitkomsten van deze onderzoeken, om te voorkomen dat bepaalde groepen worden gemist? Is de minister bereid om, naast het opsporen van specifieke groepen en het verbeteren van de

¹ [Binnenlands Bestuur, 15 mei 2024, Een derde ontvangt stapelfacturen voor eigen bijdrage Wmo](#)

monitor, ook mogelijkheden in kaart te brengen voor een werkende aanpak van de stapeling zorgkosten?

De leden van de PVV-fractie lezen in de brief dat er een eigen bijdrage gevraagd kan worden als iemand kiest voor een specifieke variant van zorg. Dit speelt onder andere bij eigen bijdrage voor niet-preferente extramurale geneesmiddelen. Bijbetaling/eigen bijdrage kunnen niet altijd ontweken worden door de patiënt omdat er Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)-clusters zijn, waarbinnen geen middel zonder bijtelling op de markt is. Kan iemand echt kiezen? |Bestaat er een vrije keuze van de patiënt?

In de monitor zijn eigen bijdragen (incl. het verplicht eigen risico) meegenomen die verzekerden moeten betalen voor verzekerde zorg uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz), en/of voor ondersteuning vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015. Onverzekerde zorg is niet meegenomen. Eind vorig jaar heeft het Zorginstituut Nederland het [Afwegingskader Noodzakelijk te verzekeren zorg](#) gepubliceerd. Op basis hiervan is het Zorginstituut voornemens in elk geval op een aantal (grote groepen) goedkope geneesmiddelen toe te passen en op basis daarvan middelen uit het pakket te laten stromen. Volgens de huidige opzet van de monitor, valt het effect van eventuele uitstroom uit het pakket buiten de scope van de monitor. Aan het slot van de brief schetst de minister een aantal vervolgacties, maar daarbij lijkt het monitoren van evt. uitstroom uit het pakket, op basis van het Afwegingskader Noodzakelijk te verzekeren zorg geen onderdeel van de vervolgacties. Hoe ziet de minister dat?

De leden van de PVV-fractie willen weten of de maximering van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen van €250 per kalenderjaar vanaf 2025 wordt voortgezet? Zo nee, kan de minister aangeven welke patiëntgroepen het meest geraakt worden door eventuele stopzetting van de maximering van de eigen bijdrage?

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de monitor stapeling eigen bijdragen. Volgens de monitor neemt de gemiddelde hoogte van betalingen aan eigen bijdrage af, terwijl tegelijkertijd het aantal mensen met meerdere eigen bijdragen toeneemt. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben nog een aantal vragen over de monitor.

Met betrekking tot de daling van het gemiddelde bedrag dat mensen betalen aan eigen bijdragen hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie nog enkele vragen. Het gemiddelde geeft een positief beeld, maar de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben niet enkel interesse in de gemiddeldes. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie krijgen ook graag een beeld van de eigen bijdrage van specifieke groepen. Zo zijn de

leden van de GroenLinks-PvdA-fractie erg benieuwd naar het onderscheid in eigen betalingen tussen mensen met een chronische ziekte of beperking en mensen zonder chronische ziekte of beperking. Kunnen daar cijfers over worden overlegd en kan dat in de toekomst onderdeel worden van de monitor?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie maken zich ernstig zorgen over de stijging van het aantal eigen bijdragen van mensen. Het zicht op de totale zorgkosten die mensen maken wordt lastiger als er meer eigen bijdragen zijn, waarbij dat zicht nog sterker wordt vertekend als deze eigen bijdrage inkomensafhankelijk zijn. Kan de minister een verklaring geven voor de stijging van het aantal eigen bijdragen?

Sec een bedrag van de hoogte van gemiddelde eigen bijdragen zijn voor de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie niet voldoende om te kunnen beoordelen of deze te hoog of te laag zijn. Daarvoor moet ook de context van de betaler van de eigen bijdragen worden geschetst. Dat gaat verder dan alleen inkomen van de hele groep. Daarom vragen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie of belangenbehartigers en ervaringsdeskundigen van mensen met een chronische ziekte of beperking kunnen betrekken bij het duiden van de uitkomsten van de monitor.

De minister was voornemens om een inkomensafhankelijke eigen bijdrage in de WMO in te voeren. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie vragen zich af of deze maatregel nog steeds staat ingeboekt en of het nieuwe programmaakkoord daar invloed op heeft. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zijn bang dat, met het invoeren van een inkomensafhankelijke bijdrage WMO de problematische stapeling van zorgkosten, die juist werd verminderd de afgelopen jaren, weer toe gaat nemen. Kan de minister toezeggen dat de effecten van deze maatregel worden onderzocht voor mensen met een beperking, mensen met een chronische aandoeningen en ouderen, zodat eerst kan worden bepaald of zij wel voldoende draagkracht hebben voor een dergelijke maatregel?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie leden maken zich ook ernstig zorgen over de aangekondigde maatregel in het programma-akkoord waarbij de eigen tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten in 2027 wordt afgeschaft vanwege de verlaging van het eigen risico. Kan worden toegelicht hoe hoog de tegemoetkoming arbeidsongeschikten in 2027 zou zijn en hoeveel arbeidsongeschikten daarom mislopen als deze maatregel vervalt. Kan worden aangegeven hoeveel mensen die de tegemoetkoming arbeidsongeschikten krijgen ook volledige eigen risico betalen? En kan er een inschatting worden gemaakt van het inkomenseffecten van het afschaffen van deze tegemoetkoming in combinatie met het verlagen van het eigen risico?

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief met daarin de analyse van de monitor stapeling eigen bijdragen. Het doet de leden van de VVD-fractie goed te zien dat het beleid van de afgelopen jaren een positief effect heeft niet alleen op het monitoren maar ook het tegengaan van de stapeling van eigen bijdragen. De leden van de VVD-fractie hebben hierbij nog wel enkele vragen.

Allereerst missen de leden van de VVD-fractie in de brief een zicht op het macrobeeld als het gaat om de collectief gefinancierde zorgkosten. Klopt het nog dat gemiddeld 93% van de uitgaven aan zorg voor een individu dat er gebruik van maakt, collectief wordt gefinancierd? Hoe is dat percentage in andere (OESO-)landen?

Kan de minister een overzicht geven van het aandeel inkomensafhankelijke bijdrage(n) die Nederlanders uitgeven aan de zorg, uitgesplitst naar verschillende inkomensgroepen? Kan de minister daarbij aangeven hoe deze bijdrage zich de afgelopen vijf jaar heeft ontwikkeld, ook in verhouding tot de inkomensontwikkeling? En is bekend in hoeverre gemeentelijke zorgpolissen of gemeentelijke toeslagen en ondersteuning er jaarlijks worden uitgekeerd die de eigen bijdragen in de zorg (deels) compenseren? Kan de minister daar inzicht in geven?

Kan de minister bij tabel 2 per aandeel eigen bijdrage ook schetsen om welke omvang van de bevolking het daarbij gaat? Hoeveel mensen betaalden bijvoorbeeld €23,- Eigen Risico in de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2021?

De leden van de VVD-fractie zijn niet verrast dat de vergrijzende samenleving zorgt voor een stijging in het aandeel van personen met meerdere eigen bijdragen. Wat kan op basis van demografische verwachtingen gezegd worden over de ontwikkeling van deze stijging: verwacht de minister dat deze stijging de komende jaren doorzet of (redelijk) stabiel blijft?

De leden van de VVD-fractie lezen dat er een onderschatting blijkt te zitten in de eigen bijdragen voor kraamzorg in de jaren 2015 en 2016. Wat is de oorzaak van deze onderschatting? En hoe zien de actuelere cijfers eruit?

De stijging van het aantal personen met een eigen bijdrage voor geneesmiddelen komt naar verwachting ook doordat er nieuwe geneesmiddelen op de markt komen, zo lezen de leden van de VVD-fractie. Hoe hebben de aantallen nieuwe geneesmiddelen zich ontwikkeld gedurende de periode 2016-2021?

Daarnaast zijn de leden van de VVD-fractie benieuwd of er al enigszins een inschatting kan worden gegeven van de effecten op de monitor door herinvoering van een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage

inde Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015?

De leden van de VVD-fractie vinden het belangrijk dat ook de eigen bijdragen voor hulpmiddelen in de monitor worden meegenomen om zo een goed en compleet beeld te krijgen. Wat is de reden dat er geen representatieve cijfers bekend zijn over de ontwikkeling van eigen bijdragen voor hulpmiddelen? Wanneer kan de minister meer zeggen over de uitkomsten van de gesprekken met zorgverzekeraars?

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie hebben de analyse van de monitor stapeling eigen bijdragen met interesse gelezen. De leden hebben daarover een aantal vragen.

De leden van NSC-fractie vragen de minister hoe de beleidsmaatregelen zoals de maximering van de eigen bijdragen voor extramurale geneesmiddelen en de invoering van het abonnementstarief in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 specifiek bijdragen aan de daling van de gemiddelde eigen bijdrage voor personen met meerdere eigen bijdragen?

De leden de NSC-fractie lezen in de monitor dat wordt beoogd om voor de meeste huishoudens de inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage Wmo geleidelijk op te laten lopen vanaf een bijdrageplichtig inkomen van 120% van het sociaal minimum. Mensen met lage inkomens blijven daarmee het bedrag van het huidige abonnementstarief van €20,60 per maand betalen. Kan de minister aangeven of het huidige abonnementstarief in de nieuwe inkomens-en vermogensafhankelijke bijdrage bij de Wmo de minimumbijdrage is? Kan de minister aangeven of er al een inkomensgrens is bepaald waaronder cliënten geen eigen bijdrage verschuldigd zijn? Kan de minister aangeven wat de verwachte gevolgen voor de stapeling van eigen bijdragen voor de toegankelijkheid van zorg na de afschaffing van het abonnementstarief in de Wmo en de herinvoering van de inkomens en vermogensafhankelijke eigen bijdrage?

De leden van de NSC-fractie lezen in de monitor dat personen met lage inkomens vaak hogere eigen bijdragen betalen, vanwege hun hogere gebruik van Wet langdurige zorg (Wlz) met verblijf. Welke aanvullende maatregelen overweegt de minister om deze last voor lage inkomens te verlichten?

De leden van de NSC-fractie lezen in de monitor dat de gemiddelde eigen betalingen in Nederland lager zijn dan de EU en OESO-gemiddelden. Welke specifieke factoren dragen bij aan deze lagere eigen betalingen in Nederland en hoe kunnen deze factoren verder worden versterkt?

De leden van de NSC-fractie vragen de minister wat de meest belangrijke factoren zijn die hebben geleid tot de toename van het aantal personen

met meerdere eigen bijdragen van 10% in 2016 tot 14% in 2021?

De leden van de NSC-fractie vragen de minister in hoeverre de specifieke groepen zoals chronisch zieken, gehandicapten en ouderen met meerdere eigen bijdragen zijn oververtegenwoordigd in de monitor en welke aanvullende beleidsmaatregelen overwogen worden om deze groepen te ondersteunen?

De leden van de NSC-fractie lezen in de monitor over gemiddelden. Kan de minister aangeven wat het maximum is wat mensen kunnen betalen bij de stapeling van kosten en welke groepen daar het meest last van hebben?

De leden van de NSC-fractie lezen in de monitor dat het rapport van het Nivel een globaal beeld geeft van eigen betalingen voor hulpmiddelen. Wat zijn de plannen om deze gegevens structureel op te nemen in de monitor stapeling eigen bijdragen en welke uitdagingen komen hierbij kijken? Welke eigen bijdragen worden nog meer gemist? In ieder geval niet de eigen bijdrage voor de eerste twintig verrichtingen van de fysiotherapie? Wat zijn daarvan de gevolgen voor de stapeling van kosten?

De leden van de NSC-fractie lezen in de monitor dat er variatie binnen inkomensgroepen, zoals bij lage inkomens als studenten. Hoe wordt bij beleidsvorming rekening gehouden met deze verschillen om gerichte maatregelen te treffen?

De leden van de NSC-fractie lezen in de monitor geen overzicht over wat de stapeling van eigen bijdrage betekent voor een heel gezin met meerdere zorgvragen bij meerdere personen. Kan de minister daar een beeld van schetsen. Bijvoorbeeld een gezin met twee kinderen en één inkomen waarvan elk gezinslid een zorgvraag heeft?

De leden van de NSC-fractie willen van de minister weten welke concrete stappen worden ondernomen om de monitor door te ontwikkelen en te verbeteren, bijvoorbeeld door het toevoegen van nieuwe variabelen of het verbeteren door meerdere typen huishoudens?

De leden van de NSC-fractie vragen de minister welke maatregelen worden overwogen om te voorkomen dat de eigen bijdragen geen obstakel vormen in de toegang tot noodzakelijke zorg, vooral als het gaat om kwetsbare groepen? Tevens vragen de leden van de NSC-fractie, op basis van de bevindingen uit de monitor, welke aspecten van het huidige beleid rondom eigen bijdragen in de zorg kunnen worden heroverwogen of aangepast om de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg te verbeteren?

De leden van de NSC-fractie lezen in de monitor dat de eigen bijdrage Wet langdurige zorg (Wlz) voor jonge gezinnen een belangrijk deel van hun besteedbaar inkomen kan uitmaken. Is er gerichte ondersteuning beschikbaar om hun financiële druk te verlichten?

De leden van de NSC-fractie lezen in het rapport van de Algemene Rekenkamer bij het jaarverslag 2023 over het probleem rondom de stapelfacturen. Het rapport concludeert dat het ministerie van VWS niet weet hoeveel mensen last hebben van stapelfacturen, dat het ministerie van VWS niet weet wat de oorzaken zijn van stapelfacturen en dat stapelfacturen worden veroorzaakt door gebrekkig beleid. Hoe en wanneer gaat de minister in beeld brengen welke groepen mensen het meest last hebben van stapelfacturen en wat de oorzaken zijn van stapelfacturen? Welk beleid gaat de minister voeren om de mensen die problemen hebben met stapelfacturen te ontlasten? Tevens hebben de leden van de NSC-fractie in het rapport van de Algemene Rekenkamer gelezen dat het Centraal Administratie Kantoor (CAK) als zelfstandig bestuursorgaan en rechtspersoon verantwoordelijk is voor de taakuitvoering van de vaststelling en inning van de eigen bijdrage. Op welke manier is het CAK voorbereid op de mogelijke heffing van de eigen bijdrage voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de jeugdzorg? Op welke manier worden deze mogelijke heffingen op elkaar afgestemd? Op welke manier kunnen patiënten tijdig zicht krijgen op hoogte van de eigen bijdrage van deze heffingen. Hoe houdt de minister zicht op de juiste uitvoeringen van de CAK-taakuitvoering voor nu en in de toekomst?

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de Analyse monitor stapeling eigen bijdragen en hebben geen vragen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de analyse van de stapeling aan eigen betalingen in de zorg en maken graag van de mogelijkheid gebruik om hier enkele vragen over te stellen.

De leden van de CDA-fractie vinden het een duidelijk overzicht maar het betreft het terug “kijken” naar de stapeling van eigen betalingen 2015-2021. Zover het CDA de analyse overziet leidt dit niet tot bijstelling van huidig beleid. Deelt de minister het standpunt van het CDA dat het beeld over de stapeling van eigen betalingen in de zorg niet compleet is omdat de eigen betalingen voor hulpmiddelen maar ook of een gemeente mensen met een handicap compenseert voor hoge zorgkosten niet is meegenomen? Wat betreft de tegemoetkoming aan zorgkosten voor chronische zieken en gehandicapten (voormalige WTCG), een groot aantal gemeenten doen dit niet (meer) zoals uit onderzoek blijkt. Het bedrag dat men ontvangt loopt uiteen en is vaak alleen voor de laagste

inkomens. De leden van de CDA-fractie snappen dat het vervolgens moeilijk meetbaar is maar het hangt dus ook van een specifieke gemeente af.

