Eerste Kamer der Staten-Generaal

1

Vergaderjaar 2008–2009

31 706 Regeling van een tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten (Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten)

N

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDH EID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 juni 2009

Bij de behandeling van 31 706, Regeling van een tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten (Wet tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten, hierna Wtcg), heb ik toegezegd om de leden van het parlement twee keer per jaar te informeren over zowel de beleidsmatige doorontwikkeling van de regeling als de voortgang bij de implementatie van de wet.

De onderhavige rapportage, die ik u mede namens de minister van SZW en de staatssecretaris van Financiën aanbied, is de eerste in een reeks. Deze voortgangsrapportage bevat achtereenvolgens de stand van zaken aangaande:
1. de activiteiten van de Stuurgroep implementatie Wtcg;
2. de werkzaamheden van de Taskforce verbetering afbakening Wtcg;
3. overige onderwerpen.

Tevens maak ik van de gelegenheid gebruik om in de bijlage bij deze voortgangsrapportage een aantal vragen van de leden van de CDA-fractie in de Tweede Kamer te beantwoorden die zij hebben gesteld naar aanleiding van een wijziging van de Wtcg. Deze laatstgenoemde is verwerkt in het wetsvoorstel Fiscaal stimuleringspakket en overige fiscale maatregelen.[1]

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. Bussemaker

[1] Kamerstukken II, vergaderjaar 2008–2009, 31 301

KST131800
ISSN 0921 - 7363
Sdu Uitgevers
's-Gravenhage 2009

1. Voorbereidingen voor de implementatie van de Wtcg.

1.1 Instelling Stuurgroep Implementatie Wtcg

Tijdens de parlementaire behandeling is aangegeven dat er een Stuurgroep implementatie Wtcg (hierna: Stuurgroep) zou worden opgericht. De Stuurgroep heeft als taak het vroegtijdig signaleren van mogelijke problemen bij de uitvoering van de forfaitare tegemoetkoming en het ontwikkelen van oplossingen teneinde te voorkomen dat deze zich daadwerkelijk gaan voordoen. Zoals aangekondigd in de brief aan de Tweede Kamer van 18 november 2008 is deze Stuurgroep formeel ingesteld (Instellingsbesluit Stuurgroep Implementatie Wtcg).[1] Deze Stuurgroep stelt de staatssecretaris in staat om de regie te voeren met betrekking tot de uitvoering van de forfaitaire tegemoetkoming. In de Stuurgroep hebben de uitvoeringsorganisaties zitting die het meest direct betrokken zijn bij de uitvoering van de tegemoetkoming.
Medio mei heeft de Stuurgroep mij geïnformeerd over de voortgang van de voorbereidingen voor de implementatie van de Wtcg. Deze paragraaf bevat de bevindingen tot nog toe.

1.2 Voortgang aandachtspunten uit ketenuitvoerbaarheidstoets

In het najaar 2008 is een ketenuitvoerbaarheidstoets uitgevoerd die op 10 oktober 2008 aan de Tweede Kamer is aangeboden. De aandachtspunten die daarin zijn benoemd heeft de Stuurgroep inmiddels ter hand genomen.

Frontoffice CAK

Om de risico's van een te grote belasting op het front-office van het CAK te beperken, wordt onder andere gewerkt aan een goede voorlichting over de regeling, inrichting van een integrale primaire en secundaire procesgang en afspraken tussen ketenpartners over de afhandeling van beide procesgangen.

Ontbrekende rekeningnummers

Met betrekking tot ontbrekende bankrekeningnummers meldt de Stuurgroep dat alle bronnen voor het achterhalen van de rekeningnummers inmiddels bekend zijn en dat hierover afspraken zijn gemaakt met de betreffende ketenpartners. Het overleg met de SVB en het UWV over de mogelijke levering van rekeningnummers van de verzekerden waarvan de eigen bijdrage wordt ingehouden middels broninhouding, loopt nog. Rechthebbenden van wie uiteindelijk toch het rekeningnummer ontbreekt of niet correct is, kunnen de antwoordkaart inzenden of via een bij het CAK in te richten portal de gegevens aanvullen.

