

Vergaderjaar 2020–2021

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 1109**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 juli 2021

Bijgaand bied ik uw Kamer het volgende aan:

- een ambtelijk technische verkenning van aanpassing van het eigen risico naar vaste eigen bijdragen (zoals toegezegd in Kamerstuk 29 689, nr. 1089);
- een evaluatie van onderzoeksinstituut IVO, Platform31, het Verwey-Jonker Instituut en Rebel naar financieel maatwerk door gemeenten<sup>1</sup> (uitvoering van de motie van de leden Bergkamp en Raemakers (D66) van 3 december 2020 (zie Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 134)).

De kernpunten van deze brief zijn:

- De ambtelijke technische verkenning besteedt aandacht aan de volgende twee varianten: een vaste eigen bijdrage per zorggebeurtenis en een vaste eigen bijdrage per dbc.
- Gemeenten spelen een belangrijke rol bij het ondersteunen van mensen die moeite hebben om hun zorgkosten te betalen. De evaluatie laat zien dat gemeenten over het algemeen vinden dat hun lokale regelingen effectiever zijn dan de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de Compensatie eigen risico (CER) waren.

#### **Technische verkenning aanpassing systematiek eigen risico**

Vorig jaar heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op verzoek van mijn ambtsvoorganger een advies uitgebracht over het eigen risico in combinatie met de dbc-systematiek (zie Kamerstuk 29 689, nr. 1072). Op drie punten ziet de NZa ruimte voor verbetering:

- duidelijkheid vooraf over welk jaar het eigen risico wordt aangesproken;
- duidelijkheid vooraf over de hoogte van de verrekening van het eigen risico;
- tijdigheid van de verrekening van het eigen risico.

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

De NZa heeft verschillende oplossingsrichtingen verkend op het gebied van transparantie, bekostiging en eigen risico en adviseert om het eigen risico los te koppelen van de dbc-systematiek. Op 1 december 2020 heb ik in mijn reactie op dit advies aan de Tweede Kamer laten weten dat ik dat een interessante gedachte vind voor de langere termijn (zie Kamerstuk 29 689, nr. 1089). Daarom heb ik aangekondigd dat VWS in overleg met de NZa, vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiënten- en consumentenorganisaties nader zal verkennen wat er voor nodig is om een dergelijke wijziging in de toekomst desgewenst wel door te kunnen voeren. In reactie op schriftelijke vragen hierover heb ik toegezegd de verkenning vóór de zomer naar de Tweede Kamer te sturen (zie Kamerstuk 29 689, nr. 1098). Ook heb ik in mijn beantwoording desgevraagd aangegeven dat er twee varianten zouden worden bekeken: een vaste eigen bijdrage per zorggebeurtenis (zoals geadviseerd door de NZa) en een vaste eigen bijdrage per dbc.

Met deze brief doe ik gestand aan die toezegging. De uitkomst van de verkenning treft u aan in bijlage 1<sup>2</sup>. Het is aan een volgend kabinet om een besluit te nemen over een eventuele aanpassing van de systematiek van het eigen risico.

## **Evaluatie financieel maatwerk door gemeenten**

### *Achtergrond*

Het is ongewenst als mensen vanwege financiële redenen geen toegang hebben tot zorg of afzien van noodzakelijke zorg. Er zijn daarom op landelijk niveau verschillende maatregelen genomen om de toegankelijkheid tot zorg te borgen. Zo ontvangen huishoudens met een laag inkomen zorgtoeslag ter compensatie van een deel van de premie en het eigen risico. Verder zijn verschillende zorgvormen uitgezonderd van het eigen risico<sup>3</sup> en komen sommige zorgkosten in aanmerking voor een fiscale aftrek («de specifieke zorgkosten»). Daarnaast bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen en kunnen zij het eigen risico als sturingsinstrument inzetten, waardoor verzekerden voor bepaalde zorg geen eigen risico verschuldigd zijn. Aanvullend hierop zijn er de afgelopen jaren verschillende maatregelen genomen die beogen de stapeling van zorgkosten voor mensen die veel zorg nodig hebben te verminderen:

- het verplicht eigen risico is tot en met 2021 bevroren op 385 euro per jaar;
- de bijbetalingen voor de geneesmiddelen zijn tot en met 2021 gemaximeerd op 250 euro per jaar;
- in de Wmo is het abonnementstarief ingevoerd voor de maatwerkvoorzieningen en algemene voorzieningen waarbij sprake is van een duurzame hulpverlenersrelatie<sup>4</sup>;
- de eigen bijdrage Wlz en Wmo beschermd wonen is verlaagd door het minder zwaar laten meewegen van vermogen (halveren van de vermogensinkomensbijtelling van 8 naar 4%) en inkomen (verlaging van het marginaal tarief van 12,5 naar 10%).