Vervolgens stelt de minister dat het wetsvoorstel (verhoging) eigen bijdragen Wet Maatschappelijke ondersteuning per 2026 ingevoerd zal worden. Terwijl het abonnementstarief nu juist heeft geleid tot een daling van eigen betalingen. De minister stelt dat voor een deel van de cliënten de (stapeling van) eigenbijdrage(n) weer zal toenemen door herinvoering van een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage. Kan de minister eens toelichten voor welk “deel” dit dan wordt verwacht? En vindt de minister dat redelijk en billijk? Is de minister bereid om, als besloten wordt het om abonnementstarief af te schaffen, onderzoek te doen naar de gevolgen daarvan voor de stapeling van zorgkosten bij gebruikers van de betreffende voorzieningen? Wat betekent dit voor de relatief kleine groep die nu al meerdere eigen bijdragen in de zorg moeten betalen? Vindt de minister het billijk als juist die groep meer gaat betalen? Wat betekent dit voor de groep zorgvragers met een middeninkomen dit omdat de minister beoogd om voor de meeste huishoudens de inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage geleidelijk op te laten lopen vanaf een bijdrageplichtig inkomen van 120% van het sociaal minimum, waardoor mensen met lage inkomens een eigen bijdrage blijven betalen die gelijk is aan het abonnementstarief?

II. Reactie van de minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de brief over Analyse monitor stapeling eigen bijdragen en hebben daarover nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de PVV-fractie zijn verheugd dat in het hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat het eigen risico meer dan gehalveerd gaat worden, dit zal aanzienlijk schelen in de stapeling van de zorgkosten.

De leden van de PVV-fractie hebben nog enkele vragen over stapelfacturen. Hoe komt het dat de minister geen zicht heeft op zogenoemde stapelfacturen? Is de minister bekend met het artikel dat bijna één op de drie inwoners met Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)- of Wet langdurige zorg (Wlz) stapelfacturen voor eigen bijdrage ontvangt?² Is de minister het met de leden van de PVV-fractie eens dat stapelfacturen van meerdere maanden tegelijk onwenselijk zijn? Welke maatregelen heeft de minister genomen om stapelfacturen te voorkomen? Welke aanvullende maatregelen kan de minister nog nemen om stapelfacturen te voorkomen?*

² [Binnenlands Bestuur, 15 mei 2024, Een derde ontvangt stapelfacturen voor eigen bijdrage Wmo](#)

Ik heb zicht op de zogenaamde 'stapelfacturen' en ontvang hierover periodiek informatie van het CAK en de toezichthouder, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa brengt jaarlijks een openbaar rapport uit aan mij met een bestuurlijk oordeel over de uitvoering door het CAK van haar wettelijke taken. De Algemene Rekenkamer adviseert om deze structurele toezichtsinformatie uit te breiden. Ik neem dit advies over en ben hierover in gesprek met het CAK en gaat hierover in gesprek met de NZa.

Ik ben bekend met het artikel. Om voor zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) of ondersteuning vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) een eigen bijdrage of het abonnementstarief in rekening te kunnen brengen, moeten er verschillende gegevens verzameld worden. Dit betreffen gegevens van gemeenten, zorgkantoren, de Belastingdienst en persoonsgegevens uit de Basisregistratie Persoonsgegevens.

Alhoewel de gehele keten zich inzet om stapelfacturen te minimaliseren, zijn niet alle stapelfacturen per definitie ongewenst. Een burger kan een stapelfactuur ontvangen in zijn of haar belang; het ontvangen van een correcte factuur die recht doet aan de specifieke situatie die geldt voor de betreffende burger.

Een stapelfactuur kan het gevolg zijn van (i) de tijd die de keten redelijkerwijs nodig heeft om bij de start van de zorg of ondersteuning de juiste gegevens te verzamelen, te verwerken en aan het CAK aan te leveren, en/of (ii) correcties die doorgevoerd moeten worden op basis van nieuwe of gewijzigde gegevens vanuit de keten, en/of (iii) een zogenaamde 'peiljaarverlegging' die wordt aangevraagd door een burger. Een stapelfactuur kan ook het gevolg zijn van (iv) vertraging en/of fouten in de keten. In het bijzonder deze laatste vorm moet zoveel mogelijk voorkomen worden. De keten spant zich continu in om deze vorm van stapelfactuur te voorkomen.

Een stapelfactuur kan tot gevolg hebben dat een burger een bedrag moet bijbetalen of dat een burger een bedrag terugkrijgt. In elke fase wordt de burger goed geïnformeerd over de eigen bijdrage die betaald moet worden voor de zorg die hij of zij krijgt.

In het huidige proces en wat is afgesproken in de huidige wet- en regelgeving wordt geprobeerd om zo goed mogelijk rekening te houden met wat in het belang van de burger is. Ik (en mijn voorgangers) hebben de afgelopen jaren verschillende stappen ondernomen om het aantal stapelfacturen te minimaliseren en de informatie hierover te verbeteren. Dit blijf ik ook doen. Er zijn wijzigingen in wet- en regelgeving doorgevoerd, bestandsvergelijkingen mogelijk gemaakt en meerjarige veranderprogramma's gefinancierd om de uitvoering en informatievoorziening bij het CAK en in de keten te verbeteren. Zoals het

in het rapport van de Algemene Rekenkamer genoemde 'ketenplan' om gezamenlijk in de keten de aanlevertijden en de datakwaliteit te verbeteren.

Ook bij de voorgenomen invoering van een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage (ivb) in het kader van de Wmo 2015 wordt hier rekening mee gehouden en worden wijzigingen in bestaande wet- en regelgeving doorgevoerd, om de impact van stapelfacturen voor de burger te verminderen. Zo is het voornemen om de maximumtermijn waarmee, bij een vertraging of fout in de keten, alsnog een (hogere) factuur opgelegd kan worden voor de ivb Wmo 2015 terug te brengen van 12 maanden naar 3 maanden.

Deelt de minister de mening van de Algemene rekenkamer dat de informatie over stapelfacturen op orde moet zijn, voordat nieuwe plannen zoals de afschaffing van het abonnementstarief en de herinvoering van een inkomens en vermogensafhankelijke eigen bijdrage in de Wmo 2015 worden ingevoerd? Zo nee, waarom niet? Zo ja, is dit het geval?

Het onderzoek van de Algemene Rekenkamer geeft nieuwe inzichten, met name over welke structurele informatie mij kan helpen bij het toezicht op het CAK. Ik neem de aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer, om de structurele toezichtsinformatie uit te breiden, over. Het ministerie is hierover in gesprek met het CAK en gaat hierover in gesprek met de toezichthouder, de Nederlandse Zorgautoriteit. Het streven is om dit gerealiseerd te hebben voorafgaand aan de invoering van inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

Kan de minister specifiek toelichten welk beoogd effect afschaffing van het Wmo abonnementstarief heeft op de gestelde conclusies over stapeling eigen bijdragen? Op welke manier gaat de minister bij de invoering van nieuwe plannen de gevolgen voor stapeling van zorgkosten bij gebruikers monitoren? Kan de minister aangeven hoeveel mensen gebruik maken van het abonnementstarief in de Wmo? Kan de minister een schatting geven voor hoeveel mensen de hoogte van de eigen bijdragen per maand omhoog zal gaan? Zo nee, waarom niet?

Om de beschikbaarheid van Wmo-voorzieningen voor de meest kwetsbare burgers te kunnen behouden, wordt het abonnementstarief vervangen door een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage (ivb). De vervanging van het abonnementstarief door de inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage (ivb) in de Wmo betekent dat het vaste bedrag per maand komt te vervallen en dat cliënten een eigen bijdrage gaan betalen gebaseerd op de financiële draagkracht. Een deel van de huishoudens dat gebruik maakt van de Wmo 2015 gaat daarom als gevolg van de maatregel een hogere eigen bijdrage betalen dan het abonnementstarief. Waar invoering van het abonnementstarief dus leidde

tot een daling van de gemiddelde eigen bijdrage Wmo per maand, zal invoering van de ivb weer leiden tot een stijging van de gemiddelde eigen bijdrage Wmo per maand. Voor mensen die gebruik maken van de Wmo zal dit dus effect hebben. In de analyse van de monitor zijn verschillende ontwikkelingen geobserveerd - naast de invoering van het abonnementstarief - waardoor het de verwachting is dat de hoofdconclusies op macro-niveau ook na invoering van de ivb nog zullen blijven gelden. Dit is echter mede afhankelijk van andere ontwikkelingen de komende jaren, zowel op het gebied van eigen bijdragen als de ontwikkeling van de zorgvraag.

De monitor stapeling eigen bijdragen wordt jaarlijks van een update voorzien. De ivb zal na invoering meegenomen worden in deze monitor. De resultaten van deze monitor en de weging daarvan kunnen te zijner tijd worden betrokken bij de evaluatie van het voorstel van de Wet vervanging abonnementstarief. Dit wetsvoorstel is voor advies aangeboden aan de Raad van State en kan naar verwachting in het najaar worden aangeboden aan de Tweede Kamer.

Op peildatum 31 december 2023 waren er circa 700.000 cliënten met Wmo-ondersteuning die onder het abonnementstarief vallen bekend bij het CAK. Van deze circa 700.000 unieke cliënten betaalden circa 180.000 cliënten geen eigen bijdrage, vanwege een (gemeentelijke) vrijstelling, ontheffing of nihilstelling. Circa 520.000 betaalden het abonnementstarief voor de ontvangen Wmo-ondersteuning. Met de afschaffing van het abonnementstarief en de invoering van de ivb wordt beoogd de aanzuigende werking van het abonnementstarief grotendeels ongedaan te maken. De verwachting is dan ook dat een deel van de cliënten zal uitstromen. Hoeveel mensen een hogere eigen bijdrage gaan betalen wordt nog geanalyseerd. De effecten van de ivb, zullen na de invoering ervan, worden gemonitord.

De leden van de PVV-fractie willen graag weten waar mensen zich kunnen melden die financiële problemen ondervinden van de stapeling van de zorgkosten of stapelfacturen hebben ontvangen.

Er zijn verschillende regelingen waar mensen, die moeite hebben om de zorgkosten te betalen, gebruik van kunnen maken. Deze regelingen gelden overigens niet specifiek voor mensen met een stapeling van zorgkosten of mensen die te maken hebben met verzamelfacturen.

Voor mensen met een lager inkomen is er de zorgtoeslag die een bijdrage biedt voor de kosten van de gemiddelde nominale premie en het gemiddelde eigen risico en die mensen via de Dienst Toeslagen aan kunnen vragen. Daarnaast zijn sommige zorgkosten fiscaal aftrekbaar bij de belastingaangifte. Ook gemeenten kunnen mensen helpen om hun zorgkosten te betalen. Bijvoorbeeld door het gedeeltelijk betalen van de premie voor een gemeentepolis of door het aanbieden van meerkostenregelingen. Ook kunnen gemeenten de eigen bijdrage voor

ondersteuning vanuit de Wmo op nul euro zetten. De regelingen en voorwaarden kunnen echter per gemeente verschillen. Verder kunnen mensen contact opnemen met hun zorgverzekeraar om het eigen risico gespreid te betalen of een betalingsregeling te treffen. Ook het CAK heeft betalingsregelingen en bevoegdheden om waar nodig een factuur tot een bedrag van nul euro terug te brengen. Verder onderneemt het CAK verschillende initiatieven om schulden bij burgers te voorkomen.

Welke mogelijkheden zijn er om patiënten- en cliëntenorganisaties te betrekken bij het duiden van de uitkomsten van deze onderzoeken, om te voorkomen dat bepaalde groepen worden gemist? Is de minister bereid om, naast het opsporen van specifieke groepen en het verbeteren van de monitor, ook mogelijkheden in kaart te brengen voor een werkende aanpak van de stapeling zorgkosten?

Patiënten- en clientorganisaties Patiëntenfederatie en Ieder(in) zijn geïnformeerd over zowel de opzet als de analyse van de monitor stapeling eigen bijdragen. Aan het begin van dit jaar zijn bijvoorbeeld de voorlopige resultaten van de analyse aan medewerkers van beide organisaties gepresenteerd. Zij hadden waardevolle suggesties en opmerkingen die vervolgens zo goed mogelijk zijn verwerkt in de analyse. Zoals toegelicht in de Kamerbrief, geeft de monitor stapeling eigen bijdragen inzicht in de stapeling van eigen bijdragen voor de gehele Nederlandse bevolking. Hierdoor worden er geen groepen gemist, maar is het wel mogelijk dat de analyse niet voldoende gevoelig is om bepaalde groepen uit te lichten die mogelijk wel problemen ervaren van (de stapeling) van eigen bijdragen of van zorgkosten in het algemeen.

Momenteel lopen er twee andere trajecten die de monitor stapeling eigen bijdragen in die opzichten kunnen aanvullen: 'Doe onbeperkt mee' en 'Vereenvoudiging inkomensondersteuning voor mensen (VIM)'. 'Doe onbeperkt mee' richt zich op een toegankelijke samenleving voor mensen met een beperking. Hieronder vallen tal van acties. Vanuit die aanpak is er ook behoefte om de kosten van levensonderhoud voor mensen met een beperking uitgebreid in kaart te brengen en te vergelijken met de kosten van een 'standaard huishouden'. Met het programma VIM wordt door verschillende overheidsorganisaties onderzocht hoe inkomensondersteuning eenvoudiger en begrijpelijker kan. Als onderdeel van dat programma is ook specifiek aandacht voor mensen met een beperking en die naast een laag inkomen veel zorgkosten en bijkomende kosten, voor bijvoorbeeld woning en vervoer, hebben.

Bij beide trajecten zijn patiënt- en clientorganisaties betrokken. Zoals ik heb aangegeven in mijn brief zal ik de monitor stapeling van eigen bijdragen structureel doorzetten en door ontwikkelen. Ik wil verder de resultaten uit de twee genoemde trajecten afwachten en kijken of deze nog aanknopingspunten geven voor aanvulling en verbetering van de inzichten uit de monitor. De monitor stapeling eigen bijdrage is daarmee een van de puzzelstukjes om de betaalbaarheid van zorg voor het individu in kaart te brengen en kan aangevuld worden met inzichten uit

deze trajecten. Ik wil op dit moment dus nog geen verdere stappen nemen met het oog op mogelijke verbetering van de aanpak van de stapeling van eigen bijdragen. Bovendien is nieuw beleid met betrekking tot stapeling van eigen bijdragen aan mijn opvolger.

De leden van de PVV-fractie lezen in de brief dat er een eigen bijdrage gevraagd kan worden als iemand kiest voor een specifieke variant van zorg. Dit speelt onder andere bij eigen bijdrage voor niet-preferente extramurale geneesmiddelen. Bijbetaling/eigen bijdrage kunnen niet altijd ontweken worden door de patiënt omdat er Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)-clusters zijn, waarbinnen geen middel zonder bijtelling op de markt is. Kan iemand echt kiezen? /Bestaat er een vrije keuze van de patiënt?

