

Herijkte grenzen

Eindrapport van de Taskforce Verbetering afbakening Wtcg

Advies over de verbetering van de afbakening van de aanspraak op de financiële tegemoetkoming aan chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg)

R.L.O. Linschoten
E. Borst-Eilers
G. Blijham
A. Poll

December 2009

Inhoudsopgave

1.	Inleiding en opdracht.....	3
2.	De huidige Wtcg	3
3.	Verbetering van de afbakening op korte termijn op basis van zorggebruik.....	4
4.	Verbetering op korte termijn op basis van voorstellen Stuurgroep Wtcg.....	9
5.	Budgettaire effecten van de voorstellen.....	11
6.	Effecten op het aantal mensen met een aanspraak op een tegemoetkoming.....	12
7.	Verbetering van de afbakening op de langere termijn	15
8.	Faciliteit voor verzekerden die onterecht geen tegemoetkoming ontvangen	15
9.	Conclusies en aanbevelingen van de Taskforce	18
10.	Dankwoord	19
11.	Bijlagen	20

1. Inleiding en opdracht

Op 1 januari jongstleden is de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) in werking getreden. Deze wet beoogt chronisch zieken en gehandicapten die worden geconfronteerd met meerkosten financieel te ondersteunen. Meerkosten zijn kosten die samenhangen met de gezondheidsproblemen waar deze mensen mee kampen. Voorbeelden zijn hogere stookkosten, vervoerskosten en extra kosten voor kleding en beddengoed. Een belangrijk onderdeel van de Wtcg is de tegemoetkoming. Kabinet en parlement zijn het er over eens dat de criteria om voor deze tegemoetkoming in aanmerking te komen nog niet optimaal zijn vormgegeven. De staatssecretaris van VWS heeft een onafhankelijke Taskforce in het leven geroepen. Deze Taskforce adviseert haar over hoe de afbakening van deze aanspraak zou kunnen worden verbeterd. In de voorliggende rapportage presenteert de Taskforce haar bevindingen en aanbevelingen.

De Taskforce heeft gesproken met deskundigen en betrokkenen. Ze heeft zich verdiept in de huidige regeling en kennis genomen van de hiaten in de huidige aanspraak op een tegemoetkoming. Met de hulp van experts heeft de Taskforce een aantal voorstellen ontwikkeld om op korte termijn tot verbetering van de huidige afbakening te komen. Deze voorstellen worden, na een korte introductie van de huidige Wtcg in paragraaf 2, gepresenteerd in paragraaf 3 van dit rapport.

Parallel aan de werkzaamheden van de Taskforce heeft ook de Stuurgroep Implementatie Wtcg zich gebogen over de technische mogelijkheden om de afbakening op basis van vooraf geformuleerde criteria op korte termijn te verbeteren. Op deze afbakeningsvoorstellen wordt conform de bovengenoemde taakopdracht nader ingegaan in paragraaf 4 van dit rapport.

Zoals is opgenomen in de taakopdracht van de Taskforce is voor de verbetering van de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming 50 miljoen euro beschikbaar. De Taskforce heeft daarom de budgettaire gevolgen van haar voorstellen laten doorrekenen.

De budgettaire gevolgen van deze voorstellen en de effecten op het aantal mensen dat aanspraak kan maken op een tegemoetkoming komen aan de orde in respectievelijk paragraaf 5 en 6 van dit rapport.

Daarnaast stelt de Taskforce een traject voor om op de langere termijn zo mogelijk de afbakening van de aanspraak op een geheel nieuwe leest te schoeien. Daar wordt nader op ingegaan in paragraaf 7. De Taskforce spreekt ook haar oordeel uit over de mogelijke invoering van een specifieke faciliteit voor verzekerden die op basis van de nieuwe criteria onterecht niet in aanmerking komen voor een tegemoetkoming. De invoeringen van een dergelijke faciliteit komt aan de orde in paragraaf 8. In paragraaf 9 formuleert de Taskforce haar conclusies en aanbevelingen.

2. De huidige Wtcg

De doelgroep van de tegemoetkoming van de Wtcg wordt binnen de bestaande regeling gevonden met gebruikmaking van uniforme landelijke registraties van bepaalde vormen van

zorggebruik¹. De uitwerking hiervan heeft plaatsgevonden in het rapport "Compensatieregeling Chronisch zieken en Gehandicapten" dat is opgesteld door Vektis (hierna het Vektis-rapport). Het is aannemelijk dat op grond van de gekozen criteria gevonden personen chronisch ziek of gehandicapt zijn. Ook is aannemelijk dat naarmate men meer en intensiever zorg gebruikt, men hogere meerkosten heeft. Dat neemt niet weg dat met de huidige afbakeningscriteria bepaalde groepen chronisch zieken en gehandicapten met meerkosten niet worden bereikt. Een belangrijke verbetering van de huidige Wtcg ten opzichte van de oude fiscale regeling is dat de doelgroep zelf niet het initiatief hoeft te nemen om aanspraak te maken op de tegemoetkoming. De afbakening is vormgegeven door gebruik te maken van bestaande uniforme landelijke registraties.

Uit zowel het Vektis-rapport als uit signalen die de CG-raad heeft ontvangen, blijkt dat bepaalde groepen mensen op dit moment ten onrechte nog buiten de aanspraak op een tegemoetkoming vallen. Bij haar aanbevelingen zal de Taskforce, zeker als het gaat om de verbeteringen voor de korte termijn, zoveel mogelijk aan willen sluiten bij de bestaande systematiek. Dat betekent dat bij de bepaling van de aanspraak zoveel mogelijk aangesloten zal moeten worden bij uniforme landelijke registraties. In de tweede plaats betekent elke wijziging in de bestaande systematiek een potentiële verzwaring van de uitvoeringslast bij ketenpartners en mogelijk administratieve lasten bij burgers. Daarnaast is het een belangrijk aandachtspunt voor de Taskforce dat de privacy van de burger moet worden gewaarborgd. Zowel het parlement als de staatssecretaris benadrukt dat de maatregel zo moet worden aangepast dat iedereen die recht zou moeten hebben op een tegemoetkoming deze ook daadwerkelijk ontvangt.

In de praktijk zal er altijd een kleine groep mensen blijven die onterecht geen aanspraak kan maken op een tegemoetkoming. Anderzijds is het onvermijdelijk dat er bij verbreding van de aanspraak ook steeds meer mensen (net als bij de oude regeling) gebruik gaan maken van de regeling die wellicht niet per definitie direct tot de doelgroep behoren.