AWBZ-indicaties voor onbepaalde tijd

In de ketenuitvoerbaarheidstoets is tevens gesignaleerd dat bij het CIZ indicaties ontbreken. Dit betreffen indicaties voor onbepaalde tijd die de rechtsvoorgangers van het CIZ hebben afgegeven. Het CAK en het CIZ zijn een gezamenlijk onderzoek gestart om de cliënten met ontbrekende indicaties voor onbepaalde tijd te achterhalen. Naar verwachting wordt het grootste deel van deze ontbrekende groep hiermee achterhaald. Een beperkt deel van deze groep zal niet te achterhalen zijn omdat deze mensen een indicatie voor onbepaalde tijd hebben voor een functie waarvoor geen eigen bijdrage geldt (en dus niet bekend zijn bij het CAK) en waarvoor in de afgelopen 5 jaar geen herindicatie is afgegeven (en dus ook niet alsnog bij het CIZ geregistreerd zijn). Deze mensen kunnen zich

[1] Kamerstukken II, vergaderjaar 2008–2009, 31 706. nr. 21.

melden bij het CAK. Het CAK richt daartoe een aanvraagprocedure in. Dit wordt onderdeel van de voorlichting.

Ontbrekende Burger Servicenummers (BSN's)

Wat betreft de BSN's moet onderscheid gemaakt worden tussen nieuwe en bestaande indicaties. Bij alle nieuwe indicaties wordt al een BSN ingevoerd. Ten aanzien van de bestaande indicaties meldt de Stuurgroep dat inmiddels ongeveer 70% van de cliënten in de database van het CIZ voorzien is van een BSN. Om de resterende ontbrekende BSN's te achterhalen zal het CIZ een vergelijking met de bestanden van de zorgkantoren maken. In september zal het CIZ rapporteren aan de Stuurgroep over de stand van zaken over BSN in de registratie. Zonodig zullen dan aanvullende maatregelen worden getroffen om het aantal ontbrekende BSN's tot een minimum te reduceren. Overigens is er een groep waarvan het niet wenselijk is dat een BSN bekend is. Dit zijn bijvoorbeeld vrouwen in de vrouwenopvang. Deze groep kan een tegemoetkoming aanvragen bij het CAK. Ook hiervoor geldt dat het CAK een aanvraagprocedure zal inrichten en dat dit onderdeel wordt van de voorlichting.

Hulpmiddelen

In de ketenuitvoerbaarheidstoets is tevens de registratie van hulpmiddelen door zorgverzekeraars als aandachtspunt gesignaleerd. Naar aanleiding daarvan heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in het najaar van 2008 een enquête uitgezet. De uitkomst van de enquête was dat zorgverzekeraars hulpmiddelen weliswaar niet op detailniveau maar wel op een hoger aggregatieniveau (i.e. op groepsniveau) op een uniforme wijze registreren. Voor de Wtcg volstaat een uniforme registratie op dit hogere aggregatieniveau. ZN heeft recentelijk nogmaals in de Stuurgroep bevestigd dat de registratie van hulpmiddelen geen problemen oplevert voor de forfaitaire regeling.

Secundaire procesgang

De inrichting van de secundaire procesgang vraagt bijzondere aandacht. Vanwege de privacy is geregeld dat het CAK een minimale dataset ontvangt van ketenpartners om tot uitkering van het forfait te komen. Dit houdt in dat het CAK niet beschikt over de onderliggende gegevens van het zorggebruik van de cliënten. Op basis van de aangeleverde data kan het CAK de cliënt dus slechts globaal informeren over de vraag waarom een cliënt al dan niet een forfait ontvangt (of een te laag forfait). Echter, als uitvoerder van de regeling dient het CAK een verzoek tot informatie, een aanvraag of bezwaar van een cliënt wel inhoudelijk te behandelen. Om dit goed te faciliteren is de secundaire procesgang expliciet opgenomen in het zogeheten ketenprojectplan en het functioneel ketenontwerp.[1] Over de technische oplossing hoe informatie over zorggebruik tussen ketenpartners en het CAK uitgewisseld kan worden, wordt nog gesproken. Het systeem wordt zó ingericht dat klantgerichtheid voorop staat.

1.3 Andere aspecten in de uitvoering

Daarnaast heeft de Stuurgroep aandacht besteed aan een aantal onderwerpen die niet in de ketenuitvoerbaarheidstoets naar voren zijn gekomen, maar wel relevant zijn voor de implementatie.

Het leveren van NAW gegevens

In de regeling tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten staat

[1] Het ketenprojectplan en het functioneel ketenontwerp worden in het vervolg van deze paragraaf nader toegelicht.

aangegeven welke gegevens ketenpartners dienen aan te leveren aan het CAK voor uitvoering van de Wtcg. De Stuurgroep heeft ingestemd met het voorstel dat ketenpartners aanvullend op deze gegevens ook de NAW gegevens aanleveren zodat het CAK weet hoe de rechthebbende heet en waar de beschikking naar toe gestuurd dient te worden. De regeling wordt op dit punt aangepast.