In deze vraag worden twee vergoedingsinstrumenten door elkaar genoemd. Enerzijds wordt er gesproken over bijbetalingen in het kader van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en anderzijds wordt gesproken over aanspraak in het kader van het preferentiebeleid dat wordt gevoerd door zorgverzekeraars.

In het GVS worden onderling vervangbare geneesmiddelen gegroepeerd. Voor geneesmiddelen binnen een dergelijk cluster is een vergoedingslimiet vastgesteld. Indien de fabrikant van het geneesmiddel een prijs vraagt die hoger is dan de vergoedingslimiet, dan moet de verzekerde het verschil uit eigen portemonnee betalen. Deze eigen bijdragen zijn gemaximeerd op € 250 per patiënt per jaar.

Het is mogelijk dat iemand gebruik maakt van een geneesmiddel met een prijs boven de vergoedingslimiet, terwijl er ook een geschikt alternatief onder de vergoedingslimiet is. In deze gevallen had de eigen bijdrage voorkomen kunnen worden. Maar er zijn ook gevallen waarin eigen bijdragen voor geneesmiddelen uit het GVS niet te vermijden zijn. Dit geldt bijvoorbeeld wanneer binnen een GVS-cluster geen geneesmiddel beschikbaar is met een prijs onder de vergoedingslimiet of bij het gebruik van een specifiek geneesmiddel vanuit medische noodzaak. Er is geen zicht op hoe vaak voorgaande situaties zich voordoen.

Naast het GVS bestaat het preferentiebeleid dat zorgverzekeraars hanteren om de aanspraak op middelen uit het GVS te bepalen. Door middel van het preferentiebeleid vergoeden zorgverzekeraars voor geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof, alleen het geneesmiddel dat zij als voorkeur aanwijzen. Wanneer iemand dan toch voor een ander geneesmiddel kiest moet hij of zij deze volledig zelf betalen. Tenzij er sprake is van medische noodzaak waardoor een verzekerde moet afwijken van het voorkeursgeneesmiddel, dan wordt het geneesmiddel volledig vergoed.

Waar de kabinetsreactie op de monitor stapeling eigen betalingen mogelijk de suggestie zou kunnen wekken dat patiënten altijd een vrije

keuze hebben voor een geneesmiddel zonder eigen bijdrage, dient dat beeld met bovenstaande kanttekeningen genuanceerd te worden.

In de monitor zijn eigen bijdragen (incl. het verplicht eigen risico) meegenomen die verzekerden moeten betalen voor verzekerde zorg uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz), en/of voor ondersteuning vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015. Onverzekerde zorg is niet meegenomen. Eind vorig jaar heeft het Zorginstituut Nederland het [Afwegingskader Noodzakelijk te verzekeren zorg](#) gepubliceerd. Op basis hiervan is het Zorginstituut voornemens in elk geval op een aantal (grote groepen) goedkope geneesmiddelen toe te passen en op basis daarvan middelen uit het pakket te laten stromen. Volgens de huidige opzet van de monitor, valt het effect van eventuele uitstroom uit het pakket buiten de scope van de monitor. Aan het slot van de brief schetst de minister een aantal vervolgacties, maar daarbij lijkt het monitoren van evt. uitstroom uit het pakket, op basis van het Afwegingskader Noodzakelijk te verzekeren zorg geen onderdeel van de vervolgacties. Hoe ziet de minister dat?

In de monitor is inderdaad een afbakening gekozen waarbij enkel, maar wel nagenoeg alle, wettelijke eigen bijdragen in de Zvw, Wmo en Wlz in kaart zijn gebracht. Andere uitgaven die mensen maken voor zorg, zoals bijvoorbeeld de nominale premie voor de basisverzekering, maar ook kosten buiten het basispakket die in uw vraag aan de orde komen, zijn niet meegenomen in de monitor. Zoals ik in mijn brief aangeef zijn daar meerdere redenen voor: verzekerde zorg is een redelijk vastomlijnd begrip dat niet afhankelijk is van het uitgavenpatroon van de individuele verzekerde. Ook is het belangrijk voor de monitor dat er kwalitatief goede registerdata beschikbaar is voor de gehele populatie. Dit is voor de wettelijke eigen betalingen nagenoeg altijd het geval, maar niet voor de andere uitgaven die mensen maken voor zorg. Ik acht het daarom niet opportuun om voor de gehele populatie de monitor stapeling eigen bijdragen aan te vullen met deze uitgaven.

Ik vind het daarentegen wel belangrijk om deze andere en bredere uitgaven ook in beeld te brengen voor de specifieke groepen waar deze uitgaven kunnen knellen. Momenteel lopen er twee andere trajecten die de monitor stapeling eigen bijdragen in die opzichten kunnen aanvullen: 'Doe onbeperkt mee' en 'Vereenvoudiging inkomensondersteuning voor mensen (VIM)'. 'Doe onbeperkt mee' richt zich op een toegankelijke samenleving voor mensen met een beperking. Hieronder vallen tal van acties. Vanuit die aanpak is er ook behoefte om de kosten van levensonderhoud voor mensen met een beperking uitgebreid in kaart te brengen en te vergelijken met de kosten van een 'standaard huishouden'. Met het programma VIM wordt door verschillende overheidsorganisaties onderzocht hoe inkomensondersteuning eenvoudiger en begrijpelijker kan. Als onderdeel van dat programma is ook specifiek aandacht voor mensen met een beperking en die naast een laag inkomen veel zorgkosten en bijkomende kosten, voor bijvoorbeeld woning en vervoer,

hebben. Zoals ik heb aangegeven in mijn brief zal ik de monitor stapeling van eigen bijdragen structureel doorzetten en door ontwikkelen. Ik wil verder de resultaten uit de twee genoemde trajecten afwachten en kijken of deze nog aanknopingspunten geven voor aanvulling en verbetering van de inzichten uit de monitor. Het klopt daarbij dat het niet meer vergoeden van geneesmiddelen tot kosten voor gebruikers leidt.

De monitor stapeling eigen bijdrage is één van de puzzelstukjes om de betaalbaarheid van zorg voor het individu in kaart te brengen en kan aangevuld worden met inzichten uit deze trajecten. Ik wil op dit moment nog geen verdere stappen nemen met het oog op mogelijke verbetering van de aanpak van de stapeling van eigen bijdragen. Bovendien is nieuw beleid met betrekking tot stapeling van eigen bijdragen aan mijn opvolger.

De leden van de PVV-fractie willen weten of de maximering van de eigen bijdrage voor geneesmiddelen van €250 per kalenderjaar vanaf 2025 wordt voortgezet? Zo nee, kan de minister aangeven welke patiëntgroepen het meest geraakt worden door eventuele stopzetting van de maximering van de eigen bijdrage?

De minister voor Medische Zorg heeft besloten de maximering van de eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen van €250 per kalenderjaar te verlengen met één jaar tot 2026. De verlenging zal de komende tijd verwerkt worden in de desbetreffende regelgeving.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de monitor stapeling eigen bijdragen. Volgens de monitor neemt de gemiddelde hoogte van betalingen aan eigen bijdrage af, terwijl tegelijkertijd het aantal mensen met meerdere eigen bijdragen toeneemt. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben nog een aantal vragen over de monitor.

Met betrekking tot de daling van het gemiddelde bedrag dat mensen betalen aan eigen bijdragen hebben de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie nog enkele vragen. Het gemiddelde geeft een positief beeld, maar de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben niet enkel interesse in de gemiddeldes. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie krijgen ook graag een beeld van de eigen bijdrage van specifieke groepen. Zo zijn de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie erg benieuwd naar het onderscheid in eigen betalingen tussen mensen met een chronische ziekte of beperking en mensen zonder chronische ziekte of beperking. Kunnen daar cijfers over worden overlegd en kan dat in de toekomst onderdeel worden van de monitor?

Het is voorstelbaar dat mensen die chronisch ziek zijn of een beperking hebben meer zorg gebruiken en daardoor vaker te maken krijgen met

eigen betalingen. Over deze groep zijn echter geen gegevens beschikbaar. Ik zal dat hieronder nader toelichten. Voordat ik dat doe merk ik op dat het merendeel van de zorguitgaven collectief gefinancierd wordt. Daarmee wordt gestreefd naar solidariteit tussen mensen met die geen of weinig zorg gebruiken, en mensen met een zorgvraag. En tussen mensen met een hoger inkomen en mensen met een lager inkomen.

Dan de reden waarom het niet mogelijk is om specifiek voor deze bredere groep cijfermatige inzichten te bieden. Allereerst geldt dat er geen eenduidige definitie bestaat voor chronisch zieken. Verder geldt voor de overheid en voor sommige uitvoerende instanties die belast zijn met het innen van de eigen bijdragen, zoals het CAK, dat zij geen bijzondere persoonsgegevens over de aandoening/chronische ziekte van individuele cliënten verzamelen. Zij mogen en willen dit vanuit privacy-oogpunt niet betrekken bij de inning van eigen bijdragen en zullen dus ook geen lijsten bijhouden of mensen wel of niet chronisch ziek zijn.

Om deze redenen is het niet mogelijk om aan de Kamer een overzicht te verstrekken van eigen bijdragen van de zorgwetten waarbij onderscheid gemaakt wordt op basis van aandoening/chronische ziekte of dit op dit moment onderdeel van de monitor te laten zijn.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie maken zich ernstig zorgen over de stijging van het aantal eigen bijdragen van mensen. Het zicht op de totale zorgkosten die mensen maken wordt lastiger als er meer eigen bijdragen zijn, waarbij dat zicht nog sterker wordt vertekend als deze eigen bijdrage inkomensafhankelijk zijn. Kan de minister een verklaring geven voor de stijging van het aantal eigen bijdragen?

Uit de analyse van de monitor stapeling eigen bijdragen blijkt inderdaad dat er tussen 2016 en 2021 relatief meer mensen meerdere eigen bijdragen zijn gaan betalen, terwijl het aandeel mensen met één eigen bijdrage in dezelfde periode is afgenomen. Deze verschuiving komt naar verwachting door de toenemende zorgvraag vanwege de vergrijzing. Mensen gebruiken vaker zorg in verschillende domeinen, waardoor ze meerdere soorten eigen bijdragen betalen. Het is overigens niet zo dat de verschuiving komt door nieuwe eigen bijdragen: in de periode tussen 2015 en 2021 zijn er geen nieuwe eigen bijdragen geïntroduceerd.

Sec een bedrag van de hoogte van gemiddelde eigen bijdragen zijn voor de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie niet voldoende om te kunnen beoordelen of deze te hoog of te laag zijn. Daarvoor moet ook de context van de betaler van de eigen bijdragen worden geschetst. Dat gaat verder dan alleen inkomen van de hele groep. Daarom vragen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie of belangenbehartigers en ervaringsdeskundigen van mensen met een chronische ziekte of beperking kunnen betrekken bij het duiden van de uitkomsten van de

monitor.

Patiënten- en clientorganisaties Patiëntenfederatie en Ieder(in) zijn geïnformeerd over zowel de opzet als de analyse van de monitor stapeling eigen bijdragen. Aan het begin van dit jaar zijn bijvoorbeeld de voorlopige resultaten van de analyse aan medewerkers van beide organisaties gepresenteerd. Zij hadden waardevolle suggesties en opmerkingen die vervolgens zo goed mogelijk zijn verwerkt in de analyse.

Ik onderschrijf dat vanuit de context van de betaler de eigen bijdragen een onderdeel zijn van de totale kosten die iemand maakt en dat het vanuit dat perspectief logisch lijkt om alle kosten voor zorg op te nemen in de monitor. Ik ben echter ook van mening dat de monitor niet het geschikte instrument is om deze overige kosten van zorg inzichtelijk te maken. Zoals toegelicht in de Kamerbrief, geeft de monitor stapeling eigen bijdragen inzicht in de stapeling van eigen bijdragen voor de gehele Nederlandse bevolking. Om dit te plaatsen in een bredere context, waarbij ook inkomen en andere bijkomende (zorg)kosten wordt meegenomen is voor de gehele Nederlandse bevolking meer registerdata nodig. Deze data zal niet altijd beschikbaar zijn (denk bijvoorbeeld aan uitgaven voor ongecontracteerde zorg, verschillende vormen van tegemoetkomingen, etc.) en indien deze wel beschikbaar zouden zijn zouden ze een grote spreiding kennen omdat bijvoorbeeld de kosten kunnen afhangen van het persoonlijke uitgavenpatroon. Wel zijn er twee andere trajecten ('Doe onbeperkt mee' en 'Vereenvoudiging inkomensondersteuning voor mensen (VIM)') die juist naar zorgkosten vanuit een breder perspectief kijken en zich richten op specifieke groepen, zoals mensen met een beperking. Bij deze trajecten zijn tevens belangenbehartigers betrokken. Ik wil de resultaten van deze trajecten afwachten en kijken of deze nog aanknopingspunten geven voor aanvulling en verbetering van de monitor.

De minister was voornemens om een inkomensafhankelijke eigen bijdrage in de WMO in te voeren. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie vragen zich af of deze maatregel nog steeds staat ingeboekt en of het nieuwe programmakkoord daar invloed op heeft.

In het hoofdlijnenakkoord is over de inkomensafhankelijke eigen bijdrage in de Wmo geen passage opgenomen.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zijn bang dat, met het invoeren van een inkomensafhankelijke bijdrage WMO de problematische stapeling van zorgkosten, die juist werd verminderd de afgelopen jaren, weer toe gaat nemen. Kan de minister toezeggen dat de effecten van deze maatregel worden onderzocht voor mensen met een beperking, mensen met een chronische aandoeningen en ouderen, zodat eerst kan worden bepaald of zij wel voldoende draagkracht hebben voor een dergelijke maatregel?

De effecten van de maatregel worden van te voren in kaart gebracht voor verschillende huishoudens- en inkomenscategorieën. Omdat de ivb behalve van het bijdrageplichtig inkomen ook afhankelijk is van de huishoudenssamenstelling, waarbij onder andere onderscheid wordt gemaakt tussen wel/niet-pensioengerechtigden, worden de financiële gevolgen voor AOW-gerechtigden separaat in kaart gebracht. Ook worden de effecten van de maatregel, vanaf invoering, gemonitord.

De effecten van de maatregel voor mensen met een beperking of chronische aandoening wijken in de kern niet af van de effecten die worden voorzien voor andere burgers die voor ondersteuning een (langdurig) beroep doen op de Wmo 2015 en eenzelfde huishoudenssamenstelling en bijdrageplichtig inkomen hebben. Daarom worden deze effecten niet separaat in beeld gebracht. Dit zou overigens ook niet kunnen, aangezien er zoals reeds toegelicht geen definitie/registratie van chronisch zieken en gehandicapten is.

De eigen bijdrage is inkomens- en vermogensafhankelijk en is daarmee gebaseerd op de financiële draagkracht van de cliënt en diens partner. Daarnaast blijven onder andere anticumulatiebepalingen van kracht waardoor de ivb niet kan stapelen met eigen bijdragen voor de Wet langdurige zorg (Wlz) of eigen bijdragen voor beschermd wonen of opvang in de Wmo 2015.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie leden maken zich ook ernstig zorgen over de aangekondigde maatregel in het programma-akkoord waarbij de eigen tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten in 2027 wordt afgeschaft vanwege de verlaging van het eigen risico. Kan worden toegelicht hoe hoog de tegemoetkoming arbeidsongeschikten in 2027 zou zijn en hoeveel arbeidsongeschikten daarom mislopen als deze maatregel vervalt. Kan worden aangegeven hoeveel mensen die de tegemoetkoming arbeidsongeschikten krijgen ook volledige eigen risico betalen? En kan er een inschatting worden gemaakt van het inkomenseffecten van het afschaffen van deze tegemoetkoming in combinatie met het verlagen van het eigen risico?