3. Verbetering van de afbakening op korte termijn op basis van zorggebruik

De Taskforce houdt met haar aanbevelingen vast aan de huidige benadering dat de aanspraak zoveel mogelijk moet worden bepaald op basis van bestaande uniforme landelijke registraties. Die registraties worden op dit moment echter nog niet op een optimale manier gebruikt. In deze paragraaf worden voorstellen gedaan om die bestaande registraties beter in te zetten. Dat betekent dat met invoering van de voorstellen de administratieve lasten niet toenemen.

Zorggebruik als afbakeningscriterium

Op dit moment worden ziekenhuiszorg en medicijngebruik naar de mening van de Taskforce niet op een optimale manier betrokken bij de beantwoording van de vraag welke verzekerden chronisch ziek en/of gehandicapt zijn en daardoor worden geconfronteerd met meerkosten. Diagnosebehandelingcombinaties (DBC's) en actieve bestandsdelen van geneesmiddelen (ATC's) worden bij de

¹ Globaal betreft het de volgende vormen van zorggebruik: Intra- en extramurale AWBZ-zorg, specifieke ziekenhuiszorg en geneesmiddelengebruik, Wmo-zorg in natura, fysiotherapie, revalidatiezorg in revalidatie-instellingen en ZVW-hulpmiddelen. Deze afbakeningscriteria zijn nader omschreven in het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten.

afbakening van de aanspraak betrokken voor zover die bij de zogeheten risicoverevening voor zorgverzekeraars een indicator zijn voor voorspelbaar hoge zorgkosten. Hoge zorgkosten zijn niet per definitie een goede indicator voor meerkosten. Tegelijkertijd veroorzaakt niet iedereen met meerkosten door chronische ziekte of handicap hoge zorgkosten. De Taskforce stelt daarom voor, gebruikmakend van reeds beschikbare databestanden, de huidige risicovereveningsbenadering te verlaten en over te stappen op een meer medisch inhoudelijke benadering. De Taskforce heeft experts gevraagd om alle DBC's en ATC's te beoordelen aan de hand van de vraag in hoeverre de betrokken chronische ziekte of aandoening gepaard gaat met meerkosten.

Speciaal voor dit doel heeft de Taskforce zogenaamde Chronische Groepen (CG's) laten ontwikkelen. De werkzame stoffen en behandelingen die worden betrokken bij de afbakening worden in 25 chronische groepen geclusterd en vervolgens op een gewogen manier betrokken bij de bepaling van de hoogte van de tegemoetkoming. Voor een gedetailleerde uitwerking van de hieronder gepresenteerde voorstellen verwijst de Taskforce naar het rapport dat de Praktijk in haar opdracht heeft opgesteld.

De Taskforce is een voorstander van deze benadering, maar moet de staatssecretaris wel een belangrijk uitvoeringsaspect onder de aandacht brengen. De Zorgverzekeraars, verenigd in Zorgverzekeraars Nederland, hebben aan de Taskforce kenbaar gemaakt dat de registraties die nu voor de Wtcg worden gebruikt aanvankelijk voor de risicoverevening zijn ontwikkeld. Al bij de totstandkoming van de Wtcg hebben zij hier op gewezen. Nu wordt voorgesteld om op een nog geavanceerdere manier de data van verzekeraars rond zorggebruik te gebruiken bij de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming. De kans op fouten neemt daardoor toe. Onvolledige of onjuiste registratie van het zorggebruik kan ertoe leiden dat de individuele verzekerde ten onrechte geen of juist wel een tegemoetkoming ontvangt of dat deze tegemoetkoming te hoog of te laag wordt vastgesteld.

Tabel 1 Aandoeningen die langdurig tot onverzekerde meerkosten kunnen leiden

1. aangeboren afwijkingen	14. Leveraandoeningen
2. Bot- en gewrichtsaandoeningen	15. Longaandoeningen
3. Crohn en colitus ulcerosa	16. Maag- darmaandoeningen
4. Cystic fibrosis	17. Nieraandoeningen
5. Diabetes	18. Niet maligne bloedziekten
6. Endocriene aandoeningen	19. Ziekte van Parkinson
7. Epilepsie	20. Pijn
8. Hart- en vaataandoeningen	21. Psychische aandoeningen
9. Hersenen/ruggenmerg aandoeningen	22. Reuma
10. Hiv/aids	23. Spieraandoeningen
11. Huidaandoeningen	24. Stofwisselingsziekten
12. Immunologische aandoeningen, spier- en bloedziekten	25. Transplantatie
13. Kanker	

Toevoegen

De Taskforce heeft, op basis van een doorlichting van alle DBC's en ATC's veel behandelingen gevonden die op basis van de huidige afbakening ten onrechte niet worden betrokken bij de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming. Daarvan stelt de Taskforce voor ze voortaan wel te betrekken bij de afbakening. Voorbeelden daarvan zijn poliklinische en dagbehandelingen van chronische ziekten die leiden tot meerkosten.

Daarnaast stelt de Taskforce voor behandelingen van bijvoorbeeld vaatvernauwing en medicijnen bij zeldzame stofwisselingsziekten die tot op heden nog niet worden betrokken voortaan wel bij de afbakening te betrekken. Een gedetailleerd overzicht treft u aan in tabel 2.

Verbeteren

In de huidige afbakening zijn behandelingen voor bepaalde aandoeningen slechts in beperkte mate meegenomen. Zo zijn nog niet alle transplantatiebehandelingen, behandelingen van kankers en ADHD betrokken bij de aanspraak op een tegemoetkoming. Experts hebben de Taskforce onder de aandacht gebracht dat deze ziektebeelden in verreweg de meeste gevallen gepaard gaan met meerkosten. De Taskforce stelt voor om meer behandelingen die worden toegepast bij deze ziektebeelden bij de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming te betrekken. Een nadere uitwerking is opgenomen in het rapport van de Praktijk.

Minimaal aantal gestandaardiseerde dagdoseringen (ddd's) verlagen

Mede op aandringen van de CG-raad hebben de experts op verzoek van de Taskforce beoordeeld of het minimum gebruikte aantal gestandaardiseerde dagdoseringen van 180 een realistische grens is bij de bepaling of de betrokken gebruiker een chronische aandoening heeft die gepaard gaat met meerkosten. In dat kader is voor een aantal geneesmiddelen, bijvoorbeeld ter behandeling van kanker, het minimum aantal ddd's aanzienlijk verlaagd. De Taskforce is van mening dat door deze aanpassingen, die worden toegelicht in het rapport van de Praktijk, een belangrijke groep mensen terecht alsnog recht krijgt op een tegemoetkoming.

