

Vergaderjaar 2020–2021

**34 104**

**Langdurige zorg**

**Nr. 315**

**BRIEF VAN DE MINISTERS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 28 december 2020

In september 2019 is na het AO (Kamerstukken 34 104 en 29 538, nr. 264) en VAO Eigen bijdrage (Handelingen II 2019/20, nr. 8, item 7) in de zorg onderstaande motie van de Kamerleden van der Staaij (SGP) en Ploumen (PvdA) aangenomen (Kamerstuk 34 104, nr. 261). De motie luidt als volgt:

*«(...)verzoekt de regering om aan de hand van enkele concrete casussen te onderzoeken in hoeverre – op een eenvoudige en doeltreffende wijze – een stapeling van zorgkosten op huishoudenniveau verder kan worden tegengegaan, en de Kamer hierover te informeren.»*

Met deze brief doen wij gestand aan de toezegging om met een reactie op de motie te komen. Vanwege de COVID-19 crisis is deze echter later tot stand gekomen dan verwacht. De hoofdboodschap van de brief luidt als volgt:

- Het kabinet vindt het belangrijk dat zorg en ondersteuning financieel toegankelijk zijn en blijven voor iedereen. Daarom heeft het kabinet de afgelopen jaren een reeks aan gerichte maatregelen genomen om de stapeling van zorgkosten te beperken.
- Deze maatregelen komen bovenop bestaande compensatiemaatregelen en maatregelen om de stapeling van eigen bijdragen op individueel en huishoudniveau te beperken.
- Desondanks kan het voorkomen dat er een stapeling, op individueel of huishoudniveau, plaatsvindt. In deze brief wordt ingegaan op (de beperking van) de stapeling van de eigen bijdrage, de bestaande compensatiemaatregelen en de casuïstiek uit het AO eigen bijdrage.
- Op 10 december jl. heeft het webinar *«Maatregelen tegengaan ongewenste zorgmijding als gevolg van geldzorgen»* plaatsgevonden. De focus van de webinar lag op verschillende instrumenten die gemeenten en zorgverzekeraars in kunnen zetten om ongewenste

zorgmijding tegen te gaan. Met deze brief kom ik tevens tegemoet aan de toezegging om uw Kamer te informeren over de webinar<sup>1</sup>.

- In het AO werd ook de casus benoemd van een gezin met jonge kinderen, waarin een van de partners onverwacht afhankelijk werd van Wlz-zorg. De eigen bijdrage kan in zulke casussen forse inkomensgevolgen hebben. Daarom wil ik met betrokken partijen, zoals het CAK, (de omvang van) de omvang van deze specifieke groep in kaart te brengen en te bepalen hoe de problematiek te adresseren.
- Ook gaat VWS twee keer per jaar aan de hand van reeds bekende casuïstiek, klachten en bezwaren met CAK in gesprek bekijken of er vaker terugkerende knelpunten zijn waarvoor mogelijk een beleidsmatige oplossing is vanuit VWS nodig is.

Voor de uitwerking van de motie is er onder andere gekeken naar de huidige eigen bijdragesystematiek in de verschillende domeinen, mogelijke stapeling van de eigen bijdrage en de effecten die de eigen bijdrage kan hebben in verschillende huishoudsamenstellingen. Ook zijn de casussen die door verschillende Kamerleden in het AO naar voren zijn gebracht meegenomen.

### *Kabinet heeft stapeling van eigen betalingen beperkt*

Zorg en ondersteuning aan mensen thuis kan geleverd worden zowel de Zorgverzekeringswet, Wet maatschappelijke ondersteuning en Wet langdurige zorg. Voor deze zorg en ondersteuning betalen cliënten veelal een eigen bijdrage. De eigen bijdragesystematiek verschilt per domein<sup>2</sup>. Middels de eigen bijdrage betalen cliënten mee aan de zorg en ondersteuning die zij ontvangen. De eigen bijdrage hebben hierdoor een bepaalde mate van kostenbewustzijn en solidariteit tot gevolg. Immers de gebruiker van de zorg draagt, via de eigen bijdrage, bij aan de gemaakte zorgkosten.