De financiële effecten van deze maatregel worden beïnvloed door meerdere maatregelen in het Hoofdlijnenakkoord, die nog niet allemaal zijn uitgewerkt. Zoals de compensatie voor burgers die is opgenomen in relatie tot de stijging van de zorgpremie door het verlagen van het eigen risico. In onderstaand antwoord wordt daarom het effect van beide maatregelen partieel beschreven, daar dit naar verwachting aansluit bij de gestelde vraag.

Alle mensen met een WAO-, WAZ-, WIA- en Wajong-uitkering en een arbeidsongeschiktheid van tenminste 35% ontvangen de tegemoetkoming arbeidsongeschikten. Naar schatting hebben in 2024 circa 815 duizend personen recht op deze tegemoetkoming. De tegemoetkoming arbeidsongeschikten bedraagt in 2024 netto € 217,29 per jaar. Naar

verwachting komt deze in 2027 uit op € 232,60 netto.

Ondanks dat niet precies bekend is in hoeverre alle gerechtigden van een AO-tegemoetkoming hun gehele eigen risico vol maken, is het wel aannemelijk dat dit voor een groot deel van deze populatie het geval zal zijn. Het financiële effect van het verlagen van het eigen risico en de afschaffing van de tegemoetkoming arbeidsongeschikten is ook afhankelijk van het feit of iemand zorgtoeslag ontvangt.

Zonder maatregelen om het eigen risico te verlagen, zou het eigen risico op basis van huidige inzichten in 2027 uitkomen op € 415,-. Ervan uitgaande dat er in beide gevallen sprake is van het betalen van het maximaal eigen risico, geldt dat deze groep in 2027 € 250 minder aan eigen risico gaat betalen, dan wanneer het eigen risico de komende jaren zou zijn geïndexeerd. Daar tegenover staat een premiestijging, die voor iedereen geldt, van naar verwachting € 205. Een (groot) deel van de AO-gerechtigden heeft recht op zorgtoeslag. Voor de zorgtoeslag is de standaardpremie, zijnde de gemiddelde nominale premie en het gemiddelde eigen risico, bepalend. Door de maatregelen neemt de zorgtoeslag naar verwachting toe met € 70. Zoals aangegeven zal naast deze effecten nog invulling gegeven moeten worden aan de in het Hoofdlijnenakkoord aangekondigde compensatie van burgers voor de stijgende premie(lasten) en ook andere maatregelen die de koopkracht raken.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief met daarin de analyse van de monitor stapeling eigen bijdragen. Het doet de leden van de VVD-fractie goed te zien dat het beleid van de afgelopen jaren een positief effect heeft niet alleen op het monitoren maar ook het tegengaan van de stapeling van eigen bijdragen. De leden van de VVD-fractie hebben hierbij nog wel enkele vragen.

Allereerst missen de leden van de VVD-fractie in de brief een zicht op het macrobeeld als het gaat om de collectief gefinancierde zorgkosten. Klopt het nog dat gemiddeld 93% van de uitgaven aan zorg voor een individu dat er gebruik van maakt, collectief wordt gefinancierd? Hoe is dat percentage in andere (OESO-)landen?

Internationale definities van zorguitgaven verschillen van de nationale definities die hoofdzakelijk zijn gebaseerd op het uitgavenplafond zorg (UPZ). Het UPZ bestaat vooral uit de zorguitgaven die op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet Langdurige Zorg (Wlz) worden gemaakt. Het verschil tussen de bruto en netto UPZ zijn de uitgaven die samenhangen met het verplichte eigen risico en de eigen bijdragen in Wlz, maar zonder de eigen bijdragen in de Zvw. Dit verschil als aandeel van de bruto UPZ is circa 6%. Dit percentage komt redelijk overeen met het in uw vraag genoemde percentage.

Om een internationale vergelijking mogelijk te maken gaan wij uit van de internationale definities van zorguitgaven. De internationale definitie³ van collectief gefinancierde gezondheidszorgkosten is: zorg die middels een zorgverzekering of overheid wordt gefinancierd. Eigen risico en eigen bijdragen vallen in deze definitie niet onder collectieve uitgaven. Op basis van internationaal gebruikte data blijkt dat 85% van de zorgkosten collectief wordt gefinancierd in Nederland.⁴ Ten opzichte van naburige landen zoals Duitsland, Frankrijk, Zweden, Noorwegen en Denemarken is dit vergelijkbaar. Het OESO gemiddelde ligt wel lager met 76%. De eigen betalingen maken 9% uit van de uitgaven aan gezondheidszorg in Nederland. Dit is relatief laag t.o.v. de andere OESO-landen (gemiddeld 19%) en andere EU-landen (gemiddeld 15%)⁵. De uitgaven aan aanvullende verzekeringen ligt met 4% van de uitgaven aan gezondheidszorg rond het OESO gemiddelde⁶.

Voor de eigen betalingen hanteert de internationale definitie een bredere benadering dan het verschil tussen bruto en netto UPZ. De eigen betalingen in de internationale statistieken (de 'out-of-pocket payments') zijn inclusief eigen risico, vrijwillig eigen risico en eigen bijdrage Wlz/Wmo en omvatten verder nog:

- De eigen bijdrage voor bepaalde medicijnen en hulpmiddelen, voor kraamzorg en ziekenvervoer
- De eigen betalingen van tandarts en fysiotherapie, voor zover niet gedekt door de (aanvullende) verzekering;
- De eigen betalingen aan medicijnen die niet worden gedekt door de collectieve verzekering, net als die te koop zijn in drogisterijen (bv. paracetamol en maagzuurremmer);

In de nationale monitor stapeling eigen bijdragen zijn alleen de wettelijke eigen betalingen opgenomen zijn en dus niet de aanvullende verzekeringen en de niet-vergoede zorg.

Omdat de data zijn gebaseerd op de uitgaven aan zorg die daadwerkelijk is geleverd, zeggen de nationale en internationale cijfers niets over zorgmijding

Kan de minister een overzicht geven van het aandeel inkomensafhankelijke bijdrage(n) die Nederlanders uitgeven aan de zorg, uitgesplitst naar verschillende inkomensgroepen? Kan de minister daarbij aangeven hoe deze bijdrage zich de afgelopen vijf jaar heeft ontwikkeld, ook in verhouding tot de inkomensontwikkeling?

Het gemiddelde bedrag aan inkomensafhankelijke eigen bijdragen als

³ Internationale definities volgen de System of Health Accounts (SHA)) van de gezondheidszorguitgaven. De categorisering daarvan is leidend om internationale vergelijkingen mogelijk te maken.

⁴ Op basis van de OESO 'Health at a Glance' publicatie (2023), en data gedateerd uit 2021.

⁵ Data 2021, bronnen Eurostat; OECD Stat.

⁶ Zie Health at a Glance 2023 : OECD Indicators | OECD iLibrary (oecd-ilibrary.org).

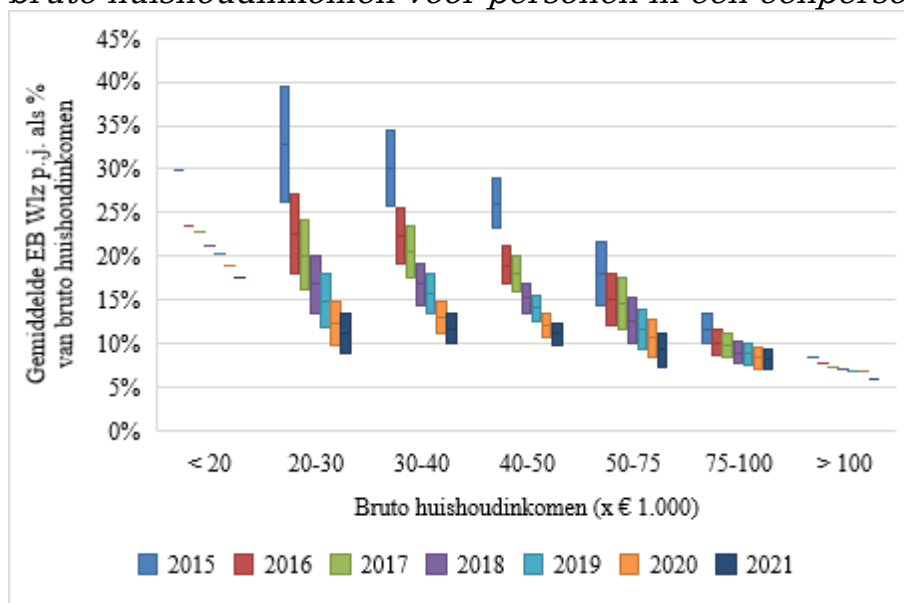
aandeel van het mediaan bruto huishoudinkomen is de afgelopen jaren gedaald voor alle inkomensgroepen. De monitor stapeling eigen bijdragen bevat meerdere eigen bijdragen die tijdens de periode 2015-2021 (deels) inkomensafhankelijk waren: de eigen bijdragen voor zorg op grond van de Wlz, de eigen bijdragen voor verblijf en opvang op grond van de Wmo en de eigen bijdragen voor ondersteuning thuis (ook wel zorg exclusief verblijf en opvang genoemd) op grond van de Wmo. Voor deze laatste categorie geldt sinds 2019 het abonnementstarief, waardoor die eigen bijdrage sindsdien niet meer inkomensafhankelijk is. De drie genoemde eigen bijdragen kennen een anticumulatieregeling; dat wil zeggen dat als een huishouden gelijktijdig gebruik maakt van enerzijds zorg op grond van de Wlz of van beschermd wonen op grond van de Wmo en anderzijds ondersteuning thuis vanuit de Wmo, dat dan alleen de eigen bijdrage Wlz of beschermd wonen vanuit de Wmo verschuldigd is. De eigen bijdrage voor ondersteuning thuis vanuit de Wmo komt dan te vervallen. Daardoor zijn er geen situaties waarbij er binnen één huishouden gelijktijdig zowel een eigen bijdrage Wlz als eigen bijdrage Wmo 2015 (voor beschermd wonen of ondersteuning thuis) voor komt. Ook betaalt een huishouden nooit meer dan één eigen bijdrage voor beschermd wonen en ondersteuning thuis op grond van de Wmo 2015.

De eigen bijdragen voor Wlz-zorg of voor beschermd wonen in de Wmo zijn relatief het hoogst. Tegelijkertijd zijn er veel meer cliënten die een eigen bijdrage voor de Wlz betalen dan voor beschermd wonen in de Wmo. Daarom is in onderstaande analyse gekozen om de gemiddelde eigen bijdrage Wlz als aandeel uit de drukken van het gehanteerde inkomensbegrip in de monitor, namelijk bruto huishoudinkomen.⁷ De ontwikkeling van dit aandeel wordt getoond voor de gehele periode die beschikbaar is in de monitor, namelijk de jaren 2015-2021. Meer recente gegevens zijn op dit moment nog niet beschikbaar. Verder wordt er onderscheid gemaakt tussen personen die behoren tot een een- of meerpersoonshuishouden, omdat zowel het inkomen als de eigen bijdragen hieraan gerelateerd zijn. Personen die tot een institutioneel huishouden behoren zijn buiten beschouwing gelaten in de analyse (net als in de Kamerbrief), omdat het bruto huishoudinkomen van deze personen mogelijk een overschatting bevat.

Figuur 1: Gemiddelde eigen bijdrage Wlz per jaar als aandeel van het

⁷ De inkomensafhankelijke eigen bijdragen worden gebaseerd op een ander inkomensbegrip dan wordt gehanteerd in de monitor stapeling eigen bijdragen, namelijk bijdrageplichtig inkomen. In de monitor is gekozen om het bruto huishoudinkomen te hanteren als inkomensbegrip, omdat het bijdrageplichtig inkomen alleen wordt berekend voor de vaststelling van de inkomensafhankelijke eigen bijdragen in de Wmo en Wlz, waardoor dit gegeven dus voor het merendeel van de bevolking niet beschikbaar is. Daarnaast worden de inkomensafhankelijke eigen bijdragen gebaseerd op het bijdrageplichtig inkomen van twee jaar eerder (t-2). Voor de monitor stapeling eigen bijdragen was het interessanter om te kijken naar het inkomen dat men heeft in het jaar waarin de eigen bijdrage betaald moet worden. Daarom is gekozen voor een robuust inkomensbegrip, namelijk bruto huishoudinkomen.

bruto huishoudinkomen voor personen in een eenpersoonshuishouden.

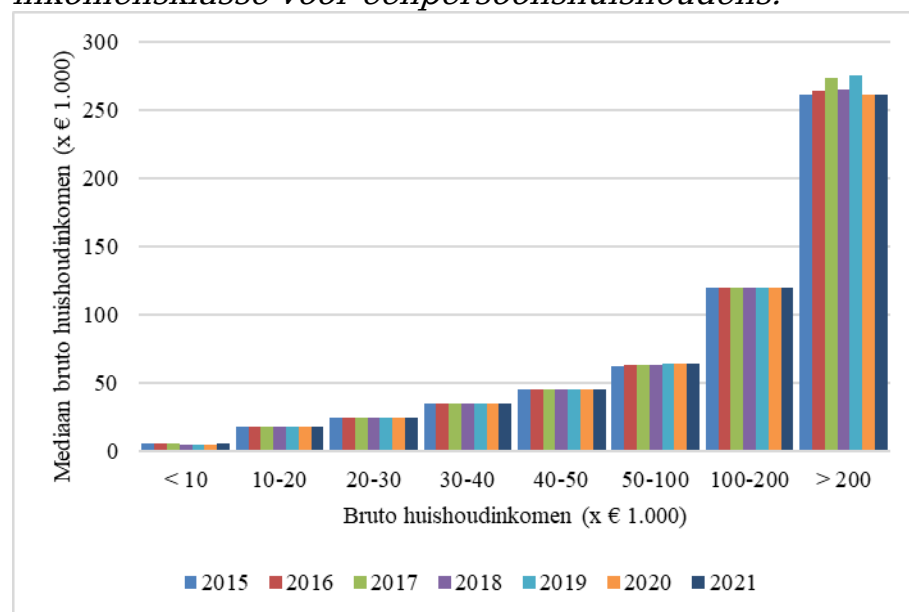


Figuur 1 toont de gemiddelde eigen bijdrage Wlz als aandeel van het bruto huishoudinkomen voor personen in een eenpersoonshuishouden. Hierbij is de veronderstelling gehanteerd dat iemand het gehele jaar dezelfde eigen bijdrage betaalt. Op de laagste en hoogste inkomensklassen na, wordt er voor iedere inkomensklasse een staaf getoond die overeenkomt met een specifiek jaar. De monitor geeft informatie over de gemiddelde eigen bijdrage per inkomensklasse. Een eigen bijdrage van € X per jaar als aandeel van een bruto huishoudinkomen van bijvoorbeeld € 20.000 geeft een hoger aandeel dan dezelfde eigen bijdrage als aandeel van een bruto huishoudinkomen van € 30.000. De bovenkant van de staven komen overeen met het aandeel van het bruto huishoudinkomen dat wordt ingevuld door de gemiddelde eigen bijdrage Wlz bij de ondergrens van de inkomensklasse. De onderkant van de staven komen overeen met het aandeel van het bruto huishoudinkomen dat wordt ingevuld voor de gemiddelde eigen bijdrage Wlz bij de bovengrens van de inkomensklasse. Voor de laagste en hoogste inkomensklassen is er geen onder- of bovengrens van de inkomensklasse bekend. Daarom wordt voor die inkomensklassen alleen de gemiddelde eigen bijdrage Wlz getoond als aandeel van het bruto huishoudinkomen van € 20.000 en € 100.000.