Intramuraal toegediende geneesmiddelen

De Taskforce heeft zich conform haar taakopdracht ook gebogen over de vraag of en hoe intramuraal toegediende geneesmiddelen kunnen worden betrokken bij de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming. Zij is tot de conclusie gekomen dat hiertoe op dit moment geen mogelijkheden bestaan. Geneesmiddelenverstrekking in ziekenhuizen wordt niet op persoonsniveau in landelijke registraties opgenomen. Dat neemt niet weg dat de Taskforce van mening is dat met de includering van poliklinische behandelingen en dagbehandelingen deze onvolkomenheid vrijwel geheel is gecompenseerd.

Behandelingen voor ziekten zonder meerkosten niet betrekken

Niet voor alle chronische ziekten geldt dat ze gepaard gaan met meerkosten. De Taskforce is tot het oordeel gekomen dat er op dit moment een aantal mensen een tegemoetkoming ontvangt zonder dat zij noodzakelijkerwijs worden geconfronteerd met meerkosten. De Taskforce adviseert de staatssecretaris voor deze mensen de aanspraak op een tegemoetkoming dan ook te laten vervallen. Sommige antidepressiva en behandelingen die worden gebruikt bij depressie worden wat betreft de Taskforce bijvoorbeeld niet langer betrokken bij de bepaling van het recht op een tegemoetkoming. Datzelfde geldt voor geneesmiddelen en behandeling van glaucoom en brandend maagzuur. Deze behandelingen en middelen worden nu nog betrokken bij de bepaling van de hoogte van de tegemoetkoming, maar in de ogen van de door de Taskforce geraadpleegde experts zijn deze behandelingen in onvoldoende mate een indicator voor chronische ziekte of handicap die gepaard gaat met meerkosten.

Behandelingen die niet specifiek genoeg betrekking hebben op ziekten met meerkosten niet betrekken

Daarnaast zijn er behandelingen die worden verleend aan mensen met een aandoening die in specifieke situaties kan leiden tot meerkosten, waarbij diezelfde behandeling ook wordt toegepast bij aandoeningen die niet leiden tot chronische meerkosten. Omdat deze behandeling dus onvoldoende specifiek is verbonden met mensen met een aandoening die gepaard gaat met meerkosten is die behandeling wat de Taskforce betreft niet langer een afbakeningscriterium binnen de Wtcg. Dat geldt bijvoorbeeld voor artrose en botontkalking. Mensen die met deze ziektebeelden te maken hebben en daarbij met meerkosten worden geconfronteerd, worden naar verwachting in veel gevallen bij de afbakening betrokken aan de hand van andere afbakeningscriteria (zoals het gebruik van AWBZ- en/of Wmo-zorg).

Behandeling die geen betrekking heeft op een chronische ziekte

Anderzijds zijn er behandelingen waarvan de Taskforce, op basis van adviezen van experts, stelt dat het betrokken ziektebeeld in sommige gevallen weliswaar tot meerkosten leidt, maar niet chronisch is. Dat geldt bijvoorbeeld voor een longembolie, maar ook bij kortdurende pijnbehandeling. De tegemoetkoming is bedoeld voor mensen die voor langere periode worden geconfronteerd met meerkosten. De Taskforce stelt dan ook voor deze behandelingen niet langer als afbakeningscriterium te gebruiken.

Tabel 2 Belangrijkste aanpassingen afbakeningscriterium ZVW-zorggebruik *

Aan de afbakening toegevoegd	Afbakening completer gemaakt	Verwijderd - niet chronisch	Verwijderd – onvoldoende meerkosten	Niet opgenomen – onvoldoende meerkosten	Verwijderd – onvoldoende specifiek	Niet opgenomen – onvoldoende specifiek	Grotendeels niet op te sporen obv dbc of geneesmiddelen
-zeer ernstige vetzucht -chronische niet kwaadaardige bloedziekten -chronisch vermoeidheids-syndroom -alle poliklinische en dagbehandelingen van opgenomen dbc's -ernstige botontkalking (dbc's en geneesmiddelen) -complexe wervelkolom chirurgie -geneesmiddelen bij chronische hepatitis -geneesmiddelen bij vaatvernauwing -geneesmiddelen bij endocriene tumoren en acromegalie -immunoglobulines -geneesmiddelen bij myasthenia gravis -geneesmiddelen bij zeldzame stofwisselingsziekten	-kanker (dbc's en geneesmiddelen) -reuma (dbc's en geneesmiddelen) -transplantaties -thuisbeademing -ADHD -immunotherapie -alle geneesmiddelen-groepen bijgewerkt op basis van nieuwe middelen en middelen uit de handel genomen -alle geneesmiddelen-groepen beoordeeld op ddd-grens	-longembolie -obstipatie -kortdurende pijnbehandeling	-dbc's en geneesmiddelen bij lichte depressie -dbc's en geneesmiddelen bij glaucoom -dbc's en geneesmiddelen bij zuurbranden -slaapmiddelen	-dbc's en geneesmiddelen bij schildklieraandoeningen -dbc's en geneesmiddelen bij migraine/ clusterhoofdpijn -dbc's en geneesmiddelen bij jicht	-dbc's bij decubitus -dbc's bij artrose -dbc's bij botontkalking	-Spierreuma -Slaapaandoeningen -vetzucht (excl zeer ernstige vetzucht) -eczeem -psoriasis -allergie -incontinentie (excl faecale incontinentie) -rughernia -evenwichtsstoornis	-blindheid/ slechtziendheid -doofheid/ernstige slechthorendheid

*In bijlage 3 bij dit document, het rapport van de Praktijk wordt een nadere toelichting gegeven bij deze tabel.

4. Verbetering op korte termijn op basis van voorstellen Stuurgroep Wtcg

De Stuurgroep Implementatie Wtcg heeft, op verzoek van de Tweede Kamer ook gekeken naar aspecten van verbreding van de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming. Om een volledig beeld te kunnen presenteren, komen deze maatregelen hier ook aan de orde.