Het kabinet vindt het belangrijk dat zorg en ondersteuning financieel toegankelijk zijn en blijven voor iedereen. Daarom heeft het kabinet de afgelopen jaren een reeks aan gerichte maatregelen genomen om de eigen bijdrage te verlagen in de Zvw, Wmo en Wlz. Daarmee wordt de stapeling van zorgkosten voor mensen die veel zorg nodig hebben verminderd. Het gaat om de volgende maatregelen:

- In de Zvw is het eigen risico bevroren op 385 euro per jaar tot en met 2021, zo'n 6,5 miljoen mensen hebben hier baat bij.
- De bijbetalingen voor de geneesmiddelen zijn gemaximeerd op 250 euro per jaar tot en met 2021. Voor minstens 30.000 mensen betekent dit dat de bijbetalingen voor geneesmiddelen beperkt zijn.
- In de Wmo is het abonnementstarief ingevoerd voor de maatwerkvoorzieningen en algemene voorzieningen waarbij sprake is van een duurzame hulpverlenersrelatie<sup>3</sup>. Dit betekent dat Wmo cliënten een eigen bijdrage van maximaal 19 euro per maand betalen, ongeacht het inkomen, vermogen en de hoeveelheid hulp en/of ondersteuning. 150.000 huishoudens betalen hierdoor een lagere eigen bijdrage voor de ondersteuning uit de Wmo.
- 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

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1081.

<sup>2</sup> In de Zvw is wijkverpleging uitgezonderd van het eigen risico. Cliënten in de Wmo betalen een abonnementstarief voor maatwerkvoorzieningen en algemene voorzieningen met een duurzame hulpverlenersrelatie. De Wlz kent een inkomensafhankelijke eigen bijdrage.

<sup>3</sup> Beschermd wonen en maatschappelijke opvang vallen buiten het abonnementstarief.

van het marginaal tarief van 12,5 naar 10%), circa 80.000 cliënten profiteren hiervan.

Veel cliënten die zorg en ondersteuning thuis ontvangen, hebben te maken met verschillende zorgvormen die mogelijk uit verschillende domeinen geleverd worden. Om de stapeling van de eigen betalingen over deze domeinen heen, zowel op individueel als huishoudensniveau, te beperken zijn er verschillende regelingen. Zo betalen kinderen onder de 18 jaar in de Zvw geen eigen risico voor de ontvangen zorg en betalen zij ook geen premie voor de basisverzekering. Hetzelfde geldt voor kinderen onder de 18 jaar die zorg krijgen vanuit de Jeugdwet of de Wlz, ook zij betalen geen eigen bijdrage voor de ontvangen zorg. Ook voor ondersteuning uit de Wmo betalen kinderen pas vanaf 18 jaar een eigen bijdrage. Uitzondering hierop is dat het gemeenten vrij staat een eigen bijdrage aan de ouders te vragen voor woningaanpassingen voor een kind onder de 18 jaar.

#### *Bestaande compensatieregelingen voor zorgkosten*

De omvang van de zorgkosten voor (chronische) cliënten variëren sterk per (chronische) aandoening maar ook per individu (leeftijd, gezinssituatie, woonomstandigheden). De eerdergenoemde maatregelen om de stapeling over de domeinen heen te beperken komen bovenop bestaande compensatieregelingen om ervoor te zorgen dat iedereen zijn zorgkosten kan betalen. De bestaande compensatieregelingen zijn de zorgtoeslag, de fiscale aftrek van specifieke zorgkosten, de instrumenten van gemeenten – zoals gemeentecollectiviteiten, meerkostenregelingen en bijzondere bijstand – en de mogelijkheden bij zorgverzekeraars om bijvoorbeeld het eigen risico gespreid te betalen.

Krijgen meerdere personen uit een huishouden ondersteuning vanuit de Wmo of zorg vanuit de Wlz, dan wordt er door het huishouden één keer het abonnementstarief of één keer de eigen bijdrage betaald. Bovendien kan het voorkomen dat cliënten met Wlz-zorg thuis ook ondersteuning uit de Wmo krijgen. Omdat de eigen bijdrage voor de Wlz voorliggend is op het abonnementstarief in de Wmo, betalen cliënten alleen de eigen bijdrage voor de Wlz-zorg en komt het abonnementstarief te vervallen. Op deze manier wordt een stapeling over de domeinen heen beperkt.