Mantelzorg als afbakeningscriterium

Tijdens de plenaire behandeling van de Wtcg is toegezegd dat de Stuurgroep zal onderzoeken of het mogelijk is om binnen afzienbare termijn mantelzorg mee te nemen als criterium voor het bepalen van het recht op een forfaitaire tegemoetkoming.
De Stuurgroep concludeert dat het technisch mogelijk is een constructie te ontwikkelen om mantelzorg mee te nemen als afbakeningscriterium voor de forfaitaire regeling. Voor zover het AWBZ-activiteiten betreft, wordt mantelzorg namelijk zowel geregistreerd bij het CIZ (bij de indicatiestelling) als bij de SVB dat deze gegevens bewerkt om te kijken wie in aanmerking komt voor een mantelzorgcompliment.
De Stuurgroep wijst echter ook op een aantal aandachtspunten. Deze aandachtspunten vloeien voort uit het feit dat het aantal verleende en bij het CIZ geregistreerde uren mantelzorg het gevolg zijn van een informele afspraak tussen degene die hulp verleent en degene die hulp ontvangt. Het aantal uren mantelzorg is dus op subjectieve wijze vastgesteld. Ter voorkoming van rechtsongelijkheid vergt het meenemen van mantelzorg een objectieve vaststelling van de activiteiten die de mantelzorger biedt en het koppelen daarvan aan normtijden (uren). Naar verwachting leidt dit zowel tot een forse verzwaring van het indicatieproces bij het CIZ als van de secundaire procesgang. Daarnaast kunnen cliënten het als een inbreuk op hun privacy beschouwen. Een alternatief is om bij de bepaling van de hoogte van het forfait bij de AWBZ-indicatie van iedere cliënt die heeft aangegeven mantelzorg te krijgen standaard een nader te bepalen aantal uren op te nemen. Dit is uitvoeringstechnisch gezien gemakkelijker. Keerzijde is evenwel dat dit tot rechtsongelijkheid en daardoor tot vragen van cliënten aan het CAK of het CIZ kan leiden omdat zij van mening zijn dat zij meer uren mantelzorg ontvangen dan het fictieve aantal uren waar rekening mee is gehouden.
Indien mantelzorg desondanks toch als onderdeel van de afbakeningscriteria zou gaan fungeren, dan ligt het in de rede het »mantelzorgbestand» bij de SVB te gebruiken. De verwachting is namelijk gerechtvaardigd dat die mensen die in substantiële mate gebruik maken van mantelzorg, ook daadwerkelijk het mantelzorgcompliment voor de mantelzorgverlener aanvragen. Volledigheidshalve wijst de Stuurgroep er op dat dit zou leiden tot een andere behandeling van de AWBZ ten opzichte van de WMO. Ook in de WMO vindt (veel) mantelzorg plaats, maar deze wordt op bovenstaande manier niet meegenomen.

Ik heb de Stuurgroep gevraagd om een eventuele toepassing van het hiervoor genoemde «mantelzorgbestand» bij de SVB als afbakeningscriterium voor de forfaitaire regeling nader uit te werken en de uitvoeringstechnische aspecten in beeld te brengen. Op basis daarvan zal ik een besluit nemen over het al dan niet meenemen van mantelzorg als afbakeningscriterium voor de Wtcg. Ik zal u daarover informeren in de tweede Voortgangsrapportage die u dit najaar zult ontvangen.

AWBZ indicaties afgegeven door Bureau Jeugdzorg

Naast het CIZ geven ook de Bureaus Jeugdzorg een indicatie af voor de AWBZ, namelijk AWBZ-zorg voor jongeren van 18 jaar of jonger op basis van een psychiatrische grondslag. Op dit moment bestaat nog geen

uniforme landelijke registratie voor deze indicaties. Dit betekent dat ze niet in het reguliere proces voor het forfaitjaar 2009 kunnen meelopen en dat een deel van de jeugdigen met een AWBZ-indicatie niet voor het forfait over 2009 (uit te keren in 2010) in aanmerking komt. Aangezien BJZ-cliënten met een AWBZ-indicatie gezien het doel van de Wtcg wel recht zouden moeten hebben op het forfait, is gekeken hoe hiermee om moet worden gegaan.