Meerjarig gebruik Zvw-hulpmiddelen

Er zijn hulpmiddelen die langer dan een jaar meegaan. Doordat niet jaarlijks kosten worden gedeclareerd met betrekking tot dat hulpmiddel, worden deze verzekerden niet ieder jaar herkend bij de bepaling van de doelgroep van de Wtcg en krijgen deze verzekerden daardoor mogelijk geen tegemoetkoming. Inmiddels is een oplossing voor deze problematiek ontwikkeld. Bij de berekening van de hoogte van de tegemoetkoming zal voortaan rekening worden gehouden met het meerjarige gebruik van hulpmiddelen. Door deze aanpassing kunnen circa 100 duizend mensen extra worden herkend die aanspraak kunnen maken op een tegemoetkoming.

Rolstoelen verstrekt onder de Wmo

20% van de huidige Wmo-rolstoelgebruikers ontvangt op dit moment geen tegemoetkoming. Rolstoelgebruik is op dit moment geen afbakeningscriterium voor de Wtcg. De oorzaak hiervoor is gelegen in het feit dat er geen landelijke registratie beschikbaar is van mensen die gebruik maken van een rolstoel. In overleg met onder meer de VNG is besloten gemeentelijke administraties voor rolstoelgebruik te betrekken bij de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming. Circa 28 duizend extra verzekerden zullen door deze aanpassing een tegemoetkoming gaan ontvangen.

PGB's voor Wmo huishoudelijke verzorging

Ook verzekerden die gebruik maken van Wmo-zorg in de vorm van een PGB worden op basis van die zorg nog niet betrokken bij de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming. Informatie over het gebruik van deze zorg is op basis van landelijke registraties niet beschikbaar. In overleg met ondermeer de VNG is besloten gemeentelijke administraties voor Wmo-PGB's te betrekken bij de afbakening. Deze aanpassing in de afbakening leidt ertoe dat circa 5 duizend verzekerden extra voortaan een tegemoetkoming zullen ontvangen.

AWBZ-indicaties door bureaus jeugdzorg

Naast het CIZ geven ook de Bureaus Jeugdzorg (BJZ's) indicaties af voor AWBZ-zorg. Op dit moment bestaat nog geen landelijke registratie van deze indicaties. Daarom zijn deze verzekerden nog niet betrokken bij de afbakening van de Wtcg. De Stuurgroep Implementatie Wtcg heeft naar oplossingen gezocht voor deze omissie. De Stuurgroep komt tot het advies om de indicaties door BJZ's te betrekken bij de afbakening. Hierdoor maken maximaal 32 duizend jeugdigen extra aanspraak op een tegemoetkoming.

Optellen van AWBZ-indicaties in uren en dagdelen

Door beide kamers van het parlement zijn vragen gesteld over de onmogelijkheid om uren en dagdelen van verschillende AWBZ-indicaties bij elkaar op te tellen. De Taskforce is van mening dat een dergelijk onderscheid tussen uren en dagdelen een inhoudelijke grond mist en adviseert de staatssecretaris een optelling van indicaties in uren en dagdelen alsnog mogelijk te maken. De Stuurgroep heeft aangegeven dat er geen uitvoeringstechnische belemmeringen verbonden zijn aan deze aanpassing.

Ongeveer 3 duizend verzekerden zullen door deze aanpassing aanspraak kunnen gaan maken op een tegemoetkoming.

Revalidatiezorg in algemene ziekenhuizen en mantelzorg

De Stuurgroep Implementatie Wtcg heeft als opdracht te bezien in hoeverre revalidatiezorg in algemene ziekenhuizen en mantelzorg kunnen worden betrokken bij de verbetering van de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming. Met betrekking tot mantelzorg heeft de Stuurgroep inmiddels geconcludeerd dat het op dit moment niet kan worden betrokken bij de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming. Op dit moment is met betrekking tot de revalidatiezorg in algemene ziekenhuizen nog onvoldoende inzicht in de mogelijkheden rond een dergelijke verbreding. Ook de budgettaire gevolgen ervan zijn nog niet volledig in kaart gebracht. De Taskforce adviseert de staatssecretaris hierover aanvullend onderzoek te laten verrichten.

Jaarvoorwaarde

In aansluiting op klachten die het kabinet in het kader van de Compensatie Eigen Risico ontving van nabestaanden van overledenen die niet maanden na overlijden van hun dierbaren nog willen worden geconfronteerd met een tegemoetkoming in de meerkosten waarmee de overledene in het jaar van overlijden zou zijn geconfronteerd, adviseert de Taskforce om voor het ontvangen van een tegemoetkoming als voorwaarde te stellen dat betrokkene het gehele jaar waarop de uitkering betrekking had verzekerd was in het kader van de Zorgverzekeringswet. De Taskforce is van mening dat een dergelijke aanpassing gerechtvaardigd is. De tegemoetkoming is immers bedoeld voor chronisch zieken en gehandicapten en niet voor hun nabestaanden. Deze aanpassing in de afbakening is van toepassing op ongeveer 90 duizend verzekerden.

5. Budgettaire effecten van de voorstellen

De Taskforce heeft de budgettaire effecten van bovengenoemde voorstellen ter verbetering van de afbakening van de aanspraak laten doorrekenen door Vektis. Uit die berekeningen komt naar voren dat de voorgestelde maatregelen per saldo circa €50 mln kosten. Dat komt overeen met de voor deze verbeteringsoperatie beschikbaar gestelde €50 mln. De budgettaire gevolgen zijn in onderstaande tabel nader uitgewerkt.

Tabel 3 Structurele financiële mutaties Wtcg (in miljoenen euro's)*

Voorstellen voor verbetering door de Taskforce:	
Afbakening op basis van ZVW-zorggebruik verbeteren	-5,6
<i>w.v. door verbreding van de aanspraak</i>	<i>110,8</i>
<i>w.v. door inperking van de aanspraak</i>	<i>-116,4</i>
Gebruikers van een rolstoel minimaal een lage tegemoetkoming toekennen	14,6
WMO-PGB Huishoudelijke verzorging bij afbakening betrekken	5,6
AWBZ-indicatie BIZ's betrekken bij afbakening	10,8
Optellen van AWBZ-indicaties in uren en dagdelen mogelijk maken	1,4
Bij de afbakening rekening houden met meerjarig hulpmiddelengebruik	27,5
Totale uitgaven aan verbetering	54,3
Overige mutaties **	
Herberekening Vektis	19,4
Onverzekerden	-6,3
Jaarvoorwaarde invoeren	-22,7
Totale uitgaven overige mutaties	-9,6
De inrichting van een specifieke faciliteit***	5,3
Totaal verbeteringen en overige mutaties	50,0

*De budgettaire gevolgen van de verschillende afbakeningsvoorstellen werken op elkaar in. Het totale budgettaire effect wordt er niet door beïnvloed, maar de verdeling van de effecten over de deelvoorstellen kan afwijken.