De Wtcg had als doel om chronisch zieken en gehandicapten een tegemoetkoming in hun kosten te geven. De CER compenseerde mensen van wie vooraf verwacht werd dat ze herhaaldelijk hun eigen risico vol

<sup>2</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>3</sup> Te weten: huisartsenzorg, wijkverpleging, zorg voor 18-minners, kraamzorg, verloskundige zorg, bepaalde zorg bij een aantal chronische ziekten en nacontroles en reiskosten bij orgaandonatie.

<sup>4</sup> Beschermd wonen en maatschappelijke opvang vallen buiten het abonnementstarief.

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

Na de afschaffing van de Wtcg en de CER is besloten om de fiscale aftrekmogelijkheden voor zorgkosten in aangepaste vorm voort te zetten en daarnaast via het Gemeentefonds geld ter beschikking te stellen aan gemeenten (structureel 268 miljoen euro vanaf 2017), ten behoeve van financieel maatwerk voor hun ingezetenen in verband met hun kosten van zorg en ondersteuning. Ter indicatie: met de Wtcg en de Cer was in totaal circa 750 miljoen euro gemoeid.<sup>5</sup>

De maatwerkbeoordeling die gemeenten kunnen uitvoeren werd gezien als belangrijkste meerwaarde van de wijziging. Gemeenten zijn vrij om te bepalen of, en zo ja op welke wijze en in welke mate, zij de middelen inzetten. Deze beleidsruimte stelt gemeenten in staat hun verantwoordelijkheid te nemen op een wijze die zo goed mogelijk aansluit op de lokale omstandigheden en de persoonlijke situatie van hun ingezetenen. De verwachting was dat gemeenten beter in staat zijn de doelgroep te bereiken dan de Wtcg en de CER deden, waardoor de ondersteuning gericht wordt.

Eerdere onderzoeken en analyses op basis van (relatief kleine) steekproeven laten zien dat gemeenten uiteenlopende maatregelen hebben genomen die beogen tot financieel maatwerk te komen voor de doelgroep (zie bijvoorbeeld Kamerstuk 29 538, nr. 231 en Kamerstuk 29 689, nr. 1081). De motie van de leden Bergkamp en Raemakers (D66) verzoekt om na te gaan of hierbij de omslag is gemaakt van ongerichte automatische tegemoetkoming ten tijde van de Wtcg en de CER naar een situatie van maatwerk, toegesneden op de persoonlijke situatie van de burger (zie Kamerstuk 35 570 XVI, nr. 134<sup>6</sup>). Daarom zijn onderzoeksinstituut IVO, Platform31, het Verwey-Jonker Instituut en Rebel gevraagd hier onderzoek naar te doen.

#### *Resultaten onderzoek IVO, Platform31, het Verwey-Jonker Instituut en Rebel*

In dit onderzoek stonden de volgende onderzoeksvragen centraal:

1. Welke concrete maatregelen hebben gemeenten genomen om te komen tot financieel maatwerk?

<sup>5</sup> Het Regeerakkoord «Bruggen slaan» (Bijlage bij Kamerstuk 33 410, nr. 15) uit 2012 ging uit van structureel € 761 miljoen voor gemeentelijk maatwerk. Uiteindelijk is besloten om bewoners in een intramurale instelling niet langs deze weg te compenseren, maar direct in de hoogte van de eigen bijdrage. Daarnaast is in de Begrotingsafspraken 2014 besloten om de fiscale regeling, inclusief de TSZ-regeling, in aangepaste vorm te continueren waardoor voor gemeentelijk maatwerk vanaf 2017 structureel 268 miljoen resteerde (zie Kamerstuk 33 726, nr. 7).