Zoals toegelicht in de Kamerbrief, maken personen met een lager inkomen relatief vaker gebruik van Wlz-zorg en in het bijzonder Wlz-zorg met verblijf waar de hoogste eigen bijdragen op van toepassing zijn. De eigen bijdragen voor zorg met verblijf zijn hoger dan andere eigen bijdragen, omdat deze cliënten méér en intensievere zorg ontvangen en omdat deze cliënten geen bijkomende kosten meer hebben voor wonen en voeding. Doordat mensen met een laag inkomen relatief vaker een hoge eigen bijdrage betalen, vormt de gemiddelde eigen bijdrage Wlz een groot aandeel van het bruto huishoudinkomen voor deze groepen. Naarmate het inkomen oploopt, neemt het gebruik van zorg met verblijf

af, waardoor ook de gemiddelde eigen bijdrage Wlz als aandeel van het bruto huishoudinkomen afloopt. Het aandeel kan tevens dalen doordat de eigen bijdragen Wlz zijn gemaximeerd. Als de maximum eigen bijdrage eenmaal is bereikt, zal bij een hoger inkomen de gemiddelde eigen bijdrage Wlz als aandeel van het bruto huishoudinkomen ook afnemen. Figuur 1 toont dat de gemiddelde eigen bijdrage Wlz als aandeel van het bruto huishoudinkomen voor elke inkomensklasse in de periode 2015-2021 is gedaald. De grootste daling heeft plaatsgevonden tussen 2015 en 2016. Wel is het belangrijk om hierbij op te merken dat de verandering tussen 2015 en 2016 mogelijk vertekend is door de (effecten van de) hervorming van de langdurige zorg in 2015. Tussen 2017 en 2018 is de eigen bijdrage Wlz onder andere gedaald door de beleidsmaatregel, waarbij het marginaal tarief bij de lage eigen bijdragen is verlaagd van 12,5% naar 10%. Hierdoor is het inkomen minder zwaar mee gaan tellen bij de berekening van de eigen bijdragen. Tussen 2018 en 2019 is de eigen bijdrage Wlz onder andere gedaald door de halvering (van 8% naar 4%) van de vermogensinkomensbijtelling (VIB), waardoor vermogen minder zwaar mee is gaan tellen bij de eigen bijdragen Wlz. Een andere factor die de dalende trend over de jaren kan verklaren is de relatieve verschuiving van afname van zorg met verblijf naar steeds meer afname van zorg zonder verblijf. Dit laatste hoeft niet te betekenen dat mensen minder kosten hebben, want de kosten voor verblijf zijn er ook bij zorg zonder verblijf, maar deze lopen dan niet via de eigen bijdragen.

Figuur 2: Ontwikkeling mediaan bruto huishoudinkomen per inkomensklasse voor eenpersoonshuishoudens.⁸

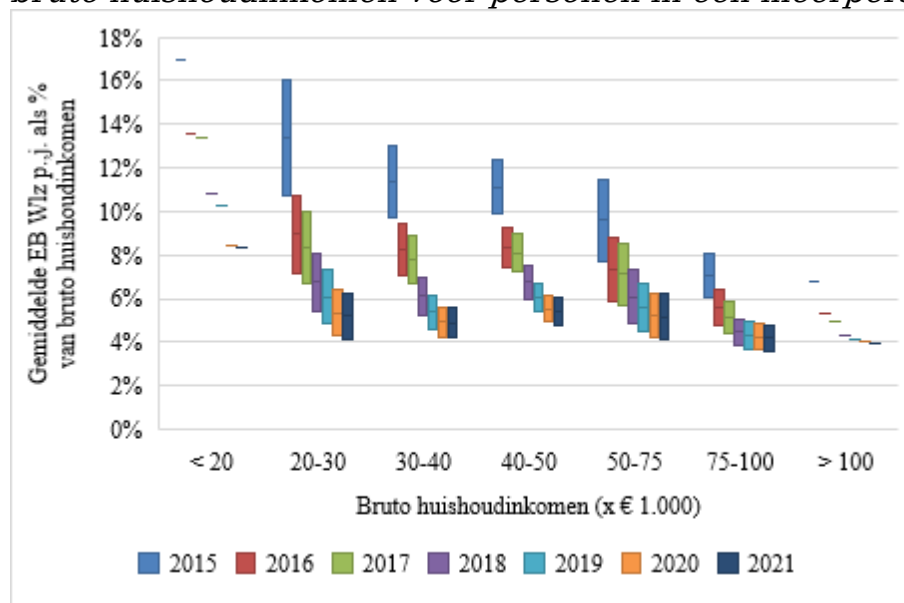


Figuur 2 toont de ontwikkeling van het mediane bruto huishoudinkomen per inkomensklasse voor eenpersoonshuishoudens. Hoewel het mediane bruto huishoudinkomen voor eenpersoonshuishoudens over alle inkomensklassen heen is gestegen de afgelopen jaren, zijn er grote

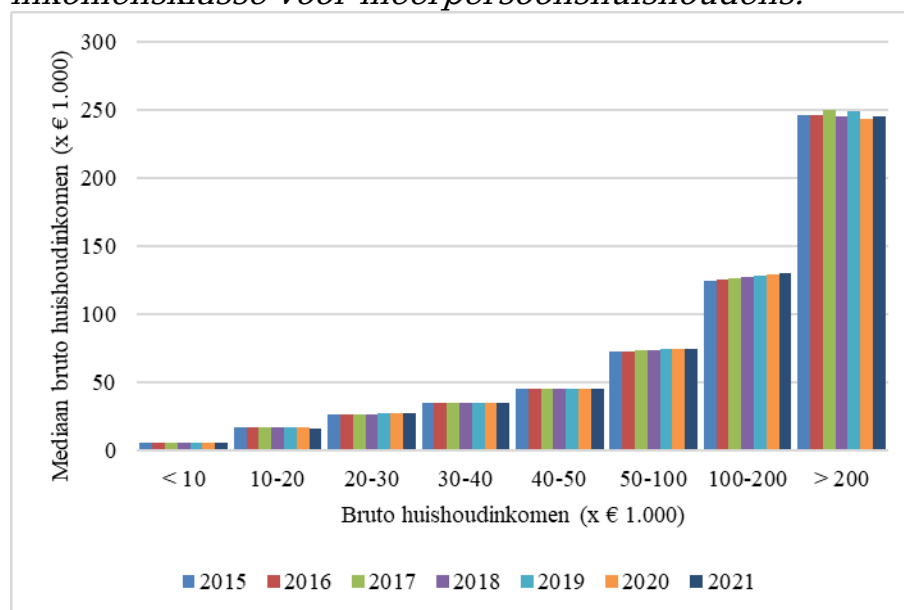
⁸ Bron: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83932NED/table?dl=A6FAE>

verschillen tussen de inkomensklassen. Voor de inkomensklassen tussen € 10.000 en € 100.000 is het mediane bruto huishoudinkomen licht gestegen in de periode 2016-2021, terwijl het mediane bruto huishoudinkomen voor de inkomensklassen tot € 10.000 en vanaf € 100.000 is gedaald in dezelfde periode. Echter, in de inkomensklassen waarbij het mediane bruto huishoudinkomen is gedaald, zijn de gemiddelde eigen bijdragen Wlz harder gedaald. Hierdoor zijn de gemiddelde eigen bijdragen Wlz een kleiner beslag gaan leggen op het bruto huishoudinkomen van alle inkomensklassen.

Figuur 3: Gemiddelde eigen bijdrage Wlz per jaar als aandeel van het bruto huishoudinkomen voor personen in een meerpersoonshuishouden.



Figuur 4: Ontwikkeling mediaan bruto huishoudinkomen per inkomensklasse voor meerpersoonshuishoudens.⁹



Figuren 3 en 4 tonen dezelfde informatie als hierboven, maar dan voor personen die behoren tot meerpersoonshuishoudens. Figuur 3 toont een vergelijkbaar patroon als figuur 1, maar hierbij is wel zichtbaar dat de gemiddelde eigen bijdrage Wlz als aandeel van het bruto huishoudinkomen een stuk lager ligt bij personen behorende tot meerpersoonshuishoudens dan bij eenpersoonshuishoudens. Dit komt doordat de hoge eigen bijdrage voor zorg met verblijf in de Wlz alleen verschuldigd is indien beide partners gebruik maken van zorg met verblijf. Dit komt nagenoeg niet voor. Het mediane bruto

⁹ Bron: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83932NED/table?dl=A6FAF>

huishoudinkomen voor meerpersoonshuishoudens is toegenomen over alle inkomensklassen heen, maar er zijn verschillen tussen de inkomensklassen. Voor alle inkomensklassen is het mediane bruto huishoudinkomen gestegen, behalve voor de inkomensklasse met een bruto huishoudinkomen tussen € 10.000 en € 20.000. Echter, in deze inkomensklasse is de gemiddelde eigen bijdrage Wlz harder gedaald dan het mediane bruto huishoudinkomen. Hierdoor zijn de gemiddelde eigen bijdragen Wlz een kleiner beslag gaan leggen op het bruto huishoudinkomen van alle inkomensklassen. Zoals ook toegelicht in de Kamerbrief, bevat de monitor alleen informatie over de gemiddelde eigen bijdrage per groep. Bovenstaande conclusies hoeven daardoor niet per definitie voor iedereen van toepassing te zijn.

En is bekend in hoeverre gemeentelijke zorgpolissen of gemeentelijke toeslagen en ondersteuning er jaarlijks worden uitgekeerd die de eigen bijdragen in de zorg (deels) compenseren? Kan de minister daar inzicht in geven?

De exacte bedragen hierover zijn mij niet bekend. Ik heb wel informatie ontvangen van bureau BS&F dat 297 gemeenten adviseert over de gemeentepolis. De gemeentepolis kan voor inwoners met hoge zorgkosten interessant zijn, omdat de gemeente een korting biedt op de zorgpremie. Bureau BS&F geeft aan dat 175 gemeenten (van deze 297 gemeenten; 72%) een gemeentepolis aanbieden waarbij het verplicht eigen risico is meeverzekerd. Daarnaast hebben 39 gemeenten een gemeentepolis waarbij het eigen risico vooraf gespreid betaald wordt, met teruggaaf van het niet geconsumeerde eigen risico. Er zijn 288 gemeenten die een gemeentepolis aanbieden waarbij de eigen bijdrage van de Wmo wordt vergoed. Andere eigen bijdragen die worden vergoed in de gemeentepolis, zijn bijvoorbeeld de eigen bijdragen voor mondzorg, geneesmiddelen, een gebitsprothese, kraamzorg, hulpmiddelen (zoals hoortoestellen en orthopedisch schoeisel) en ziekenvervoer. De mate waarin dit gebeurt, verschilt per gemeente.

Er zijn ook andere vormen van minima beleid met betrekking tot de eigen bijdrage Wmo. In sommige gemeenten hoeven bewoners vanaf een bepaald inkomen geen eigen bijdrage te betalen. Het CAK laat weten dat er dit jaar (2024) 65 gemeenten zijn die een minimabeleid hanteren met betrekking tot de eigen bijdrage Wmo. Elke gemeente bepaalt zelf welke inkomensgrenzen hierbij gehanteerd moeten worden.

Tot slot zijn er ook gemeentelijke regelingen die zich in algemenere zin richten op compensatie van zorgkosten. Bijvoorbeeld de individuele bijzondere bijstand, of een tegemoetkoming voor inwoners met hoge(re) zorgkosten (tegemoetkoming chronisch zieken, tegemoetkoming eigen risico, tegemoetkoming in premie voor de aanvullende verzekering).

Kan de minister bij tabel 2 per aandeel eigen bijdrage ook schetsen om welke omvang van de bevolking het daarbij gaat? Hoeveel mensen

betaalden bijvoorbeeld €23,- Eigen Risico in de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2021?

In tabel 1 in de Kamerbrief zijn de aantallen personen met een specifieke eigen bijdrage weergegeven die horen bij de gemiddelde eigen bijdragen uit tabel 2. In tabel 1 is bijvoorbeeld te zien dat het bedrag van € 23 voor het eigen risico in de Zvw in 2021 het gemiddelde bedrag is voor 11,1 miljoen mensen. Zoals aangegeven in de Kamerbrief zat er een onderschatting voor de eigen bijdragen kraamzorg voor de jaren 2015 en 2016 in de monitor. Dit is begin mei gecorrigeerd in de monitor. Hieronder staat een nieuwe versie van tabel 1 uit de Kamerbrief, incl. tussenliggende jaren en voor de Wmo ook specifiek het onderscheid tussen ondersteuning thuis en verblijf en opvang.

Tabel 1: Aantal personen (in mln) met eigen bijdrage

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
ER Zvw	10,8	10,9	11,0	11,1	11,2	10,9	11,1
EB Zvw	1,3	1,5	1,6	1,7	1,9	1,9	2,2
EB Wmo ¹⁰	0,5	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5
w.v. ondersteuning thuis (totaal exclusief verblijf en opvang)	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5
w.v. verblijf en opvang (of combinatie van ondersteuning thuis en verblijf en opvang)	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01
EB Wlz	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Totaal aantal personen met eigen bijdrage ¹¹	11,0	11,1	11,2	11,4	11,5	11,2	11,4
Totale bevolking	17,0	17,1	17,2	17,3	17,4	17,5	17,6

De leden van de VVD-fractie zijn niet verrast dat de vergrijzende samenleving zorgt voor een stijging in het aandeel van personen met meerdere eigen bijdragen. Wat kan op basis van demografische verwachtingen gezegd worden over de ontwikkeling van deze stijging: verwacht de minister dat deze stijging de komende jaren doorzet of (redelijk) stabiel blijft?

Demografie is één van de factoren die van invloed is op de ontwikkeling van de zorgvraag en de zorguitgaven. In het rapport 'Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060 Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijke Raad voor het

¹⁰ Bij de combinatie van een eigen bijdrage Wmo exclusief verblijf en opvang en een eigen bijdrage voor de Wlz of beschermd wonen in de Wmo 2015 is er sprake van anti-cumulatie. In aantal personen kan er dus sprake zijn van overlap van eigen bijdragen, maar de eigen bijdrage Wmo exclusief verblijf en opvang is in die gevallen gelijk aan € 0.

¹¹ De som van de aantallen personen per soort eigen bijdrage telt niet op tot het totaal, omdat personen meer dan één eigen bijdrage tegelijkertijd kunnen hebben.

Regeringsbeleid. Deel 1: toekomstprojecties”¹² stelt het RIVM dat de invloed van demografische veranderingen verschilt per sector. Zo wordt de groei in de curatieve zorg vooral veroorzaakt door niet-vergrijzingsgerelateerde factoren zoals de doorzettende intensivering van zorg. Mensen komen door nieuwe diagnostiek en voortschrijdende medische kennis eerder in de zorg terecht, en worden daar ook langer en intensiever behandeld – bij chronische aandoeningen vaak een heel leven lang. Bovendien gaan die behandelingen gepaard met steeds meer nieuwe, vaak dure, technologie of geneesmiddelen. Demografie heeft vooral een grote invloed op de ouderenzorg, waarbij technologische ontwikkelingen en een stijgende welvaart een veel kleinere rol spelen. Bij de ontwikkeling van de ouderenzorg zien we wel een afname van de gemiddelde jaarlijkse groei van de zorguitgaven na 2040 die samenhangt met vergrijzing.