**Bij de doorrekening van de gevolgen van de aanpassingen in de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming is Vektis gestuit op een onjuistheid in de berekeningen die ze uitvoerde ten bate van het Vektis-rapport uit 2008. De noodzakelijke herberekening is bij dit beeld betrokken. Daarnaast werd in eerdere berekeningen onterecht geen rekening gehouden met het feit dat onverzekerden geen aanspraak kunnen maken op een tegemoetkoming.

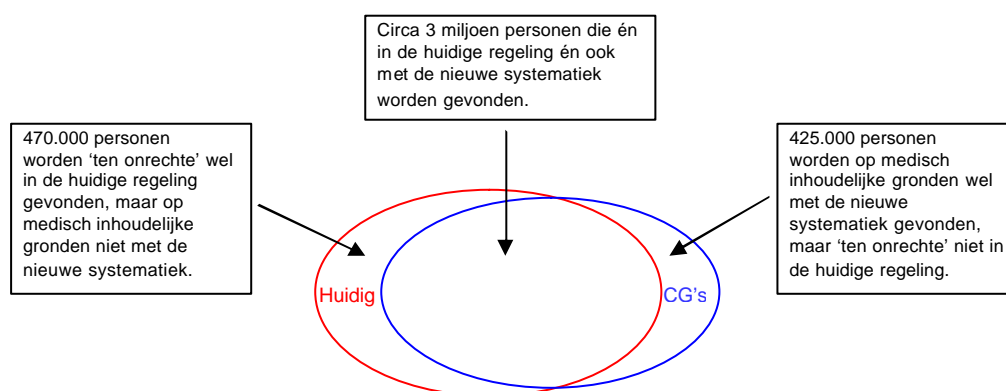
***Dit is een stelpost. Na doorvoering van de overige aanpassingen resteert binnen de beschikbare ruimte van € 50 mln een bedrag van € 5,3 mln voor de inrichting van een faciliteit om verzekerden die ten onrechte nog geen tegemoetkoming ontvangen daar alsnog van te voorzien. Zie paragraaf 8 voor nadere informatie.

6. Effecten op het aantal mensen met een aanspraak op een tegemoetkoming

Bij de thans gehanteerde afbakeningssystematiek worden 3,25 miljoen mensen herkend als chronisch ziek. Destijds kwam uit het Vektis-rapport, op basis van vergelijking tussen bestanden van Vektis en gegevens van het Permanent Onderzoek van de Leefsituatie (POLS) van het CBS, naar voren dat 1,1% van de verzekerden (een kleine 200 duizend mensen) onterecht niet als chronisch zieke werd herkend. De Tweede Kamer heeft hier bij de staatssecretaris aandacht voor gevraagd. Met de door de Taskforce gepresenteerde voorstellen neemt op basis van berekeningen van Vektis het aantal mensen met een chronische ziekte dat wordt herkend toe tot 3,5 miljoen. Dat is een toename van bijna 300 duizend verzekerden.

De voorstellen rond het afbakeningscriterium ziekenhuiszorg en geneesmiddelengebruik zoals gepresenteerd in paragraaf 3 zorgen voor een aanzienlijke verschuiving. Van het totale aantal mensen dat aanvankelijk werd herkend als chronisch zieken worden *op basis van dit criterium* 470 duizend verzekerden niet langer als zodanig aangemerkt. Voor 425 duizend verzekerden geldt het omgekeerde. Aanvankelijk werden ze niet herkend, maar op basis van de aangepaste criteria worden ze wel herkend als chronisch zieken. Daarmee neemt het totale aantal verzekerden dat op basis van dit criterium als chronisch ziek wordt herkend af met circa 46 duizend personen. Verzekerden die binnen de afbakening vallen, ontvangen overigens niet allemaal een tegemoetkoming. Chronisch zieken met lage meerkosten ontvangen geen tegemoetkoming, met gemiddelde of hoge meerkosten wel.

Figuur 1: Aantal binnen de afbakening gebrachte en uit de afbakening verwijderde chronisch zieken*



*chronisch zieken en gehandicapten met lage meerkosten ontvangen geen tegemoetkoming

Zoals blijkt uit tabel 4, stijgt het aantal mensen dat een tegemoetkoming ontvangt als gevolg van de voorstellen van de Taskforce per saldo met 159 duizend verzekerden. Voor circa 215 duizend verzekerden geldt dat ze niet langer aanspraak zullen kunnen maken op een tegemoetkoming. Ongeveer 375 duizend verzekerden die aanvankelijk geen tegemoetkoming kregen, krijgen dat met de invoering van deze criteria wel.

Als ook de verzekerden worden meegerekend die door de herberekening van Vektis alsnog een forfait ontvangen, dan krijgen per saldo 203.000 mensen extra een forfait.

Ten onrechte zou op basis van onderstaande tabel kunnen worden geconcludeerd dat de afbakening met de voorgestelde aanpassingen van de criteria optimaal is geworden. Dat is in de ogen van de Taskforce niet het geval. Ook de komende jaren zal nog een aanzienlijke inspanning moeten worden geleverd om beter inzicht te krijgen in de mate waarin de huidige afbakening aansluit bij het beoogde doel van de regeling.

Tabel 4 Mutaties in het aantal mensen (x 1000) dat aanspraak kan maken op een tegemoetkoming*

	Mensen met een tegemoetkoming		
	Laag	Hoog	Totaal
Voorstellen voor verbetering door de Taskforce			
Afbakening op basis van ZVW-zorggebruik verbeteren	+17	-27	-10
Gebruikers rolstoel minimaal een lage tegemoetkoming toekennen	-14	+42	+28
WMO-PGB Huishoudelijke verzorging bij afbakening betrekken	-18	+22	+5
AWBZ-indicatie BJJ's betrekken bij afbakening	+27	+5	+32
Optellen van AWBZ-indicaties in uren en dagdelen	-2	+4	+3
Meerjarig hulpmiddelengebruik betrekken bij afbakening	+81	+20	+101
Totale gevolgen afbakeningsmaatregelen	+91	+67	+159
Overige mutaties			
Jaarvoorwaarde	-55	-34	-90
Herberekening Vektis	+3	+41	+44
Onverzekerden	-17	-6	-23
Totale gevolgen van overige mutaties	-69	+1	-68
De inrichting van een specifieke faciliteit**	+24	0	+24
Totale mutatie	+46	+68	+115

*De gevolgen van de verschillende afbakeningsvoorstellen op het aantal mensen binnen de afbakening en het aantal mensen dat aanspraak kan maken op een tegemoetkoming werken op elkaar in. Het totale effect wordt er niet door beïnvloed, maar de verdeling van de effecten over de deelvoorstellen kan afwijken.