<sup>6</sup> De motie benoemt ook een evaluatie van de fiscale regeling van de aftrek van specifieke zorgkosten. De Algemene Rekenkamer heeft onlangs deze regeling onderzocht. Zij beveelt aan om – conform de wettelijke verplichting – de regeling te evalueren en aanvullend daarbij alternatieven te onderzoeken op het punt van bereik van de doelgroep en de mate van dekking van de zorgkosten. Zoals toegezegd zal hierover contact opgenomen worden met de Minister c.q. de Staatssecretaris van Financiën en vervolgens een aanpak en tijdspad kenbaar gemaakt worden aan de Tweede Kamer (zie Kamerstuk 35 830 XVI, nr. 2).

2. Welke ontwikkelingen in relatie tot de onder 1 genoemde concrete maatregelen hebben zich voorgedaan tussen 2015 en eind 2020?
3. Hoe trachten gemeenten te komen tot financieel maatwerk?
4. Wat zijn de doelgroepen van deze maatregelen?
5. In welk mate is de omslag gemaakt van ongerichte automatische tegemoetkoming naar maatwerk toegesneden op de persoonlijke situatie van de burger?

Voor dit onderzoek is onder andere een vragenlijst uitgezet onder gemeenten en cliëntenorganisaties. In totaal hebben 129 gemeenten en 15 cliëntenorganisaties de vragenlijst ingevuld. Daarnaast hebben er casestudies plaatsgevonden in 6 geselecteerde gemeenten. Bij deze gemeenten zijn relevante (beleids)stukken geanalyseerd en hebben interviews plaatsgevonden met betrokken ambtenaren. Voor het onderzoek is een klankbordgroep ingesteld, waarin verschillende relevante (externe) partijen zitting hebben genomen.

Gemeenten kunnen verschillende maatregelen nemen om tot financieel maatwerk te komen. Zij kunnen bijvoorbeeld een financiële tegemoetkoming bieden aan mensen die vanwege een ziekte en/of een beperking aannemelijke meerkosten hebben. Ook hebben zij de mogelijkheid een gemeentepolis aan te bieden of individuele bijzondere bijstand te verlenen. Verder hebben zij de vrijheid om de eigen bijdrage voor de Wmo te verlagen of kunnen zij bijvoorbeeld maatregelen nemen die erop gericht zijn het kennisniveau rondom (het kiezen van) zorgverzekeringen en compensatiemaatregelen (zoals een VoorzieningsWijzer) te vergroten.

Het onderzoek laat zien dat circa 85 procent van de gemeenten meer dan één compensatiemaatregel heeft genomen. Het overgrote deel van de gemeenten blijkt een gemeentepolis aan te bieden.<sup>7</sup> Daarnaast biedt een groot van de gemeenten individuele bijzondere bijstand (59 procent van de gemeenten) aan en/of een individuele financiële tegemoetkoming (47 procent van de gemeenten). De doelgroep van de regelingen bestaat vrijwel altijd uit mensen met hoge zorgkosten en een laag inkomen. De meeste gemeenten hanteren hierbij een inkomensgrens van 110 tot 130 procent van het minimuminkomen. Daarnaast is een laag vermogen vaak een (aanvullend) criterium voor de bijzondere bijstand.

Gemeenten geven zichzelf gemiddeld een rapportcijfer van een 6,6 (schaal: 1–10) voor de mogelijkheid tot het leveren van financieel maatwerk. Dit cijfer ligt aanzienlijk lager bij gemeenten die alleen een gemeentepolis aanbieden. Deze gemeenten geven zichzelf een 5,2. Voornamelijk gemeenten die een individuele tegemoetkoming verstrekken geven zichzelf een 10. Het gemiddelde cijfer dat cliëntenorganisaties geven voor het leveren van gemeentelijk maatwerk ligt met een 4,4 beduidend lager.

De onderzoeksbureaus merken hierbij op dat de antwoorden vanuit de cliëntenorganisaties – gegeven de lage respons vanuit de cliëntenorganisaties – met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Het kan immers zo zijn dat voornamelijk de relatief ontevreden cliëntenorganisaties de vragenlijst hebben ingevuld.