Als gevolg van demografische veranderingen is daarmee de verwachting dat de zorgvraag de komende jaren verder toeneemt, met name in de ouderenzorg. Vanuit dit inzicht valt daarom een verdere stijging van het aantal personen met meerdere eigen bijdragen te verwachten. Of het aandeel personen met meerdere eigen bijdragen ook zal stijgen is afhankelijk van meerdere factoren, zowel op het gebied van de zorgvraag als het beleid omtrent de eigen bijdragen zelf.

De leden van de VVD-fractie lezen dat er een onderschatting blijkt te zitten in de eigen bijdragen voor kraamzorg in de jaren 2015 en 2016. Wat is de oorzaak van deze onderschatting? En hoe zien de actuelere cijfers eruit?

Het Zorginstituut heeft onder andere cijfers over de hoogte van de eigen bijdragen voor kraamzorg aangeleverd bij CBS voor de monitor stapeling eigen bijdragen. Tijdens de analyse van de cijfers van de monitor is ontdekt dat er een vergissing gemaakt was en dat de eigen bijdragen voor kraamzorg in 2015 en 2016 niet klopten. Het Zorginstituut heeft de cijfers inmiddels opnieuw aangeleverd en CBS heeft de nieuwe cijfers voor 2015 en 2016 verwerkt in de monitor.¹³ Deze heraanlevering kon niet meer verwerkt worden in de Kamerbrief Analyse monitor stapeling eigen bijdragen (Kamerstukken II 2023–2024, 29689, nr. 1248). De nieuwe cijfers voor de eigen bijdragen kraamzorg voor 2015 en 2016 zijn zowel voor het aantal personen als de gemiddelde eigen bijdrage per maand vergelijkbaar met de jaren vanaf 2017.

De stijging van het aantal personen met een eigen bijdrage voor geneesmiddelen komt naar verwachting ook doordat er nieuwe geneesmiddelen op de markt komen, zo lezen de leden van de VVD-fractie. Hoe hebben de aantallen nieuwe geneesmiddelen zich ontwikkeld

¹² <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/2020-0059.pdf>

¹³ Zie bijvoorbeeld: <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/publicaties/maatwerk-publicaties/2023/12/22/stapelingsmonitor-eigen-risico-en-eigen-bijdrage-zvw-wmo-wlz-2015-2021>

gedurende de periode 2016-2021?

Er is helaas geen database beschikbaar waaruit blijkt hoeveel nieuwe geneesmiddelen, in het bijzonder extramurale geneesmiddelen waarvoor een eigen bijdrage geldt, er op de markt zijn gekomen in die periode. We observeren een stijging van het aantal mensen dat geneesmiddelen gebruikt en dat komt met name door de vergrijzing. Daarnaast komen er ook nieuwe middelen op de markt waarvoor een eigen bijdrage betaald moet worden, zoals bepaalde geneesmiddelen met de werkzame stof Selexipag en Mercaptamine.

Daarnaast zijn de leden van de VVD-fractie benieuwd of er al enigszins een inschatting kan worden gegeven van de effecten op de monitor door herinvoering van een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage inde Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015?

De vervanging van het abonnementstarief door de inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage (ivb) in de Wmo 2015 betekent dat het vaste bedrag per maand komt te vervallen en dat cliënten een eigen bijdrage gaan betalen gebaseerd op de financiële draagkracht. Een deel van de huishoudens dat gebruik maakt van de Wmo 2015 gaat daarom als gevolg van de maatregel een hogere eigen bijdrage betalen dan het abonnementstarief. Waar invoering van het abonnementstarief dus leidde tot een daling van de gemiddelde eigen bijdrage Wmo 2015 per maand, zal invoering van de ivb weer leiden tot een stijging van de gemiddelde eigen bijdrage Wmo 2015 per maand. De ivb zal na invoering worden meegenomen in de monitor stapeling eigen bijdragen. Het is op dit moment nog niet mogelijk om het effect van de ivb op de monitor stapeling eigen bijdragen te kwantificeren, daar dit de komende jaren ook mede afhankelijk is van andere ontwikkelingen, zowel op het gebied van eigen bijdragen als de ontwikkeling van de zorgvraag.

De leden van de VVD-fractie vinden het belangrijk dat ook de eigen bijdragen voor hulpmiddelen in de monitor worden meegenomen om zo een goed en compleet beeld te krijgen. Wat is de reden dat er geen representatieve cijfers bekend zijn over de ontwikkeling van eigen bijdragen voor hulpmiddelen? Wanneer kan de minister meer zeggen over de uitkomsten van de gesprekken met zorgverzekeraars?

Zoals ik in mijn brief van 28 september 2023 (Kamerstukken II 2023-2024, 29689, nr. 1226) heb aangegeven is het duidelijk geworden dat er verschillen bestaan tussen zorgverzekeraars bij het gebruik van declaratiecodes van hulpmiddelen. Dit wordt mede veroorzaakt door verschillen in inkoopafspraken en heeft bijvoorbeeld als gevolg dat de leverancier - op basis van bundelafspraken met de verzekeraar - kan bepalen welk hulpmiddel in het concrete geval het meest passend is. Daardoor is niet altijd met zekerheid te zeggen welk hulpmiddel exact is geleverd en is het op dit moment helaas niet

mogelijk om de eigen bijdragen voor hulpmiddelen in de Zvw met voldoende zekerheid op te nemen. Ik ben momenteel in overleg met zorgverzekeraars om te bezien of de eigen bijdragen van hulpmiddelen toch opgenomen kunnen worden in de monitor. Ik kan daar op dit moment niet meer over zeggen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie hebben de analyse van de monitor stapeling eigen bijdragen met interesse gelezen. De leden hebben daarover een aantal vragen.

De leden van NSC-fractie vragen de minister hoe de beleidsmaatregelen zoals de maximering van de eigen bijdragen voor extramurale geneesmiddelen en de invoering van het abonnementstarief in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 specifiek bijdragen aan de daling van de gemiddelde eigen bijdrage voor personen met meerdere eigen bijdragen?

In 2019 is er een maximum van jaarlijks € 250 ingevoerd voor de eigen bijdragen voor extramurale geneesmiddelen. Dit betekent dat verzekerden niet meer dan € 250 per jaar verschuldigd zijn aan eigen bijdragen voor deze extramurale geneesmiddelen en dat de zorgverzekeraar eventuele eigen bijdragen aan extramurale geneesmiddelen boven een bedrag van € 250 vergoed. Dit maximum is meerdere keren verlengd en de minister voor Medische Zorg heeft besloten deze met nog een jaar te verlengen tot 2026.

In 2019 is het abonnementstarief ingevoerd voor ondersteuning thuis in de Wmo.¹⁴ Hierdoor betaalt elke cliënt die van één of meerdere Wmo-voorzieningen gebruik maakt, een vast bedrag per maand (€20,60 in 2024), ongeacht het inkomen. Voorafgaand aan invoering van het abonnementstarief, was er voor desbetreffende Wmo-maatwerkvoorzieningen een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage van kracht.

Beide maatregelen, de maximering van de eigen bijdragen voor extramurale geneesmiddelen en het abonnementstarief in de Wmo, betreffen dus een verlaging van deze specifieke eigen bijdragen. Voor mensen die één of beide van deze eigen bijdragen betalen, kan het bedrag aan eigen bijdrage door deze maatregelen gedaald zijn.

De leden de NSC-fractie lezen in de monitor dat wordt beoogd om voor de meeste huishoudens de inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage Wmo geleidelijk op te laten lopen vanaf een bijdrageplichtig inkomen van 120% van het sociaal minimum. Mensen met lage inkomens blijven daarmee het bedrag van het huidige abonnementstarief van

¹⁴ Per 2019 geldt het abonnementstarief voor maatwerkvoorzieningen in de Wmo 2015. Per 2020 is het abonnementstarief ook van toepassing op algemene voorzieningen met een duurzame hulpverleningsrelatie in de Wmo 2015.

€20,60 per maand betalen. Kan de minister aangeven of het huidige abonnementstarief in de nieuwe inkomens- en vermogensafhankelijke bijdrage bij de Wmo de minimumbijdrage is? Kan de minister aangeven of er al een inkomensgrens is bepaald waaronder cliënten geen eigen bijdrage verschuldigd zijn?

Voornemen is dat huishoudens met een bijdrageplichtig inkomen tot 120% van het sociaal minimum een eigen bijdrage gaan betalen die gelijk is aan het abonnementstarief dat tot aan het moment van inwerkingtreding van de inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage (ivb) van toepassing is voor maatwerkvoorzieningen en algemene voorzieningen met een duurzame hulpverlenersrelatie. Dit is de minimum eigen bijdrage en deze bedraagt 20,60 per maand (in prijspeil 2024). Deze minimum eigen bijdrage zal nog worden geïndexeerd naar prijspeil 2026 aan de hand van de consumentenprijsindex (CPI).

Het voornemen is om voor meerpersoonshuishoudens waarvan tenminste één van beide partners nog niet pensioengerechtigd is, een andere inkomensgrens te hanteren, namelijk 170% van het sociaal minimum, en te regelen dat zij onder die inkomensgrens geen eigen bijdrage hoeven te betalen. Voor deze groep wordt hiermee de vrijstelling hersteld van vóór de invoering van het abonnementstarief. (Die vrijstelling was per 2017 geïntroduceerd als financiële compensatie voor eenverdienerhuishoudens waarbij één van de partners chronisch ziek is en het voornemen is om die om vergelijkbare overwegingen opnieuw in te voeren.)

Op dit moment, sinds de invoering van het abonnementstarief in 2019, betalen deze meerpersoonshuishoudens helemaal geen eigen bijdrage, ongeacht hun inkomen en vermogen. Van zo'n volledige vrijstelling zal binnen bovengenoemd voornemen geen sprake meer zijn.

Daarnaast heeft de gemeente bestaande mogelijkheden om maatwerk te bieden. Zo hebben gemeenten bijvoorbeeld de mogelijkheid om een inkomensgrens te bepalen waar beneden burgers geen eigen bijdrage verschuldigd zijn (het zogenoemde minimabeleid) en om individuele burgers vanwege bijzondere omstandigheden (zoals een gebrek aan betalingscapaciteit) vrij te stellen van het betalen van eigen bijdrage.

Kan de minister aangeven wat de verwachte gevolgen voor de stapeling van eigen bijdragen voor de toegankelijkheid van zorg na de afschaffing van het abonnementstarief in de Wmo en de herinvoering van de inkomen en vermogensafhankelijke eigen bijdrage?

De betreffende Wmo-voorzieningen blijven financieel toegankelijk doordat de hoogte van de eigen bijdrage wordt afgestemd op de financiële draagkracht van de burger, de eigen bijdrage wordt gemaximeerd, samenloop met andere eigen bijdragen uit hoofde van de Wmo 2015 of Wlz wordt voorkomen en de huidige mogelijkheden blijven bestaan om burgers vanwege bijzondere omstandigheden (zoals een

gebrek aan betalingscapaciteit) vrij te stellen van het betalen van de eigen bijdrage.

De verwachting is dat door de invoering van de inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage (ivb) de beschikbaarheid van voorzieningen zal verbeteren voor burgers die niet in staat zijn om de ondersteuning die zij nodig hebben zelf te bekostigen en/of te organiseren en daarvoor dus op de gemeente zijn aangewezen. De verwachting is namelijk dat mensen die hiertoe wel in staat zijn, als gevolg van de ivb minder vaak een beroep zullen doen op de Wmo 2015. De schaarse capaciteit die beschikbaar is voor het aanbieden van Wmo-voorzieningen kan daardoor beter (c.q. gericht) worden ingezet voor burgers die voor hun ondersteuning van de Wmo 2015 afhankelijk zijn.

Het wetsvoorstel waarmee de afschaffing van het abonnementstarief en de herinvoering van een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage (ivb) in de Wmo 2015 worden geregeld, wordt op dit moment uitgewerkt en kan naar verwachting dit najaar worden aangeboden aan de Tweede Kamer.

De leden van de NSC-fractie lezen in de monitor dat personen met lage inkomens vaak hogere eigen bijdragen betalen, vanwege hun hogere gebruik van Wet langdurige zorg (Wlz) met verblijf. Welke aanvullende maatregelen overweegt de minister om deze last voor lage inkomens te verlichten?

De eigen bijdragen voor de Wlz hangen af van de leveringsvorm én van het inkomen en vermogen van mensen. Iemand met een hoger inkomen betaalt dus, voor dezelfde zorgvorm, een hogere eigen bijdrage dan iemand met een lager inkomen. Mensen met lage inkomens maken echter aanzienlijk vaker gebruik van Wlz-zorg, en in het bijzonder Wlz-zorg met verblijf. De wettelijke eigen bijdragen voor de Wlz en in het bijzonder voor Wlz-zorg met verblijf zijn hoger dan de eigen bijdragen voor andere zorgvormen, zoals zorg in de Zvw. Daarom zien we dat mensen met een lager inkomen gemiddeld genomen hogere eigen bijdragen betalen. Ik vind dat verdedigbaar: de eigen bijdrage voor zorg met verblijf is hoger is dan andere eigen bijdragen, omdat deze cliënten méér en intensieve zorg ontvangen en omdat deze cliënten geen bijkomende kosten meer hebben voor wonen en voeding. Voor die groep wordt de hoge eigen bijdrage dus wel zichtbaar in de monitor stapeling eigen bijdragen, maar niet de daling op kosten voor wonen en voeding. Bovendien blijkt uit de analyse dat mensen met een hoger inkomen én die Wlz-zorg gebruiken een hogere eigen bijdragen betalen dan mensen met een lager inkomen die Wlz-zorg betalen. Ik zie geen aanleiding om aanvullende maatregelen te treffen, maar dat is ook aan een nieuwe bewindspersoon.

De leden van de NSC-fractie lezen in de monitor dat de gemiddelde eigen betalingen in Nederland lager zijn dan de EU en OESO-gemiddelden.

Welke specifieke factoren dragen bij aan deze lagere eigen betalingen in Nederland en hoe kunnen deze factoren verder worden versterkt?

De eigen betalingen maken 9% uit van de uitgaven aan gezondheidszorg in Nederland. Dit is relatief laag t.o.v. de andere OESO-landen (gemiddeld 19%) en andere EU-landen (gemiddeld 15%)¹⁵. Ik merk op dat hierbij gebruik wordt gemaakt van een internationale definitie, om cijfers te kunnen vergelijken. Hierin geldt overigens een wat bredere definitie van eigen betalingen dan de definitie die in Nederland wordt gehanteerd. De verschillen kunnen veel oorzaken hebben. Een analyse over de verschillen tussen landen voort voor nu te ver. Wel geldt dat, zoals ook in mijn brief van 8 mei jl. is te lezen, dit demissionaire kabinet en het vorige kabinet diverse beleidsmaatregelen heeft genomen om de eigen bijdragen te verlagen. Het nog verder verlagen van de eigen bijdragen is een politieke keuze die aan een nieuw kabinet is.

De leden van de NSC-fractie vragen de minister wat de meest belangrijke factoren zijn die hebben geleid tot de toename van het aantal personen met meerdere eigen bijdragen van 10% in 2016 tot 14% in 2021?