Het streven is dat vanaf 1–1-2010 alle nieuwe AWBZ-indicaties van BJZ-cliënten worden doorgestuurd naar het CIZ. Hiermee raken de BJZ's aangesloten op de AWBZ-brede zorgregistratie.[1] Met behulp van deze koppeling kan het forfait over het forfaitjaar 2011 (uitkering in 2012) aan BJZ-cliënten met een AWBZ-indicatie worden toegekend conform de uitvoering van de Wtcg bij CIZ-indicaties. De automatische koppeling moet hiervoor wel uiterlijk op 1–7-2010 zijn gerealiseerd.

Voorts zal ik alles in het werk stellen om BJZ-cliënten met een AWBZ-indicatie ook over het jaar 2010 een forfait toe te kennen. Daartoe moeten de bestanden met AWBZ-registraties voor BJZ-cliënten van het CIZ (die via de hiervoor genoemde automatische koppeling de indicaties bevatten die na 1–1-2010 zijn afgegeven) en de bestanden van de BJZ's (die de indicaties bevatten over 2009 maar die voor minstens 26 weken doorlopen in 2010) gecombineerd worden. Aandachtspunt voor een correcte uitvoering is de tijdige aanlevering van alle benodigde gegevens aan het CAK. Voorts zullen de mogelijkheden en merites van het toekennen van dit forfait met terugwerkende kracht tot het forfaitjaar 2009 worden bezien. VWS, het CIZ en het CAK voeren gezamenlijk een ketenuitvoerbaarheidstoets uit om de uitvoeringstechnische aspecten van het voorgaande te onderzoeken.

De wijze van optellen van bepaalde functies in uren in de AWBZ

In het besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Btcg) zijn de criteria gedefinieerd voor het recht op de forfaitaire tegemoetkoming. Voor de AWBZ-indicaties gaat de huidige regelgeving uit van uren. Dit is niet geheel afdoende. De AWBZ-functies worden namelijk in klassen met een bepaalde *bandbreedte* van uren geïndiceerd. De achtergrond achter de bandbreedte is dat niet iedere week de zorgbehoefte exact gelijk is. Door te indiceren in een bandbreedte in uren is het mogelijk dat het werkelijke zorggebruik de ene week iets hoger is en de volgende week iets lager. Aangezien de achtergrond van de bandbreedte uitgaat van een zorggebruik dat de ene week meer is en de andere week minder, ligt het in de rede om bij het optellen van verschillende functies in uren uit te gaan van het gemiddelde aantal uren binnen een bandbreedte en dit gemiddelde op te tellen. Hiervoor dient het besluit (Btcg) een kleine aanpassing te ondergaan.

Meerjarig hulpmiddelengebruik

Een van de afbakeningscriteria voor de forfaitaire regeling betreft het gebruik van een hulpmiddel (Zvw) in het betreffende jaar. Zorgverzekeraars registreren hulpmiddelen in het jaar dat ze aan verzekerden verstrekt worden én in het jaar dat reparatie aan een hulpmiddel plaatsvindt. Bepaalde hulpmiddelen worden echter niet ieder jaar aangeschaft omdat deze meerdere jaren meegaan. Conform mijn toezegging aan het parlement heb ik de Stuurgroep gevraagd om te kijken hoe hiermee om te gaan.
Om dit vraagstuk goed in kaart te brengen, laat de Stuurgroep onderzoek verrichten naar de afschrijvingstermijnen en de incidentie van reparaties aan deze hulpmiddelen. Op deze manier wordt duidelijk in welke jaren het

[1] Door deze constructie hoeven niet alle BJZ's apart aan te sluiten bij de verschillende zorgkantoren, maar wordt gebruik gemaakt van de bestaande infrastructuur via het CIZ.

gebruik van een hulpmiddel door de doelgroep niet in de registraties van zorgverzekeraars voorkomt. Daarnaast wordt geïnventariseerd hoe het meerjarig gebruik van hulpmiddelen op uniforme wijze geregistreerd kan worden. Een belangrijk aandachtspunt daarbij is de relatie met de Wet bescherming persoonsgegevens, aangezien de betreffende data (zijnde medische persoonsgegevens) meerjarig moet worden opgeslagen.