De helft van de ondervraagde gemeenten heeft sinds 2015 geen onderzoek gedaan naar de trends in het bereik van de regeling(en) voor financiële ondersteuning bij zorgkosten. Van de gemeenten die dit wel hebben gedaan geeft ruim twee derde aan dat de inwoners die financiële

<sup>7</sup> Dit is in lijn met het factfinding onderzoek naar de gemeentepolis uit 2020. Daaruit bleek dat 95 procent van de gemeenten een gemeentepolis aanbood (zie Kamerstuk 29 689, nr. 1081).

ondersteuning bij zorgkosten nodig hebben met de gemeentelijke regelingen goed bereikt en geholpen worden. Ook hier is het beeld dat uit de vragenlijst onder cliëntenorganisaties naar voren komt anders: circa 60 procent van de cliëntenorganisaties geeft namelijk aan het (helemaal) oneens te zijn met de stelling dat mensen goed bereikt en geholpen worden door gemeenten. Maar ook hiervoor geldt dat dit resultaat met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd moet worden.

Uit de casestudies bij gemeenten komen jongvolwassenen en ouderen zonder een bijstandsuitkering als moeilijk bereikbare groepen naar voren. Gemeenten benoemen hierbij dat ze vanwege privacywetgeving gemeentelijke databases niet kunnen koppelen, waardoor ze mogelijke relevante informatie over de doelgroep mislopen. Daarom maken ze gebruik van maatschappelijke partners – waaronder (sociale) hulpverleners en vrijwilligers – om toch zoveel mogelijk mensen voor wie de financiële regelingen relevant zijn te bereiken. Ook benoemt het rapport dat mensen met een inkomen boven de lokaal bepaalde inkomensnorm buiten de regelingen van gemeenten vallen.

Uit de casestudies komt verder naar voren dat het vragen om financiële hulp voor veel mensen nog altijd een moeilijke stap is. Mensen willen of durven de stap naar de gemeente niet altijd te zetten. Om dit taboe te doorbreken en mensen aan te zetten tot contact met de gemeente, is het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) in mei 2019 gestart met de campagne «Kom jij eruit?». Deze campagne heeft in februari een vervolg gekregen met «De eerste stap helpt je verder». Ook ondersteunen de Ministeries van VWS en SZW huisartsenpraktijken met het signaleren en bespreekbaar maken van geldzorgen, en een warme overdracht aan de gemeente (gemeentelijke schuldhulpverlening). Huisartsen zien mensen met fysieke en mentale gezondheidsklachten als gevolg van schuldenproblematiek vaak eerder dan een schuldhulpverlener.

De mate waarin financieel maatwerk geboden kan worden verschilt per regeling. Uit het onderzoek blijkt dat de afschaffing van de Wtcg en de CER aanleiding voor gemeenten was om hun regelingen tegen het licht te houden. Dit leidde bijvoorbeeld tot een hogere premiebijdrage vanuit gemeenten voor de gemeentepolis en/of een verruiming van de bijzondere bijstand. Met een gemeentepolis is minder ruimte voor maatwerk. Gemeenten gebruiken bijvoorbeeld individuele financiële tegemoetkomingen of de bijzondere bijstand om tot maatwerk te komen. Over het algemeen vinden gemeenten dat hun lokale regelingen effectiever zijn dan de oorspronkelijke Wtcg en de CER, omdat de doelgroep beter bereikt kan worden. Zij beschouwen de lokale regeling(en) als mogelijkheid om, indien nodig, ondersteuning op maat te bieden aan inwoners met een zorgbehoefte en een laag inkomen.

Tot slot: op 10 december jl. vond het webinar «Maatregelen tegengaan ongewenste zorgmijding als gevolg van geldzorgen» plaats (zie ook Kamerstuk 34 104, nr. 261). Ik zal het webinar op [rijksoverheid.nl](http://rijksoverheid.nl) laten plaatsnemen, zodat gemeenten het desgewenst terug kunnen kijken om inspiratie op te doen rondom de maatregelen die zij kunnen nemen om tot financieel maatwerk voor hun ingezetenen te komen.

Ik hoop uw Kamer zo voldoende te hebben geïnformeerd,

De Minister voor Medische Zorg,  
T. van Ark