Op 12 oktober jl. zijn door de Minister van Medische Zorg en Sport de onderzoeken naar 1) de feiten rondom de gemeentepolis en 2) de maatregelen die gemeenten en zorgverzekeraars kunnen nemen om ongewenste zorgmijding vanwege financiële redenen tegen te gaan naar uw Kamer gestuurd.<sup>4</sup> Gemeenten hebben verschillende instrumenten die zij in kunnen zetten om ongewenste zorgmijding tegen te gaan. De gemeentepolis is hierbij verreweg het bekendste instrument. Het onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut presenteert andere – en wellicht minder bekende – maatregelen die gemeenten en zorgverzekeraars kunnen nemen.

Op 10 december jl. vond het webinar «Maatregelen tegengaan ongewenste zorgmijding als gevolg van geldzorgen» plaats. Doel van het webinar was gemeenten en zorgverzekeraars te inspireren ten aanzien van de maatregelen die zij kunnen nemen om ongewenste zorgmijding tegen te gaan. In totaal namen 95 geïnteresseerden deel, die beleidsmedewerkers bij onder andere gemeenten, zorgverzekeraars en patiënten- en cliëntenorganisaties zijn. Tijdens het webinar zijn de belangrijkste resultaten van onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut besproken.

<sup>4</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1081.

Daarnaast was er aandacht voor de gemeentepolis en het onderwerp «Financiën in de spreekkamer».

Patiënten met geldzorgen komen vaker langs bij de huisarts met niet goed te plaatsen klachten. Ook volgen ze verwijzingen naar specialisten niet altijd op en halen ze medicijnen soms niet op, vanwege de eigen bijdrage. De Ministeries van VWS en SZW investeren daarom in de doorontwikkeling en uitrol van het interventiepakket «Financiën in de spreekkamer» (ontwikkeld door de Hogeschool Utrecht en Zorggroep Almere met subsidie van SZW). Het interventiepakket ondersteunt huisartsen bij het signaleren en bespreekbaar maken van geldzorgen, en het warm overdragen van mensen met geldzorgen naar het sociaal domein. Bij de deelnemers aan het webinar is in een enquête uitgevraagd of zij nog behoefte hebben aan verdiepende sessies ten aanzien van de maatregelen die zij kunnen nemen om ongewenste zorgmijding tegen te gaan deze behoefte bestaat, is het streven om in het eerste kwartaal van 2021 vervolgsessies te organiseren.

### *Casuïstiek stapeling zorgkosten*

Ondanks de maatregelen van het kabinet en de bestaande compensatiemaatregelen kan er nog steeds sprake zijn van een stapeling van zorgkosten. Hieronder zal in de casuïstiek vooral gefocust worden op de eigen bijdrage in de Wlz, hoewel de insteek van de motie breder is. In de Wlz kunnen de eigen bijdragen immers relatief hoger zijn dan in de Wmo en Zvw. In de Wmo betaalt een cliënt namelijk een vast abonnementsstarief van maximaal 19 euro per maand voor de maatwerkvoorzieningen en algemene voorzieningen waarbij sprake is van een duurzame hulpverlenersrelatie. Verder wordt er zoals toegezegd een separaat onderzoek uitgezet naar de stapeling van eigen bijdrage voor medische hulpmiddelen in de Zvw, Wmo en Wlz. De verwachting is dat wij uw Kamer hierover eind tweede kwartaal 2021 de uitkomsten kunnen toezenden. In het AO eigen bijdrage in de zorg van 12 september 2019 werden daarnaast ook specifiek twee casussen met betrekking tot de eigen bijdrage voor Wlz-zorg een aantal keer benoemd.

De eerste casus is die van jonge cliënten met Wlz-zorg, die vanwege de eigen bijdrage een belemmering ervaren om in het huwelijk te treden met hun partner. Een tweede casus was eerder gepubliceerd naar aanleiding van een RTL-onderzoek<sup>5</sup> en behelst een gezin met jonge kinderen, waarvan één van de partners onverwacht afhankelijk werd van Wlz-zorg. De echtgenote zag zich na enige tijd gedwongen te scheiden van haar intramuraal opgenomen partner vanwege de hoogte van de eigen bijdrage.