Revalidatiezorg in ziekenhuizen

Voor revalidatiezorg geldt dat een verzekerde in aanmerking komt voor een tegemoetkoming indien de verzekerde revalidatiezorg heeft ontvangen in bepaalde revalidatiecentra. Een deel van de revalidatiezorg in algemene ziekenhuizen werd in 2008 nog bekostigd via de FB-systematiek (functionele bekostiging). In de systemen van verzekeraars is die zorg daarom niet te classificeren als revalidatiezorg of andersoortige ziekenhuiszorg.
Met de invoering van revalidatie-dbc's is revalidatiezorg in een algemeen ziekenhuis wel te onderscheiden van andersoortige zorg. Volgens planning zou per 01-01-2009 voor alle revalidatiezorg (zowel revalidatiecentra als algemene ziekenhuizen) overgegaan worden op revalidatie-dbc's. Voor een deel van de categorale zorg, bijvoorbeeld in verband met epilepsie of longziekten, zijn de revalidatie-dbc's echter nog in ontwikkeling. Dit deel van de revalidatie wordt nog op eenzelfde wijze als in 2008 gedeclareerd. Gedurende het eerste kwartaal van 2009 is dus voor een deel van de revalidatiezorg voor het eerst gewerkt met dbc's. Omdat revalidatiezorg doorgaans langdurig van aard is, vaak langer dan een kwartaal, is precieze informatie over het gebruik van revalidatie-dbc's nog niet beschikbaar. De cijfers over het eerste kwartaal alleen geven onvoldoende inzicht in het aantal patiënten dat revalidatiezorg ontvangt in algemene ziekenhuizen, evenals in de aard van de geleverde revalidatiezorg en de gebleken bruikbaarheid van revalidatie-dbc's voor de uitvoering van de Wtcg.
De Stuurgroep zal bezien wat de consequenties hiervan zijn voor revalidatiezorg in algemene ziekenhuizen als afbakeningscriterium voor de Wtcg.

1.4 Ketenprojectplan Implementatie forfaitaire regeling

Eind 2010 wordt de forfaitaire tegemoetkoming uitbetaald. Deze tegemoetkoming is gebaseerd op registraties vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), AWBZ en WMO. Om tot een goede uitvoering te komen is door het CAK en alle ketenpartners een integraal ketenprojectplan vastgesteld. Kortgezegd beschrijft dit plan wat, wanneer, en hoe van welke ketenpartner verwacht wordt opdat eind 2010 het forfait kan worden uitgekeerd. Het ketenprojectplan bevat ook een functioneel ketenontwerp, waarin onderscheid wordt gemaakt tussen de primaire en secundaire procesgang. De primaire procesgang beschrijft de doelgroepselectie, verzameling en bewerking van gegevens van alle ketenpartners en de uiteindelijke beschikking en uitbetaling van het forfait. De secundaire procesgang verzorgt de afhandeling van reacties van cliënten en hun vertegenwoordigers en is onderverdeeld in subproces informatie en anderzijds de processen aanvraag en bezwaar. Met deze secundaire procesgang wordt mede invulling gegeven aan het amendement Omtzigt.[1]

Spoorboekje voor implementatie forfaitaire regeling

In mijn brief van 18 november aan de voorzitter van de Tweede Kamer heb ik toegezegd in de eerste voortgangsrapportage over de Wtcg in te gaan op het definitieve spoorboekje voor de forfaitaire regeling.[2] Het

[1] Kamerstukken II, vergaderjaar 2008–2009, 31 706, nr. 30.
[2] Kamerstukken II, vergaderjaar 2008–2009, 31 706, nr. 21.