**Dit is een stelpost. Op basis van een grove inschatting kan worden gesteld dat voor dat bedrag circa 24.000 mensen extra een lage tegemoetkoming zouden kunnen ontvangen. Zie paragraaf 8 voor nadere informatie.

De voorstellen om op basis van ZVW-zorggebruik de afbakening te verbeteren, zoals is toegelicht in paragraaf 3, worden in tabel 4 gepresenteerd als een saldo. In tabel 5 zijn de effecten van deze voorstellen uitgesplitst in afbakeningverruimende en afbakeninginperkende voorstellen. In totaal neemt door de verbreding van de aanspraak het aantal mensen met een tegemoetkoming toe met 205 duizend. De voorstellen die leiden tot een inperking van de aanspraak op basis van ZVW-zorggebruik zorgen ervoor dat het aantal mensen met een tegemoetkoming afneemt met 215 duizend. Per saldo neemt het aantal mensen met een tegemoetkoming door dit specifieke voorstel dus af met 10 duizend.

Tabel 5 Mutaties in het aantal mensen dat aanspraak kan maken op een tegemoetkoming op basis van ZVW-zorggebruik

<p>Voorstellen die de aanspraak verruimen</p>	<p>Toename van het aantal mensen met een tegemoetkoming</p> <p><i>w.v. laag</i> <i>w.v. hoog</i></p> <p>205.000 202.000 3.000</p>	<p>Aantal mensen dat aanvankelijk een lage maar voortaan een hoge tegemoetkoming ontvangt</p> <p>85.000</p>
<p>Voorstellen die de aanspraak inperken</p>	<p>Afname per saldo van het aantal tegemoetkomingen</p> <p><i>w.v. laag</i> <i>w.v. hoog</i></p> <p>215.000 211.000 4.000</p>	<p>Aantal mensen dat aanvankelijk een hoge maar voortaan een lage tegemoetkoming ontvangt</p> <p>111.000</p>

De CG-raad heeft een lijst van klachten aangeleverd bij de Taskforce van mensen die menen ten onrechte geen aanspraak te kunnen maken op een tegemoetkoming. Deze klachten zijn in opdracht van de Taskforce beoordeeld. Grofweg 75% van deze klachten wordt met de voorstellen van de Taskforce rond Zvw-zorggebruik verholpen. Voor de overige klachten biedt deze aanpassing van het afbakeningscriterium ZVW-zorggebruik geen uitkomst. Daarvoor zijn vier verschillende redenen aan te wijzen. Ongeveer 1% van de klachten betrof ziektebeelden die geen chronisch karakter hebben. Circa 12% van de klachten had wel betrekking op chronische ziektebeelden maar ging in de ogen van de door de Taskforce geraadpleegde experts niet of slechts met beperkte meerkosten gepaard. De overige 12% van de klachten is op zich gegrond, maar omdat de betreffende ziektebeelden niet specifiek afgrensbaar zijn, is op basis van Zvw-zorggebruik geen uitkering van een tegemoetkoming mogelijk. Deze mensen zullen naar verwachting in veel gevallen in aanmerking komen voor een tegemoetkoming op basis van de overige aangepaste afbakeningscriteria. De klachten werden niet nauwkeurig genoeg omschreven om ze daarop te kunnen testen. De Taskforce is desondanks van mening dat er met de verbetering van de bestaande afbakening nog steeds chronisch zieken en gehandicapten zullen zijn die terecht klagen over het feit dat ze geen recht hebben op de tegemoetkoming. De Taskforce stelt voor een faciliteit te ontwikkelen die voor in ieder geval een gedeelte van deze groep een uitkomst kan bieden. Op deze faciliteit wordt nader ingegaan in paragraaf 8 van dit rapport.

In onderstaande tabel worden de gevolgen van de voorstellen nog eens in samenhang gepresenteerd. Mensen die op basis van de criteria met lage, gemiddelde of hoge meerkosten worden geconfronteerd vallen binnen de afbakening van chronisch zieken en gehandicapten met meerkosten, mensen met gemiddelde of hoge meerkosten hebben recht op een tegemoetkoming.

Tabel 6 Overzicht van aantal mensen binnen afbakening en met tegemoetkoming (x1000)

	saldo	toegevoegd	verwijderd
Aantal mensen binnen de afbakening op basis van voorstellen Taskforce	+412	883	470
Aantal mensen met een tegemoetkoming op basis van voorstellen Taskforce	+159	374	215

7. Verbetering van de afbakening op de langere termijn

De Taskforce is van mening dat met de voorstellen zoals in voorgaande paragraaf zijn gemeld een zeer belangrijke stap is gezet naar optimalisatie van de bestaande regeling onder de Wtcb. Dat neemt niet weg dat de Taskforce voorstander is van verdere doorontwikkeling van methodieken om de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming de komende jaren verder te verbeteren.

Mede op aanraden van de CG-Raad heeft de Taskforce zich laten informeren over de mogelijkheid de zogenaamde Internationale Classificatie van het menselijk functioneren (ICF) in combinatie met IMPACT (ICF Measure on Participation and Activities) bij de afbakening te betrekken.

De ICF is een begrippenkader waarmee het mogelijk is het functioneren van mensen en de eventuele problemen die zij in het functioneren ervaren te beschrijven plus de factoren die op dat functioneren van invloed zijn.

TNO heeft op basis van deze ICF-classificatie IMPACT ontwikkeld en gevalideerd. IMPACT is een vragenlijst waarmee personen zelf op een systematische wijze een overzicht maken van hun mogelijkheden en beperkingen in activiteiten en participatie.

Gebruik van IMPACT leidt evenwel niet tot een objectieve vaststelling van problemen in het functioneren en zal daarom in de ogen van de Taskforce nooit zelfstandig als criterium voor het bepalen van het recht op een tegemoetkoming kunnen gelden. Dat neemt niet weg dat de Taskforce belangrijke aanknopingspunten ziet bij dit instrument. De Taskforce adviseert de staatssecretaris van VWS dan ook om het instrument verder te laten ontwikkelen en te testen en nader in kaart te laten brengen of en zo ja hoe IMPACT kan worden betrokken bij verbetering van de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming.