### *Casus burgerlijke staat en eigen bijdrage Wlz<sup>6</sup>*

In het AO Eigen bijdragen in de zorg werd de situatie van jonge cliënten die gebruik maken van de Wlz en die zich vanwege de eigen bijdrage belemmerd voelen in het huwelijk te treden benoemd. Daarom is met vertegenwoordigers van deze groep jonge Wlz-cliënten het gesprek aangegaan om inzicht te krijgen in deze groep cliënten en de praktische knelpunten waar zij in het dagelijks leven tegenaan (kunnen) lopen. De vertegenwoordigers gaven in het gesprek aan dat jonge Wlz-cliënten relatief vaak (de hoogte van) de eigen bijdrage meewegen in hun (dagelijkse) beslissingen, zoals bijvoorbeeld de beslissing om al dan niet

<sup>5</sup> «Ziek en geldproblemen: zeven kijkers vertellen over hun worstelingen», 20 augustus 2019, <https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/4818766/voorbeelden-verhalen-zorgkosten>.

<sup>6</sup> Omdat de eigen bijdragesystematiek voor Wmo beschermd wonen de systematiek van de Wlz volgt, geldt onderstaande uitleg ook voor de eigen bijdrage voor Wmo beschermd wonen.

te trouwen met hun partner (waar oudere Wlz-cliënten deze beslissingen vaak reeds hebben kunnen nemen zonder de eigen bijdrage Wlz mee te hoeven wegen).

Dit maakt dat jonge Wlz-cliënten zich belemmerd kunnen voelen in het nemen van een beslissing in de persoonlijke of relationele sfeer. Bij het vaststellen van de hoogte van de eigen bijdrage in de Wlz wordt gekeken naar het inkomen en vermogen van de cliënt én een eventuele partner. Er is sprake van een partner als (1) de cliënt is getrouwd of een geregistreerd partnerschap heeft dan wel (2) samen leeft en een gezamenlijk huishouden voert.

Regelmatig wordt gesteld dat de Wlz-regelgeving trouwen financieel zeer onaantrekkelijk maakt. Bij een cliënt die al een gezamenlijk huishouden voert met een partner, heeft het trouwen echter geen consequenties voor de hoogte van de eigen bijdrage. Het inkomen van de partner behoort immers al te worden meegenomen bij het vaststellen van de eigen bijdrage. Bij een cliënt die voor het huwelijk nog niet samenwoonde, gaat inderdaad het inkomen van de partner voor het eerst meetellen. Dit is conform de intentie van de eigen bijdrage in de Wlz, namelijk de gebruiker van de zorg betaalt mee aan de geleverde zorg en dat de cliënt in de Wlz naar draagkracht een inkomensafhankelijke eigen bijdrage betaalt. De Wlz-kosten zijn namelijk hoog en vragen een grote mate van solidariteit van de samenleving. Het is daarom verdedigbaar eenzelfde solidariteit te verwachten binnen een huwelijk. Immers van een echtpaar mag worden verwacht dat zij voor elkaar zorgen. Daarom wordt het verzamelinkomen van de cliënt en partner samen meegenomen in de berekening van de eigen bijdrage.

#### *Casuïstiek eigen bijdrage Wlz bij gezinnen met kinderen*

In hetzelfde AO werd door het lid Ellemeet (GL) ook de casus benoemd van een jong echtpaar, waarvan de echtgenote zich gedwongen voelde om te scheiden vanwege de eigen bijdrage. De casus behelst een gezin met jonge kinderen waarvan één van de partners onverwacht afhankelijk werd van Wlz-zorg. Gezinnen met (jonge) kinderen met een relatief hoog inkomen ervaren forse inkomensgevolgen als één van de partners onverwacht afhankelijk wordt van Wlz-zorg thuis of intramuraal. Een cliënt met Wlz-zorg thuis betaalt de lage eigen bijdrage. Een cliënt met een intramurale opname betaalt in principe de hoge eigen bijdrage. Deze geldt echter niet indien de cliënt een thuiswonende partner heeft of indien de cliënt voorziet in de zorg van thuiswonende kinderen. In dat geval geldt de lage eigen bijdrage.

Het bruto inkomen kan fors dalen bij arbeidsongeschiktheid. De lage eigen bijdrage is 10% van het gezamenlijk verzamelinkomen<sup>7</sup> maar dat is als percentage van het besteedbaar inkomen aanzienlijk hoger. Mogelijke kosten zoals bijvoorbeeld kinderopvang en bezoekkosten blijven doorlopen of lopen zelfs hoger op. In dergelijke casussen, waarbij de partners niet meer samenwonen, kan het een optie voor het echtpaar zijn om zich als «Duurzaam Gescheiden Levend» (DGL) te laten registreren. Echtparen met een AOW-gerechtigde leeftijd, waarvan een van de partners opgenomen wordt in een instelling, krijgen van de Sociale Verzekeringsbank (SVB) automatisch de keuze voorgelegd om zich als DGL te laten registreren. Niet AOW-gerechtigde echtparen kunnen echter ook kiezen voor een DGL-registratie.