spoorboekje zoals beschreven in de planning van het integrale ketenprojectplan bestaat grosso modo uit 3 fasen.
De *eerste fase* is de definitiefase. Deze liep van 1 februari 2009 tot 30 april 2009. In de definitiefase treffen de ketenpartners de voorbereidingen om te komen tot de ontwikkeling en opbouw van diensten en producten. De definitiefase kenmerkt zich door afstemming en het volledig inzicht krijgen in procesgangen, risico's en kwesties welke tijdens het project gaan spelen. De definitiefase is inmiddels afgerond en heeft een integraal ketenprojectplan Wtcg met een functioneel ketenontwerp opgeleverd. Iedere ketenpartner heeft voor het eigen aandeel ook een gedetailleerder projectplan dat binnen de eigen organisatie als nadere leidraad geldt.
De *tweede fase* is de ontwerp- en ontwikkelfase en loopt van 1 mei 2009 tot 31 januari 2010. In deze fase worden alle (tussen)producten ontwikkeld en gebouwd. Ook worden in deze fase de administratieve organisatie, procedures en werkinstructies en dergelijke ontwikkeld. Daarnaast worden tussen de ketenpartners middels zogenaamde Service Level Agreements (SLA's) afspraken gemaakt over tijdigheid, volledigheid en juistheid van uit te wisselen gegevens en diensten.
Conform planning dienen alle producten en diensten in de keten op 1 februari 2010 *technisch* klaar te zijn om een ketentest uit te voeren. De Stuurgroep wijst er in de voortgangsrapportage op dat wijzigingen die betrekking hebben op de uitvoering voor het uit te keren forfait in 2010, uiterlijk september 2009 bekend dienen te zijn.
De *derde fase* is de fase van oplevering en productiebegeleiding. Deze loopt van 1 februari 2010 tot het najaar van 2010; dat wil zeggen tot het moment waarop de uitbetaling van de tegemoetkomingen werkelijk gaat beginnen.
Deze fase start op 1 februari met het testen van de secundaire en primaire procesgangen binnen de gehele keten. In april 2010 wordt gestart met het opbouwen van de productie servers, individuele pré-productie testen per ketenpartner en de gezamenlijke ketentest. Na levering van productiegegevens door de diverse ketenpartners (conform planning 1 juli 2010) aan het CAK wordt een begin gemaakt met de productie. Er staat dan een kernteam van projectmedewerkers klaar om, daar waar zich onverhoopt nog problemen in de productie voordoen, deze direct te verhelpen.

De Stuurgroep concludeert dat het implementatieproces in de keten en binnen de organisaties van de individuele ketenpartijen conform planning verloopt. Zoals hiervoor al is aangegeven vragen sommige punten bijzondere aandacht en nader onderzoek. Voor deze aandachtspunten is een oplossingsrichting in beeld. De Stuurgroep blijft vooralsnog maandelijks bijeen komen. De Stuurgroep zal mij in het najaar weer over de voortgang informeren.

1.5 Wmo-voorzieningen

Vooraf

Bij de behandeling van de Wtcg heb ik aan de Tweede Kamer toegezegd dat de Stuurgroep zich in het kader van de WMO over twee registratievraagstukken zal buigen. Dit betreft in de eerste plaats het registreren van het verstrekken van een rolstoel of andere WMO-voorzieningen door gemeenten ten behoeve van een uniforme landelijke registratie van deze hulpmiddelen (mede in relatie tot de motie Tang cs[1]). Daarnaast gaat het om het onderzoeken van de mogelijkheden om een dergelijke registratie op te zetten van het (langdurig, 26 weken of meer) gebruik van een PGB voor huishoudelijke hulp.

Concreet gaat het om het beantwoorden van twee vragen:
1. De eerste vraag is of er te komen is tot een eenduidige en objectieve

[1] Kamerstukken II, vergaderjaar 2008–2009, 31 076, nr. 28.

afbakening van de voorzieningen in het kader van de Wmo die worden verstrekt aan chronisch zieken en gehandicapten.
2. De tweede vraag is een uitvoeringsvraagstuk en betreft de vraag op welke wijze de benodigde gegevens (zowel voor de registratie van rolstoelen of andere WMO-voorzieningen als voor de PGB's voor huishoudelijke hulp) door de gemeenten kunnen worden vastgelegd en uitgewisseld met het CAK.

Desgevraagd heeft de VNG zich in een bestuurlijk overleg in februari bereid getoond om bij te dragen aan de levering van Wmo-gegevens door gemeenten, opdat het gebruik van rolstoelvoorzieningen en PGB's voor huishoudelijke verzorging meegenomen kan worden in de afbakeningscriteria voor de forfaitaire tegemoetkoming. Sindsdien is er frequent ambtelijk overleg tussen VWS, VNG en CAK om een gezamenlijk gedragen oplossing te ontwikkelen alsmede de voortgang en de bevindingen te bespreken. Om een beeld te verkrijgen van de praktijk van indiceren en registreren van individuele Wmo-voorzieningen zijn 35 gemeenten benaderd via een telefonische enquête en interviews. Ook is gesproken met deskundigen, onder andere van het CIZ, om nader te bezien welke doelgroepen van de verschillende soorten Wmo-voorzieningen gebruik maken. Hierna volgen de eerste resultaten van de beeld- en gedachtevorming tot op dit moment.