Uit de analyse van de monitor stapeling eigen bijdragen blijkt inderdaad dat er tussen 2016 en 2021 relatief meer mensen meerdere eigen bijdragen zijn gaan betalen, terwijl het aandeel mensen met één eigen bijdrage in dezelfde periode is afgenomen. Deze verschuiving komt naar verwachting door de toenemende zorgvraag vanwege de vergrijzing. Mensen gebruiken vaker zorg in verschillende domeinen, waardoor ze meerdere soorten eigen bijdragen betalen. Het is overigens niet zo dat de verschuiving komt door nieuwe eigen bijdragen: in de periode tussen 2015 en 2021 zijn er geen nieuwe eigen bijdragen geïntroduceerd.

De leden van de NSC-fractie vragen de minister in hoeverre de specifieke groepen zoals chronisch zieken, gehandicapten en ouderen met meerdere eigen bijdragen zijn oververtegenwoordigd in de monitor en welke aanvullende beleidsmaatregelen overwogen worden om deze groepen te ondersteunen?

De monitor stapeling eigen bijdragen omvat de gehele Nederlandse bevolking en betreft daarmee geen steekproef. Hierdoor is het niet mogelijk dat bepaalde groepen, zoals chronisch zieken, gehandicapten en ouderen met meerdere eigen bijdragen, oververtegenwoordigd zijn. In mijn brief geef ik aan dat er momenteel twee andere trajecten lopen: 'Doe onbeperkt mee' en 'Vereenvoudiging inkomensondersteuning voor mensen (VIM)'. Die trajecten richten zich juist wel op specifieke groepen, zoals mensen met een beperking. Ik wil de resultaten van deze trajecten afwachten en op dit moment nog geen verdere stappen nemen.

De leden van de NSC-fractie lezen in de monitor over gemiddelden. Kan

¹⁵ Data 2021, bronnen Eurostat; OECD Stat.

de minister aangeven wat het maximum is wat mensen kunnen betalen bij de stapeling van kosten en welke groepen daar het meest last van hebben?

Vanwege privacy-overwegingen en kwaliteit van de data is het niet mogelijk om maxima, en daarmee zeer kleine groepen of wellicht tot individuen te herleiden gegevens, in beeld te brengen.

In absolute zin zullen de hoogste eigen bijdragen gelden voor cliënten die Wlz-zorg in een instelling ontvangen en de daarvoor de maximale hoge eigen bijdrage betalen. De maximale eigen bijdrage voor beschermd wonen in de Wmo 2015 is gelijk aan de maximale eigen bijdrage voor zorg met verblijf in de Wlz. Ik merk hierbij op dat deze eigen bijdrage inkomens- en vermogensafhankelijk is, en cliënten met een smallere beurs dus een lager bedrag betalen ten opzichte van mensen met een hoger inkomen en vermogen. Ook geldt dat cliënten die zorg in een instelling ontvangen geen bijkomende kosten voor wonen en voeding hebben. Voor die groep is de hoge eigen bijdrage dus wel zichtbaar in de monitor stapeling eigen bijdragen, maar niet de daling op kosten voor wonen en voeding. Als deze personen daarnaast nog zorg uit de Zvw ontvangen waarvoor een eigen risico en/of een eigen bijdrage geldt dan komt dit bovenop de (hoge) eigen bijdrage voor de Wlz. Er is in de monitor geen uitsplitsing mogelijk naar cliënten die de (maximale) hoge eigen bijdrage betalen. Overigens wordt de maximale hoge eigen bijdrage door een heel beperkt aandeel van de cliënten betaald.

De leden van de NSC-fractie lezen in de monitor dat het rapport van het Nivel een globaal beeld geeft van eigen betalingen voor hulpmiddelen. Wat zijn de plannen om deze gegevens structureel op te nemen in de monitor stapeling eigen bijdragen en welke uitdagingen komen hierbij kijken? Welke eigen bijdragen worden nog meer gemist? In ieder geval niet de eigen bijdrage voor de eerste twintig verrichtingen van de fysiotherapie? Wat zijn daarvan de gevolgen voor de stapeling van kosten?

Zoals ik in mijn brief van 28 september 2023 (Kamerstukken II 2023-2024, 29689, nr. 1226) heb aangegeven is het duidelijk geworden dat er verschillen bestaan tussen zorgverzekeraars bij het gebruik van declaratiecodes van hulpmiddelen. Dit wordt mede veroorzaakt door verschillen in inkoopafspraken en heeft bijvoorbeeld als gevolg dat de leverancier - op basis van bundelafspraken met de verzekeraar - kan bepalen welk hulpmiddel in het concrete geval het meest passend is. Daardoor is niet altijd met zekerheid te zeggen welk hulpmiddel exact is geleverd en is het op dit moment helaas niet mogelijk om de eigen bijdragen voor hulpmiddelen in de Zvw met voldoende zekerheid op te nemen. Ik ben momenteel in overleg met zorgverzekeraars om te bezien of de eigen bijdragen van hulpmiddelen toch opgenomen kunnen worden in de monitor.

Op de eigen bijdragen voor hulpmiddelen in de Zvw na, is de monitor compleet wat betreft de eigen bijdragen die verzekerden moeten betalen uit hoofde van de tot het basispakket behorende verzekerde zorg uit hoofde van de

Zorgverzekeringswet (Zvw), alsmede voor zorg in het kader van de Wet Langdurige Zorg (Wlz) en/of voor ondersteuning vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015 (Wmo 2015).

Zoals in de Kamerbrief wordt beschreven zijn er nog meer uitgaven die mensen kunnen maken voor zorg, maar die geen wettelijk eigen bijdragen zijn, zoals bijvoorbeeld de nominale premie voor de basisverzekering en kosten voor zorg buiten het basispakket. De eerste twintig verrichtingen van de fysiotherapie horen tot de laatste categorie. Deze kosten vallen niet onder de afbakening van de monitor. De monitor kijkt op dit moment alleen naar wettelijk eigen bijdragen en hier gaat om uitgaven voor niet-verzekerde zorg.

De leden van de NSC-fractie lezen in de monitor dat er variatie binnen inkomensgroepen, zoals bij lage inkomens als studenten. Hoe wordt bij beleidsvorming rekening gehouden met deze verschillen om gerichte maatregelen te treffen?

Tijdens de opzet van de monitor stapeling eigen bijdragen zijn een aantal alternatieve indelingen verkend, waarbij er fijnmaziger op bepaalde groepen ingezoomd kon worden binnen de monitor. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het toevoegen van extra inkomensklassen en persoonskenmerken. Daarbij werd in veel gevallen het aantal personen/huishoudens per groep¹⁶ te klein¹⁷. In dat geval komt de privacy en ook de kwaliteit van de inkomensgegevens te veel onder druk te staan. Hierdoor kan de monitor bijvoorbeeld bij de laagste inkomensklasse geen onderscheid maken tussen gezonde mensen met een laag inkomen (studenten) en mensen met veel zorgkosten en een laag inkomen.

Bij beleidsvorming is het belangrijk om hier bewust van te zijn. Op het gebied van eigen bijdragen zal er bij beleidsvorming bijna altijd meer informatie nodig zijn dan dat er in de monitor opgenomen kon worden. Daarom worden vaak meerdere databronnen geraadpleegd. Daarbij wil ik benadrukken dat het de inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdragen zelf, zoals voor Wlz en verblijf en opvang in de Wmo, wél op een fijnmazige manier rekening wordt gehouden met verschillen in

¹⁶ Met groep wordt bedoeld de combinatie van een (aantal) eigen bijdrage(n) en specifieke persoonskenmerken.

¹⁷ In de monitor zijn de aantallen personen en huishoudens steeds afgerond op honderdtallen. Als het afgeronde getal minder dan 100 is, dan wordt de uitkomst voor zowel het aantal personen/huishoudens als de gemiddelde eigen bijdrage per maand in de monitor niet weergegeven. Het toevoegen van meer klassen van bestaande variabelen of het toevoegen van extra variabelen zorgt er in veel gevallen voor dat de groepen afgerond niet groter zijn dan 100, waardoor de uitkomsten niet getoond worden. Het toevoegen van extra informatie kan dus uiteindelijk leiden tot minder inzicht.

inkomen en vermogen. Ze zijn derhalve niet gebaseerd op de grovere groepen en enkel bruto huishoudinkomen.

De leden van de NSC-fractie lezen in de monitor geen overzicht over wat de stapeling van eigen bijdrage betekent voor een heel gezin met meerdere zorgvragen bij meerdere personen. Kan de minister daar een beeld van schetsen. Bijvoorbeeld een gezin met twee kinderen en één inkomen waarvan elk gezinslid een zorgvraag heeft?

De monitor geeft geen inzicht in zeer specifieke groepen, omdat de aantallen personen of huishoudens per groep dan te klein worden en de privacy en ook de kwaliteit van de inkomensgegevens te veel onder druk te staan. Helaas is het daarom niet mogelijk om op basis van de monitor inzicht te geven in de stapeling van eigen bijdragen voor een gezin met twee kinderen, één inkomen en meerdere zorgvragen. O.b.v. de monitor wordt namelijk niet duidelijk hoeveel gezinsleden binnen een huishouden een zorgvraag hebben. Daarbij moet ik ook opmerken dat er ook sprake kan zijn van een zorgvraag zonder dat daar een eigen bijdrage tegenover staat (denk bijvoorbeeld aan kinderen die zijn uitgezonderd van het eigen risico). Een uitsplitsing naar inkomensgroep o.b.v. monitor is wel mogelijk, maar dit geeft niet aan welke en hoeveel inkomensbronnen een huishouden heeft.

De monitor kan wel inzicht geven in iets minder gedetailleerde groepen. Onderstaande tabel bevat gegevens over het aantal huishoudens met één of meerdere eigen bijdragen en de gemiddelde eigen bijdragen per maand in 2021. In de tabel is te zien dat de grootste groepen huishoudens met eigen bijdragen, eenpersoonshuishoudens en paren zonder (thuiswonende) kinderen zijn. Paren zonder (thuiswonende) kinderen hebben ten opzichte van de andere huishoudsamenstellingen de hoogste gemiddelde bijdrage (€ 51 per maand). De gemiddelden zijn overigens hoger dan de gerapporteerde gemiddelden in tabel 2 van de brief, omdat tabel 2 gemiddelden op persoonsniveau zijn, terwijl onderstaande tabel gemiddelden op huishoudensniveau bevat.

Tabel 2: Aantal huishoudens (in mln) met eigen bijdrage(n) en gemiddelde eigen bijdrage per maand (2021)

Huishoudsamenstelling	Aantal huishoudens	Gemiddelde EB p.m.
Eenpersoonshuishouden zonder thuiswonende kinderen	2,4	€ 36
Eenouderhuishouden met 1 kind	0,3	€ 39
Eenouderhuishouden met 2 kinderen of meer	0,2	€ 37

Paar zonder thuiswonende kinderen	2,2	€ 51
Paar met 1 kind	0,7	€ 49
Paar met 2 kinderen	0,8	€ 43
Paar met 3 of meer kinderen	0,3	€ 45
Overige huishoudens	0,0	€ 50

De leden van de NSC-fractie willen van de minister weten welke concrete stappen worden ondernomen om de monitor door te ontwikkelen en te verbeteren, bijvoorbeeld door het toevoegen van nieuwe variabelen of het verbeteren door meerdere typen huishoudens?

Er zijn nog geen concrete stappen genomen, maar ik ben in ieder geval voornemens om te kijken of er nog een verbetering mogelijk is op het inkomensbegrip voor institutionele huishoudens, zodat ook stapeling van eigen bijdragen ook voor deze huishoudens inzichtelijk gemaakt kan worden. Ik ben momenteel ook in overleg met zorgverzekeraars om te bezien of de eigen bijdragen van hulpmiddelen toch opgenomen kunnen worden in de monitor. Daarnaast wacht ik ook de resultaten uit de eerder genoemde trajecten, 'Doe onbeperkt mee' en 'Vereenvoudiging inkomensondersteuning voor mensen (VIM)' af, omdat deze mogelijk nog aanknopingspunten geven voor aanvulling en verbetering van de monitor. Ik wil op dit moment dus nog geen verdere stappen nemen

De leden van de NSC-fractie vragen de minister welke maatregelen worden overwogen om te voorkomen dat de eigen bijdragen geen obstakel vormen in de toegang tot noodzakelijke zorg, vooral als het gaat om kwetsbare groepen? Tevens vragen de leden van de NSC-fractie, op basis van de bevindingen uit de monitor, welke aspecten van het huidige beleid rondom eigen bijdragen in de zorg kunnen worden heroverwogen of aangepast om de betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg te verbeteren?

Uit de monitor blijkt dat mede dankzij het door het huidige demissionaire en het vorige kabinet ingezette beleid er sprake is van een daling van het bedrag dat mensen die te maken hebben met een stapeling van eigen bijdragen moeten betalen.

Er zijn verschillende generieke maatregelen om toegang tot zorg te borgen. Zo is er de zorgtoeslag voor mensen met een lager inkomen, bieden gemeenten verschillende mogelijkheden voor minima en zijn diverse vormen van zorg uitgesloten van het eigen risico. Daarnaast zijn

er de afgelopen jaren specifieke maatregelen genomen, zoals het bevriezen van het eigen risico. Voor de toegankelijkheid van zorg is het belangrijk om naar de zorgkosten in brede zin te kijken. Ik verwijs hierbij naar de lopende acties rondom het programma Vereenvoudiging Inkomensondersteuning voor mensen (VIM) en de aanpak doe onbeperkt mee. Verdere aanpassingen of heroverwegingen van het huidige beleid zijn aan het volgende kabinet.

De leden van de NSC-fractie lezen in de monitor dat de eigen bijdrage Wet langdurige zorg (Wlz) voor jonge gezinnen een belangrijk deel van hun besteedbaar inkomen kan uitmaken. Is er gerichte ondersteuning beschikbaar om hun financiële druk te verlichten?

Er zijn verschillende regelingen waar mensen, die moeite hebben om de zorgkosten te betalen, gebruik van kunnen maken. Voor de eigen bijdrage Wlz geldt dat er een aantal mogelijkheden zijn om de financiële druk te verlichten. Als er in het huidig jaar sprake is van een daling van het inkomen en/of vermogen ten opzichte van twee jaar eerder dan kan een verzoek gedaan worden aan het CAK om hiermee rekening te houden (de zogenaamde 'peiljaarverlegging'). Als aan de voorwaarden is voldaan, dan wordt de te betalen lage eigen bijdrage bepaald op basis van het lager inkomen en vermogen. Voor de lage eigen bijdrage geldt verder dat onder voorwaarden vrijstelling mogelijk is (artikel 3.3.2.2 lid 9 van het Besluit langdurige zorg). Verder heeft het CAK discretionaire bevoegdheden die zij onder voorwaarden kan inzetten bij mensen die in de knel komen. Dit beleid geldt voor iedereen die zorg vanuit de Wlz ontvangt, er is geen specifiek beleid voor jonge gezinnen. Zoals ik in mijn eerdere brief meldde was er specifiek voor de groep jonge gezinnen bij het CAK één zaak bekend waar de problematiek rond het niet kunnen betalen van de eigen bijdrage heeft gespeeld.

De leden van de NSC-fractie lezen in het rapport van de Algemene Rekenkamer bij het jaarverslag 2023 over het probleem rondom de stapelfacturen. Het rapport concludeert dat het ministerie van VWS niet weet hoeveel mensen last hebben van stapelfacturen, dat het ministerie van VWS niet weet wat de oorzaken zijn van stapelfacturen en dat stapelfacturen worden veroorzaakt door gebrekkig beleid. Hoe en wanneer gaat de minister in beeld brengen welke groepen mensen het meest last hebben van stapelfacturen en wat de oorzaken zijn van stapelfacturen? Welk beleid gaat de minister voeren om de mensen die problemen hebben met stapelfacturen te ontlasten?