<sup>7</sup> Bij het gezamenlijke verzamelinkomen wordt eerst nog 4% vermogensinkomensbijtelling (VIB) opgeteld, voordat met het marginale tarief van 10% de eigen bijdrage wordt berekend.

Wanneer een echtpaar kiest voor DGL, wordt de eigen bijdrage alleen nog berekend aan de hand van het inkomen van de partner die verblijft in een Wlz-instelling. Het inkomenseffect is daarmee wel sterk afhankelijk van het inkomen van die partner. Daarnaast heeft de registratie van DGL ook gevolgen buiten de eigen bijdrage, zoals in de fiscaliteit en (op latere leeftijd) de hoogte van de AOW.

Het kan forse verschillende effecten hebben per verschillend echtpaar. Wij willen daarom goed kijken of de lage eigen bijdrage, zoals deze nu berekend wordt, nog wel passend is voor een specifieke situatie waarin iemand in een gezin met jonge kinderen onverwacht een beroep moet doen op de Wlz. Wij brengen met betrokken partijen, zoals het CAK, (de omvang van) deze specifieke groep Wlz-cliënten en oplossingen in kaart om deze situatie te adresseren.

#### *Analyse eigen bijdrage voor verschillende huishoudsituaties*

Een analyse door VWS van de eigen bijdrage voor alleenstaanden en gehuwden verschillende inkomensklassen, in de bijgevoegde tabel in de bijlage<sup>8</sup>, laat zien dat er voor AOW-plussers marginale verschillen zijn in hoeverre de eigen bijdrage drukt op het besteedbaar inkomen voor deze verschillende huishoudsamenstellingen. Voor de extramuraal Wlz-zorg betaalt de cliënt de lage eigen bijdrage. Hoewel deze voor dezelfde inkomensklassen gemiddeld qua hoogte gelijk is voor alleenstaanden en gehuwden, drukt de eigen bijdrage procentueel 1 of 2 procentpunt minder zwaar op het besteedbaar inkomen van het gehuwde paar.

Het verschil in eigen bijdrage en de mate waarin dit op het besteedbaar inkomen drukt verandert op het moment dat de cliënt intramuraal opgenomen wordt. Een alleenstaande cliënt betaalt bij opname de hoge eigen bijdrage met een maximum van 2.419 euro per maand (in 2020). Voor de verschillende inkomensklassen neemt de hoge eigen bijdrage voor een alleenstaande circa 70% van het besteedbaar inkomen in. Een intramuraal opgenomen cliënt met een thuiswonende partner betaalt de lage eigen bijdrage met een maximum van 881 euro per maand (in 2020). Deze eigen bijdrage neemt circa 13% van het besteedbaar inkomen in. De hoge eigen bijdrage drukt logischerwijs zwaarder op het besteedbaar inkomen dan de lage eigen bijdrage; cliënten zonder (thuiswonende) partner betalen verhoudingsgewijs dus veel meer dan cliënten met een thuiswonende partner. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat de hoge eigen bijdrage niet alleen in de ontvangen zorg bijdraagt, maar ook in de kost en inwoning in de instelling. Immers, de alleenstaande cliënt heeft geen resterende kosten voor een woning, energie of voeding. Voor cliënten met een thuiswonende partner lopen de kosten voor de woning, energie, voeding en dergelijke vanzelfsprekend door.

Voor alleenstaanden met een verzamelinkomen van 50.000 euro blijkt dat zij een eigen bijdrage van circa 2.000 euro per maand betalen, wat ongeveer 72% van het besteedbaar inkomen inneemt. Op het moment dat de cliënt een verzamelinkomen heeft van 100.000 euro, betaalt de cliënt een maximale eigen bijdrage van 2.419 euro per maand. Voor deze cliënt neemt de eigen bijdrage daarentegen 48% van het besteedbaar inkomen in. Hoewel cliënten met een hoog verzamelinkomen relatief een kleiner deel van het besteedbaar inkomen kwijt zijn aan opname in een instelling blijkt in de praktijk dat deze cliëntengroep minder vaak voor opname in een instelling kiest.