TNO heeft in dat kader inmiddels een opdracht gekregen van het Ministerie van VWS om een onderzoek te doen naar de mogelijkheid het op de ICF gebaseerde instrument IMPACT te gebruiken bij de vaststelling van de meerkosten waarmee iemand wordt geconfronteerd in verband met zijn of haar ziekte of beperking en of toepassing van deze methodiek een uitvoerbare verbetering zou betekenen van de thans toegepaste systematiek. Dat onderzoek wordt in december 2010 opgeleverd.

8. Faciliteit voor verzekerden die onterecht geen tegemoetkoming ontvangen

Als verbeteringen op korte termijn niet de gewenste uitkomst kunnen bieden en verbeteringen voor de langere termijn noodgedwongen op zich laten wachten, kan de ontwikkeling van een specifieke faciliteit worden overwogen.

De Taskforce is van mening dat met de aanpassingen zoals zijn voorgesteld in paragraaf 3 en 4 van dit rapport een duidelijke verbetering van de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming kan worden bewerkstelligd. De berekeningen daaromtrent door Vektis zoals gepresenteerd in paragraaf 5 en 6 ondersteunen dat beeld. Het aantal mensen dat ten onrechte geen aanspraak kan maken op een tegemoetkoming is aanzienlijk teruggebracht. Tegelijkertijd blijven er mensen die als gevolg van hun chronische ziekte of handicap meerkosten maken, zonder dat hun zorggebruik in administraties is opgenomen op basis waarvan de aanspraak op een tegemoetkoming wordt bepaald. De Taskforce is tot het oordeel gekomen dat het ook in de toekomst onmogelijk zal blijven om een volledig waterdicht systeem in te richten. Hoe het systeem ook vorm wordt gegeven, er zullen altijd mensen zijn die ten onrechte geen aanspraak kunnen maken op een tegemoetkoming.

Een specifieke faciliteit kan uitkomst bieden

De Taskforce is van mening dat een specifieke faciliteit voor een helder afgebakende groep van cliënten een uitkomst kan bieden. Zo'n duidelijk afbakenbare groep zouden bijvoorbeeld mensen met een ernstige auditieve en/of visuele beperking kunnen zijn die geen gebruik maken van geneeskundige zorg daaromtrent en eveneens geen aanspraak maken op AWBZ-zorg en/of Wmo-zorg of hulpmiddelen. Zij kunnen op basis van de voorgestelde afbakeningscriteria geen aanspraak maken op een tegemoetkoming.

De CG-raad heeft er bij de Taskforce op aangedrongen mensen met een visuele en/of auditieve aanspraak te laten maken op een tegemoetkoming door specifieke hulpmiddelen op een specifieke manier bij de afbakening te betrekken. Vektis heeft een korte analyse uitgevoerd rond de mogelijkheden op dit punt en komt tot de conclusie dat zeker op dit moment een dergelijk afbakeningscriterium niet kan worden ingevoerd. Vektis beschikt niet over de benodigde gegevens inzake het gebruik van deze hulpmiddelen. De Taskforce adviseert daarom de staatssecretaris om te onderzoeken of en zo ja in welke vorm deze mensen door middel van een specifieke faciliteit, bijvoorbeeld een loket, aanspraak kunnen maken op een tegemoetkoming. De Taskforce realiseert zich dat het ook met het oog op de budgettaire ruimte om een strikt afgebakende groep mensen zal moeten gaan.

De Taskforce heeft geen uitputtend onderzoek kunnen doen naar mogelijke andere chronische aandoeningen of handicaps die niet kunnen worden gevonden met de in paragraaf 3 voorgestelde criteria. Mogelijk kunnen voor mensen met betreffende aandoeningen en handicaps heldere en gerichte criteria worden ontwikkeld waar dan wel geen landelijke registraties voor bestaan, maar die wel objectief kunnen worden aangetoond. De Taskforce adviseert de staatssecretaris van VWS daarom nader onderzoek uit te (laten) voeren naar de uitvoeringsmodaliteiten van een faciliteit waar mensen met dergelijke chronische ziekten en handicaps die leiden tot meerkosten zich kunnen melden. Vooraf zal nauwkeurig moeten worden omschreven onder welke voorwaarde mensen zich bij het meldpunt kunnen melden met een verzoek om een tegemoetkoming. Zo zal helder moeten worden omschreven met welke chronische ziekte of handicap mensen aanspraak kunnen maken op een tegemoetkoming als zij dat niet via de 'gebruikelijke' manier ontvangen en hoe deze mensen hun chronische ziekte of handicap moeten aantonen (de Taskforce acht minimaal een doktersverklaring noodzakelijk). De Taskforce adviseert de staatssecretaris om, in goed overleg met de CG-raad, chronische ziekten en handicaps in kaart te brengen waarvoor geldt dat ze ten onrechte geen recht geven op een tegemoetkoming via de bestaande 'reguliere'

afbakeningscriteria. De lijst van 440 zeldzame aandoeningen van erfelijke ziekten die door de Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntorganisaties (VSOP) is opgesteld zou daarbij betrokken kunnen worden.

De Taskforce is vooralsnog geen voorstander van de inrichting van een hardheidsclausule waar vooraf geen uitputtende lijst van aandoeningen voor is opgesteld en waarvan op individueel niveau moet worden bepaald of aanspraak gemaakt moet kunnen worden op een tegemoetkoming. Een dergelijke faciliteit is in de ogen van de Taskforce ongewenst omdat het heel veel uitvoeringsproblemen met zich mee zal brengen. Gezonde mensen zullen slechts van mensen met chronische ziekte met meerkosten kunnen worden onderscheiden tegen hoge uitvoeringskosten. Een belangrijker argument van de Taskforce om de staatssecretaris af te raden een hardheidsclausule in te voeren is het feit dat met een dergelijke clausule onnodig veel interpretatiemogelijkheden worden overgedragen aan een instituut (bijvoorbeeld een bestaand zelfstandig bestuursorgaan). Het is in de ogen van de Taskforce te vroeg om een dergelijke clausule in te voeren. De komende jaren zal de regeling verder moeten worden verbeterd. Meldingen van mensen die menen ten onrechte niet in aanmerking te komen voor een tegemoetkoming, moeten bij die verbetering worden betrokken. Dat is ook gebeurd met de klachten die over de tegemoetkoming zijn binnengekomen bij de CG-raad. De Taskforce heeft deze klachten ook betrokken bij de totstandkoming van haar voorstellen.