Het afbakenen van rolstoelen en andere WMO voorzieningen

De Wmo biedt gemeenten een handvat om (individuele) voorzieningen te treffen om te bevorderen dat iedereen kan meedoen aan het maatschappelijke leven. De Wmo beoogt ten principale een veel grotere groep mensen te bereiken dan de groep die in kaart moet worden gebracht voor het toekennen van een tegemoetkoming uit hoofde van de Wtcg. Op basis van de consultatie lijkt er een grote mate van overeenkomst te zijn tussen de groep gebruikers van een elektrische rolstoel en gebruikers van een zogenoemde actieve handbewogen rolstoel enerzijds en de groep chronisch zieken en gehandicapten waar de Wtcg op ziet anderzijds. Dit laat onverlet dat de definiëring van het type rolstoelen dat gemeenten na toekenning moeten registreren en vervolgens melden aan het CAK nader dient te worden uitgewerkt. Voorkomen moet worden dat de uitvoering onduidelijk is en dat mensen onterecht buiten de doelgroep vallen.

Voor het gebruik van overige Wmo-voorzieningen bevestigen de consultaties het bij de Wmo passende beeld dat de manier waarop gemeenten hiermee omgaan divers is. Eenzelfde ziekte of beperking kan leiden tot verschillende voorzieningen en een groot deel van de voorzieningen wordt verstrekt aan ouderen, die niet altijd ziek of gehandicapt zijn. Ook de groep gebruikers van een Valyspas of gehandicapten-parkeerkaart die in de motie Tang als mogelijk alternatief is genoemd voor een uniforme registratie van rolstoelen, stemt niet noodzakelijkerwijs overeen met de doelgroep van de Wtcg.

Ik ben daarom voornemens om de uitvoering van de motie Tang vooralsnog te richten op het bewerkstelligen van een uniforme registratie van de hiervoor genoemde rolstoelen en de overige WMO-voorzieningen buiten beschouwing te laten. De gehandicaptenparkeerkaart en de Valyspas fungeren als terugvaloptie voor het geval dat bij de uitwerking van een landelijke uniforme registratie van rolstoelen op zwaarwegende uitvoeringsproblemen wordt gestuit.

Het uitvoeringsvraagstuk

Voor de bepaling van het recht op forfait, bepaling van de hoogte en de

uitbetaling van het forfait zijn naast het inhoudelijke gegeven van rolstoelgebruik en het aantal uren huishoudelijke hulp per week (ter bepaling van de forfaitcategorie) vooral het BSN, de NAW-gegevens, de geboortedatum en het rekeningnummer van belang. Op dit moment wordt bezien op welke wijze deze gegevens door de gemeenten worden vastgelegd en uitgewisseld met het CAK. Uit de consultaties tot nu toe blijkt dat de algemene gegevens door alle bevraagde gemeenten worden vastgelegd. Alleen het rekeningnummer wordt niet in alle gevallen geregistreerd en in sommige (kleine) gemeenten wordt er nog gewerkt met een cliëntnummer in plaats van een BSN. De specifieke gegevens met betrekking tot de PGB's voor huishoudelijke hulp worden door gemeenten al vastgelegd. Als de definitie van rolstoelen (juridisch) helder omschreven kan worden zal het vastleggen van het rolstolgebruik waarschijnlijk geen problemen opleveren. Dit alles stemt hoopvol als het gaat om overeenstemming over de inhoud van de gegevensuitwisseling tussen gemeenten en CAK ten behoeve van de uitvoering van de Wtcg.

Waar het gaat om de meer technische vormgeving van de uitwisseling tussen gemeenten en het CAK geldt dat ook deze uitvoeringspraktijk bij gemeenten divers is. Het is zaak om het technisch zó vorm te geven dat de vastlegging en uitwisseling kan worden gedaan met minimale uitvoeringslasten voor zowel gemeenten als CAK. Ook de vormgeving van het secundaire proces -hoe werkt het als mensen vragen hebben over het Wmo-deel van de forfaitbepaling- is nog een punt van aandacht. Omdat zowel CAK als gemeenten hierin een rol hebben te vervullen, zal ik het CAK en de VNG binnenkort om een uitvoeringstoets vragen.

Vervolg

Mijn streven is er op gericht om de komende weken de hiervoor beschreven definitie- en uitvoeringsvragen af te ronden, zodat in juli/augustus helderheid bestaat over de wijze van gegevensvastlegging en uitwisseling en deze afspraken kunnen worden bekrachtigd. De afspraken kunnen dan in de tweede helft van 2009 worden geïmplementeerd en de gemeenten kunnen worden geïnformeerd opdat er vanaf januari 2010 een uniforme landelijke registratie is van rolstoelen en PGB's voor huishoudelijke verzorging.