---

<sup>8</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

Cliënten met een hoger inkomen blijken in de praktijk meer gebruik te maken van de extramurale zorgvormen, eventueel in combinatie met de benodigde woningaanpassingen.

### *Signalen vanuit uitvoering CAK*

Het CAK is gevraagd te analyseren hoeveel van de casuïstiek, klachten en bezwaren die zij binnen krijgen betrekking hebben om de stapeling van de eigen bijdrage. In de praktijk blijkt dat het CAK nauwelijks te maken heeft met casuïstiek over de stapeling van eigen bijdragen. Dit is niet geheel onverwacht, gezien het feit dat het CAK uitvoering geeft aan het berekenen en innen van de eigen bijdrage voor de Wmo en de Wlz. Maakt een cliënt of een huishouden gebruik van ondersteuning en zorg uit beide domeinen, dan is de eigen bijdrage voor de Wlz-zorg voorliggend en betaalt de cliënt geen eigen bijdrage voor de Wmo. Dit gebeurt automatisch door het CAK en hoeft de cliënt zelf niets voor te doen.

Uit de kwartaalrapportages van het CAK blijkt dat de meeste bezwaren die cliënten hebben bij de eigen bijdrage toezien op onder andere de incorrectheid van zorggegevens waarop de eigen bijdrage is gebaseerd en de peiljaarverlegging (zie hieronder). Om de uitwisseling van onjuiste zorggegevens te voorkomen voeren het CAK en zorgkantoren sinds 1 januari 2020 elk kwartaal bestandsvergelijkingen uit. Deze bestandsvergelijkingen voorkomen dat het CAK over de onjuiste gegevens van cliënten beschikt, waardoor de eigen bijdrage onjuist zou worden vastgesteld. Daarnaast is de termijn, waarover het CAK met terugwerkende kracht een initiële oplegging van de eigen bijdrage of een herziening van de eigen bijdrage mag opleggen aan de cliënt, teruggebracht van 36 naar 12 maanden. Met deze verkorting worden stapelfacturen, waarvan de oorsprong ligt in (keten)problematiek buiten de beïnvloedingssfeer van de cliënt, beperkt. Cliënten worden hierdoor minder snel geconfronteerd met een forse stapelfactuur.

Het CAK berekent de eigen bijdrage voor de Wlz op basis van het inkomen van twee jaar geleden (t-2). Indien het inkomen van de cliënt in de twee jaar fors gedaald is, kan de cliënt in aanmerking komen voor een peiljaarverlegging. Door de peiljaarverlegging wordt de hoogte van de eigen bijdrage berekend aan de hand van het huidige inkomen en de eigen bijdrage lager vastgesteld, zodat deze beter aansluit bij de huidige financiële situatie van de cliënt.

Ketenpartners, zoals het CAK, zitten dicht op de uitvoering en hebben beter zicht op casuïstiek, klachten en bezwaren. Daarom gaat VWS twee keer per jaar aan de hand van casuïstiek met het CAK in gesprek. Tussentijds onderhouden het CAK en VWS nauw contact over casuïstiek en kan indien gewenst op regelmatigere basis een gesprek plaatsvinden. Hoewel zulke gesprekken niet direct een oplossing bieden voor individuele casuïstiek kan er wel bekeken worden of er vaker terugkerende knelpunten zijn waarvoor mogelijk een beleidsmatige oplossing vanuit VWS nodig is.

### *Tot slot*

Ons huidige beeld is dat de stapeling van zorgkosten reeds wordt beperkt op individueel en huishoudniveau door de eerder genoemde maatregelen en compensatieregelingen. Daarentegen kan het nog steeds voorkomen dat cliënten te maken krijgen met een stapeling van zorgkosten. Wij willen daarom de stapeling ook in de toekomst goed in het oog houden.



Daarom zullen wij aan het einde van het tweede kwartaal in 2021 uw Kamer informeren over het onderzoek naar de stapeling van de eigen betalingen ten aanzien van hulpmiddelen dat uitgevoerd wordt. Tevens zullen we met het CAK een verkenning uitvoeren naar de casus eigen bijdrage Wlz bij gezinnen met jonge kinderen en gaan VWS en het CAK twee keer per jaar aan de hand van casuïstiek in gesprek. Tussentijds onderhouden het CAK en VWS nauw contact over casuïstiek.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
H.M. de Jonge

De Minister voor Medische Zorg,  
T. van Ark