Het onderzoek van de Algemene Rekenkamer geeft nieuwe inzichten, met name over welke structurele informatie mij kan helpen bij het toezicht op het CAK, zoals wat de oorzaak is van een zogenaamde stapelfactuur. Ik neem de aanbevelingen van de Algemene Rekenkamer, om de structurele toezichtsinformatie uit te breiden, over. Het ministerie is hierover in gesprek met het CAK en gaat hierover in gesprek met de

toezichthouder, de Nederlandse Zorgautoriteit. Het streven is om dit gerealiseerd te hebben voor de invoering van inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage (ivb) in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015).

Om voor zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) of ondersteuning vanuit de Wmo 2015 een eigen bijdrage of het abonnementstarief in rekening te kunnen brengen, moeten er verschillende gegevens verzameld worden. Dit betreffen gegevens van gemeenten, zorgkantoren, de Belastingdienst en persoonsgegevens uit de Basisregistratie Persoonsgegevens.

Alhoewel de gehele keten zich inzet om stapelfacturen te minimaliseren, zijn niet alle stapelfacturen per definitie ongewenst. Een burger kan een stapelfactuur ontvangen in zijn of haar belang; het ontvangen van een correcte factuur die recht doet aan de specifieke situatie die geldt voor de betreffende burger.

Een stapelfactuur kan het gevolg zijn van (i) de tijd die de keten redelijkerwijs nodig heeft om bij de start van de zorg of ondersteuning de juiste gegevens te verzamelen, te verwerken en aan het CAK aan te leveren, en/of (ii) correcties die doorgevoerd moeten worden op basis van nieuwe of gewijzigde gegevens vanuit de keten, en/of (iii) een zogenaamde 'peiljaarverlegging'¹⁸ die wordt aangevraagd door een burger. Een stapelfactuur kan ook het gevolg zijn van (iv) vertraging en/of fouten in de keten. In het bijzonder deze laatste vorm moet zoveel mogelijk voorkomen worden. De keten spant zich continu in om deze vorm van stapelfactuur te voorkomen.

Een stapelfactuur kan tot gevolg hebben dat een burger een bedrag moet bijbetalen of dat een burger een bedrag terugkrijgt. In elke fase wordt de burger goed geïnformeerd over de eigen bijdrage die betaald moet worden voor de zorg die hij of zij krijgt.

In het huidige proces en wat is afgesproken in de huidige wet- en regelgeving wordt geprobeerd om zo goed mogelijk rekening te houden met wat in het belang van de burger is. Bij het vormgeven van beleid en uitvoering is continu aandacht voor het vermijden van onnodige complexiteit, het doenvermogen van de burger en de financiële impact voor burgers. Het CAK heeft de afgelopen jaren, in samenwerking met de Vereniging voor Nederlandse Gemeenten en het ketenbureau i-sociaal domein veel aandacht besteedt aan communicatie met gemeenten en hun softwareleveranciers met als doel de berichtenuitwisseling tussen gemeenten en het CAK te verbeteren en stapelfacturen te verminderen. Om tot verdere verbetering te komen, worden bij de voorgenomen

¹⁸ Bij een 'peiljaarverlegging' kan een burger indien zijn inkomen of vermogen is gedaald vragen aan het CAK om hier rekening mee te houden en de opgelegde eigenbijdrage te baseren op het inkomen en vermogen in het huidig jaar, waardoor de te betalen eigen bijdrage lager wordt.

invoering van de ivb Wmo 2015 aanpassingen doorgevoerd in bestaande wet- en regelgeving om de impact van stapelfacturen voor de burger te verminderen. Het voornemen is om de maximumtermijn waarmee, bij een vertraging of fout in de keten, alsnog een (hogere) factuur opgelegd kan worden voor de ivb, terug te brengen van 12 maanden naar 3 maanden.

Tevens hebben de leden van de NSC-fractie in het rapport van de Algemene Rekenkamer gelezen dat het Centraal Administratie Kantoor (CAK) als zelfstandig bestuursorgaan en rechtspersoon verantwoordelijk is voor de taakuitvoering van de vaststelling en inning van de eigen bijdrage. Op welke manier is het CAK voorbereid op de mogelijke heffing van de eigen bijdrage voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de jeugdzorg? Op welke manier worden deze mogelijke heffingen op elkaar afgestemd? Op welke manier kunnen patiënten tijdig zicht krijgen op hoogte van de eigen bijdrage van deze heffingen. Hoe houdt de minister zicht op de juiste uitvoeringen van de CAK-taakuitvoering voor nu en in de toekomst?

Het CAK en andere ketenpartijen zijn in een vroeg stadium betrokken bij de maatregelen die het Kabinet wil doorvoeren, het vormgeven van wetsvoorstellen en het beoordelen of de maatregelen uitvoerbaar zijn. Ook is aan het CAK (en andere ketenpartijen) gevraagd om een uitvoeringstoets te doen. Een onderdeel van deze uitvoeringstoets is het bepalen van de cumulatieve impact die verschillende maatregelen hebben op de organisatie.

De eigenbijdragen worden zoveel mogelijk op elkaar afgestemd. Bij deze regelingen is de zogenaamde 'anticumulatie' van toepassing. Indien er binnen een huishouden zowel zorg wordt ontvangen vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo 2015) als vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) hoeft uitsluitend de eigenbijdrage voor de Wlz te worden betaald. Dit geldt ook indien gebruik gemaakt wordt van meerdere Wmo-voorzieningen, er wordt dan één eigenbijdrage betaald voor de Wmo 2015. Bij het uitwerken van een mogelijke eigenbijdrage voor jeugd zal hier ook naar gekeken worden. Een burger wordt in elke fase goed geïnformeerd over de eigenbijdrage die betaald moet worden voor de zorg die hij of zij krijgt.

Het ministerie ontvangt periodiek rapportages van het CAK over de uitvoering van de eigenbijdrageregelingen en kan op deze manier de uitvoering en de effecten van genomen maatregelen monitoren. Jaarlijks verantwoord het CAK zich over het juist, tijdig, volledig en rechtmatig uitvoeren van de regelingen. Daar is specifiek aandacht voor de samenloop. De accountant van het CAK controleert deze verantwoording. De Nederlandse Zorgautoriteit houdt toezicht op de uitvoering van de eigenbijdrageregelingen door het CAK en brengt jaarlijks een openbaar rapport uit aan mij met een bestuurlijk oordeel over de uitvoering door het CAK van haar wettelijke taken. Ook zijn hierin aanbevelingen opgenomen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de Analyse monitor stapeling eigen bijdragen en hebben geen vragen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de analyse van de stapeling aan eigen betalingen in de zorg en maken graag van de mogelijkheid gebruik om hier enkele vragen over te stellen.

De leden van de CDA-fractie vinden het een duidelijk overzicht maar het betreft het terug "kijken" naar de stapeling van eigen betalingen 2015-2021. Zover het CDA de analyse overziet leidt dit niet tot bijstelling van huidig beleid. Deelt de minister het standpunt van het CDA dat het beeld over de stapeling van eigen betalingen in de zorg niet compleet is omdat de eigen betalingen voor hulpmiddelen maar ook of een gemeente mensen met een handicap compenseert voor hoge zorgkosten niet is meegenomen? Wat betreft de tegemoetkoming aan zorgkosten voor chronische zieken en gehandicapten (voormalige WTCCG), een groot aantal gemeenten doen dit niet (meer) zoals uit onderzoek blijkt. Het bedrag dat men ontvangt loopt uiteen en is vaak alleen voor de laagste inkomens. De leden van de CDA-fractie snappen dat het vervolgens moeilijk meetbaar is maar het hangt dus ook van een specifieke gemeente af.

In de monitor is inderdaad een afbakening gekozen waarbij enkel, maar wel nagenoeg alle, wettelijke eigen bijdragen in de Zvw, Wmo en Wlz in kaart zijn gebracht. Alleen de eigen bijdragen voor hulpmiddelen ontbreken. Ik ben momenteel in overleg met zorgverzekeraars om te bezien of de eigen bijdragen van hulpmiddelen toch opgenomen kunnen worden in de monitor.

Andere uitgaven die mensen maken voor zorg, zoals bijvoorbeeld de nominale premie voor de basisverzekering, maar ook kosten buiten het basispakket, zijn niet meegenomen in de monitor. Ook is er geen rekening gehouden met mogelijke subsidies die sommige personen wel en andere niet ontvangen van hun gemeenten, zoals u in uw vraag benoemt. Zoals ik in mijn brief aangeef zijn daar meerdere redenen voor: verzekerde zorg is een redelijk vastomlijnd begrip dat niet afhankelijk is van het uitgavenpatroon van de individuele verzekerde. Ook is het belangrijk voor de monitor dat er kwalitatief goede registerdata beschikbaar is voor de gehele populatie. Dit is voor de wettelijke eigen betalingen nagenoeg altijd het geval, maar niet voor de andere uitgaven die mensen maken voor zorg of voor eventuele tegemoetkomingen die men hiervoor kan krijgen. Bovendien is er sprake van grote verschillen in lokale regelingen, waardoor de monitor stapeling eigen bijdragen niet het geschikte instrument is om dit in beeld te brengen. Zoals ik mijn Kamerbrief aangeef zie ik de monitor als een van de puzzelstukjes om de

betaalbaarheid van zorg van de individuele zorggebruiker in kaart te brengen.

Ik vind het belangrijk dat er naast de monitor ook naar de specifieke groepen gekeken wordt en dat daarbij naar de kosten van zorg in brede zin gekeken wordt. Dit wordt gedaan in de trajecten 'Doe onbepaald mee' en 'Vereenvoudiging inkomensondersteuning voor mensen (VIM)'. Ook kijk ik ondertussen naar alternatieve opties voor de aftrek specifieke zorgkosten¹⁹. Ik wacht de resultaten van die trajecten af en kijk dan met alle puzzelstukken naar het totaalbeeld. Daarbij merk ik op dat nieuw beleid aan het nieuwe kabinet is.

Vervolgens stelt de minister dat het wetsvoorstel (verhoging) eigen bijdragen Wet Maatschappelijke ondersteuning per 2026 ingevoerd zal worden. Terwijl het abonnementstarief nu juist heeft geleid tot een daling van eigen betalingen. De minister stelt dat voor een deel van de cliënten de (stapeling van) eigenbijdrage(n) weer zal toenemen door herinvoering van een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage. Kan de minister eens toelichten voor welk "deel" dit dan wordt verwacht? En vindt de minister dat redelijk en billijk? Is de minister bereid om, als besloten wordt het om abonnementstarief af te schaffen, onderzoek te doen naar de gevolgen daarvan voor de stapeling van zorgkosten bij gebruikers van de betreffende voorzieningen? Wat betekent dit voor de relatief kleine groep die nu al meerdere eigen bijdragen in de zorg moeten betalen? Vindt de minister het billijk als juist die groep meer gaat betalen?

De vervanging van het abonnementstarief door de inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage (ivb) betekent dat het vaste bedrag per maand komt te vervallen en dat cliënten een eigen bijdrage gaan betalen gebaseerd op hun financiële draagkracht. De meeste huishoudens met een bijdrageplichtig inkomen boven 120% van het sociaal minimum zullen binnen dit voornemen een hogere eigen bijdrage gaan betalen. De mate van verhoging van de eigen bijdrage is afhankelijk van het inkomen, vermogen en de samenstelling van het huishouden.

Voor meerpersoonshuishoudens waarvan tenminste één van beide partners nog niet pensioengerechtigd is, geldt binnen het voornemen een afwijkend regime: voor hen geldt een andere inkomensgrens, namelijk 170% van het sociaal minimum, en geldt dat zij onder die inkomensgrens geen eigen bijdrage hoeven te betalen.

Voor deze groep wordt hiermee de vrijstelling hersteld van vóór de invoering van het abonnementstarief. (Die vrijstelling was per 2017 geïntroduceerd als financiële compensatie voor eenverdienerhuishoudens waarbij één van de partners chronisch ziek is en het voornemen is om die om vergelijkbare overwegingen opnieuw in te voeren.) Op dit moment,

¹⁹ Kamerstuk 2023-2024, 36 410 XVI, nr. 7

sinds de invoering van het abonnementstarief in 2019, betalen deze meerpersoonshuishoudens helemaal geen eigen bijdrage, ongeacht hun inkomen en vermogen. Van zo'n volledige vrijstelling zal binnen bovengenoemd voornemen geen sprake meer zijn.

Afhankelijk van het inkomen, vermogen en de samenstelling van het huishouden kan de eigen bijdrage voor de Wmo-maatwerkvoorziening door de invoering van de ivb dus stijgen. Maken deze huishoudens ook gebruik van andere zorgvormen en betalen zij daarvoor een eigen bijdrage, dan kan de stapeling van eigen bijdragen in hoogte toenemen. Echter, vanwege anticumulatiebepalingen kan de ivb niet stapelen met eigen bijdragen voor de Wet langdurige zorg (Wlz) of eigen bijdragen voor beschermd wonen of opvang in de Wmo 2015. Verder behouden gemeenten de mogelijkheid om burgers met een inkomen onder een bepaalde grens of bijvoorbeeld mensen met een gebrek aan betalingscapaciteit vrij te stellen van het betalen van de eigen bijdrage.

Ik acht de invoering van de ivb billijk en nodig. De beschikbaarheid en financiële houdbaarheid van maatschappelijke ondersteuning staan onder druk, mede als gevolg van de "aanzuigende werking" van het abonnementstarief. Met de afschaffing van het abonnementstarief en de invoering van de ivb wordt beoogd deze aanzuigende werking grotendeels ongedaan te maken, waardoor de beschikbaarheid van maatschappelijke ondersteuning beter gewaarborgd kan worden voor burgers die ondersteuning nodig hebben en dit niet zelf kunnen regelen. Met de ivb betalen gebruikers, naar draagkracht, bij aan de geleverde ondersteuning.

De monitor stapeling eigen bijdragen wordt jaarlijks van een update voorzien. De ivb zal na invoering meegenomen worden in deze monitor. De resultaten van deze monitor en de weging daarvan kunnen te zijner tijd worden betrokken bij de evaluatie van het voorstel van de Wet vervanging abonnementstarief. Dit wetsvoorstel is voor advies aangeboden aan de Raad van State en kan naar verwachting in het najaar worden aangeboden aan de Tweede Kamer.

Wat betekent dit voor de groep zorgvragers met een middeninkomen dit omdat de minister beoogd om voor de meeste huishoudens de inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage geleidelijk op te laten lopen vanaf een bijdrageplichtig inkomen van 120% van het sociaal minimum, waardoor mensen met lage inkomens een eigen bijdrage blijven betalen die gelijk is aan het abonnementstarief?

Mensen met een inkomen dat hoger is dan 120% van het sociaal minimum kunnen in de nieuwe situatie - afhankelijk van hun huishoudsamenstelling - een hogere eigen bijdrage verschuldigd zijn dan het huidige abonnementstarief. Dit zal worden uitgewerkt en toegelicht in het wetsvoorstel dat momenteel wordt voorbereid en waarmee de afschaffing van het abonnementstarief en de herinvoering van een

inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage (ivb) in de Wmo 2015 zullen worden geregeld. Dit wetsvoorstel zal naar verwachting dit najaar worden aangeboden aan de Tweede Kamer.