9. Conclusies en aanbevelingen van de Taskforce

De Taskforce komt met de volgende **vijf** aanbevelingen:

1. Verbeter de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming op basis van ziekenhuiszorg- en geneesmiddelengebruik.

De huidige afbakening van de aanspraak is suboptimaal omdat deze direct is gebaseerd op het model van risicoverevening voor verzekeraars. Hoge kosten voor verzekeraars zijn niet per definitie een goede indicator voor hoge meerkosten voor chronisch zieken en gehandicapten. Daarom heeft de Taskforce alle ziekenhuisbehandelingen en actieve bestanddelen van geneesmiddelen aan een beoordeling door experts laten onderwerpen. Enige behandelingen moeten worden toegevoegd aan de afbakeningscriteria, sommige moeten worden verwijderd. Voor sommige geneesmiddelen moet de standaard dagelijkse dosering worden aangepast.

2. Stem in met de voorstellen van de Stuurgroep Implementatie Wtcg om de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming te verbeteren.

De Stuurgroep stelt voor om rekening te houden met het meerjarig gebruik van hulpmiddelen, om rolstoelen die worden verstrekt in het kader van de Wmo als afbakeningscriterium toe te voegen, om Wmo-PGB's voor huishoudelijke verzorging bij de bepaling van de hoogte van de tegemoetkoming te betrekken, om AWBZ-indicaties in uren en dagdelen bij elkaar op te mogen tellen en om AWBZ-indicaties die door Bureaus Jeugdzorg worden verstrekt mee te wegen bij de bepaling of een verzekerde recht heeft op een tegemoetkoming.

3. Stem in met de invoering van de zogenaamde jaarvoorwaarde.

In aansluiting op klachten die het kabinet in het kader van de Compensatie Eigen Risico ontving van nabestaanden van overledenen die niet maanden na overlijden van hun dierbaren nog willen worden geconfronteerd met een tegemoetkoming in de meerkosten van de overledene in het jaar van overlijden, adviseert de Taskforce om voor het ontvangen van een tegemoetkoming als voorwaarde te stellen dat betrokkene het gehele jaar waarop de uitkering betrekking had verzekerd was in het kader van de zorgverzekeringswet.

4. Betrek de resultaten van het onderzoek door TNO naar de op ICF gebaseerde IMPACT-vragenlijst bij de verbetering van de afbakening.

Het gebruik van IMPACT leidt niet tot een objectieve vaststelling van problemen in het functioneren en zal daarom in de ogen van de Taskforce nooit zelfstandig als afbakeningscriterium voor de Wtcg kunnen gelden. Dat neemt niet weg dat de Taskforce belangrijke aanknopingspunten ziet bij dit instrument. Ze adviseert de staatssecretaris de resultaten van het onderzoek door TNO te betrekken bij de verbetering van de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming.

5. Doe nader onderzoek naar de mogelijkheid om aan een duidelijk af te bakenen groep die ten onrechte buiten de afbakeningscriteria valt door middel van een specifieke faciliteit alsnog op basis van een doktersverklaring

aanspraak te verlenen op een tegemoetkoming. De Taskforce adviseert de staatssecretaris de CG-raad nauw bij de ontwikkeling hiervan te betrekken.

Zo'n duidelijk afbakenbare groep zouden bijvoorbeeld mensen zijn met een ernstige auditieve en/of visuele beperking. De Taskforce is vooralsnog geen voorstander van een hardheidsclausule waar iedereen die meent meerkosten te hebben zonder aanspraak te kunnen maken op een tegemoetkoming zich kan melden. Een dergelijke clausule is lastig uitvoerbaar en brengt (daardoor) hoge uitvoeringskosten met zich mee. Bovenal is het te vroeg voor een dergelijke clausule. De komende jaren zal de regeling verder moeten worden verbeterd. Meldingen van mensen die menen ten onrechte niet in aanmerking te komen voor een tegemoetkoming moeten bij die verbetering worden betrokken.

10. Dankwoord

De Taskforce is dank verschuldigd aan Liesbeth van Erp en Saskia Jongeneel van *de Praktijk*, een consultancy organisatie die de Taskforce heeft ondersteund bij de doorlichting van de bestaande afbakeningscriteria en de ontwikkeling van aanpassingen ervan. Daarnaast dankt de Taskforce alle organisaties en hun vertegenwoordigers die hebben deelgenomen aan bijeenkomsten van de Taskforce alsmede TNO voor haar werkzaamheden met betrekking tot het gebruik van ICF en IMPACT bij de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming. In het bijzonder dankt de Taskforce de CG-raad die op constructieve wijze heeft bijgedragen aan de verbetervoorstellen die in dit advies worden aangedragen. Tenslotte dankt de Taskforce Vektis, in het bijzonder Tijs van Gorp en Lisette Gusdorf, voor de doorrekening van de financiële gevolgen van haar voorstellen. Overigens wenst de Taskforce op te merken dat hoewel dit rapport niet tot stand was gekomen zonder de hulp van bovenstaande mensen en organisaties, de verantwoordelijkheid voor dit advies volledig bij de Taskforce berust.

11. Bijlagen

Bijlage 1: Gesprekspartners

A. de Boo	Vektis
E. van den Brink	CAK
H.M.E. Cliteur	CG-Raad
T. van Gorp	Vektis
L.M.A. Gusdorf	Vektis
P.F. Hasekamp	Zorgverzekeraars Nederland
M. Hempenius	CG-Raad
J.S. Huizer	Stuurgroep Weesgeneesmiddelen en VSOP
M. Kaarsgaren	CSO
M.W. de Kleijn-de Vrankrijker	WHO-FIC Collaborating Centre
D. Kloosterman	Platform VG
D. Lindhout	UMC Utrecht
R. Mooij	TNO Kwaliteit van Leven
H. ten Napel	WHO - FIC Collaborating Centre
R.J.M. Perenboom	TNO Kwaliteit van Leven
H.J.F. Piepenbrink	CVZ
P.J.A. Stam	Strategies in Regulated Markets (SIRM)
F. de Waard	CAK
G.J. Wijlhuizen	TNO Kwaliteit van Leven
Q.B. van Woerdekom	CG-Raad

Bijlage 2: Opdracht Taskforce (bijgevoegd)

Bijlage 3: Rapport van de Praktijk (bijgevoegd)

Bijlage 4: Brief ontvangen van Stuurgroep Implementatie Wtcg (bijgevoegd)