2. Taskforce verbetering afbakening Wtcg

De Taskforce verbetering afbakening Wtcg (hierna te noemen: de Taskforce) heeft als opdracht aanvullende criteria te ontwikkelen waardoor een betere afbakening ontstaat van de groep chronisch zieken en gehandicapten die te kampen hebben met meerkosten maar wier zorggebruik op grond van de afbakeningscriteria in de Wtcg thans geen grond is voor toekenning van een tegemoetkoming.[1] De taakopdracht heb ik op 30 januari 2009 naar het parlement gestuurd.[2] Onlangs heeft de Taskforce mij geïnformeerd over zijn werkwijze en de bevindingen tot nu toe.

De afgelopen periode is voor de Taskforce vooral een oriëntatiefase geweest. De Taskforce heeft zich in een vijftal bijeenkomsten met vertegenwoordigers van het ministerie van VWS, met externe deskundigen en met vertegenwoordigers van patiënten- en cliëntenorganisaties, een beeld gevormd van de verschillende elementen van de taakopdracht en van een mogelijke aanpak van de problematiek. Daarbij is tevens globaal verkend waar de verbeteringen van de afbakening zoals die in de taakopdracht zijn gesuggereerd in gezocht zouden kunnen worden. In dat kader heeft de Taskforce zich laten informeren over de DKG- en de FKG-systematiek. Daarnaast hebben deskundigen op het terrein van de «International Classification of Functioning, Disability and Health» (ICF) aan de Taskforce

[1] Deze Taskforce bestaat uit de volgende leden: de heer R. Linschoten (voorzitter), de heer G. Blijham, mevrouw E. Borst-Eilers en mevrouw A. Poll.

[2] Kamerstukken I, vergaderjaar 2008–2009, 31 706, nr. M, bijlage.

uiteengezet wat ICF in theoretische en in praktische zin inhoudt en welke mogelijkheden zij zien voor het gebruik van ICF-classificaties in het kader van de Wtcg.

De Taskforce meldt dat zij uit de gesprekken met deskundigen de indruk heeft gekregen dat zowel ten aanzien van het gebruik van FKG's, als ten aanzien van het gebruik van DKG's als afbakeningscriterium, verbeteringen mogelijk zijn.

Bij FKG's gaat het om een aanpassing van de nu gehanteerde grens van 180 dagdoseringen en – ingrijpender – het overstappen naar een selectie op ATC-codes. Deze codes geven informatie over de werkzame stof in het geneesmiddel en daarmee over de ziekte waarvoor het geneesmiddel wordt voorgeschreven. Naast DKG's zouden ook de poliklinische behandelingen bij de desbetreffende diagnoses betrokken kunnen worden. Verder onderzoek de komende maanden zal moeten uitwijzen welke winst te behalen valt door nauwgezet te kijken naar diagnoses en werkzame stoffen in medicijnen. De Taskforce tempert de verwachtingen door erop te wijzen dat, ook als deze verbeteringen doorgevoerd worden, de afbakening van de doelgroep niet perfect zal zijn. Zo een dergelijke perfectie al te bereiken valt, moet die volgens de Taskforce eerder gezocht worden in een fundamenteel andere benadering van de doelgroep – wellicht met behulp van ICF-classificaties – dan in verdere verfijning van de huidige afbakeningscriteria voor de forfaitaire regeling uit hoofde van de Wtcg.

De Taskforce stelt zich voor de komende periode een aanpak langs drie lijnen voor.
De Taskforce gaat door met het raadplegen van deskundigen en vertegenwoordigers van belanghebbenden, teneinde het verkregen beeld van het vraagstuk te verbreden en verder aan te scherpen. Zo worden er gesprekken gepland met patiëntenorganisaties, de Stuurgroep Weesgeneesmiddelen en het kenniscentrum van Zorgverzekeraars Nederland.
Daarnaast start de Taskforce met het hierboven genoemde onderzoek naar op korte termijn te realiseren verbeteringen van het DKG- en FKG-instrumentarium om de doelgroep van de Wtcg af te bakenen. De uitkomsten van dit onderzoek zal de Taskforce bij zijn eindrapportage betrekken.
Als derde spoor stelt de Taskforce een separaat traject voor om tot een gefundeerd oordeel over de mogelijkheden van ICF in het kader van de Wtcg te komen. Daarvoor is specifiek op de toepassing van ICF gericht onderzoek nodig. Het onderzoek naar de mogelijkheden van ICF zal moeten uitwijzen of en zo ja hoe ICF zou kunnen worden toegepast bij het afbakenen van de doelgroep van de Wtcg. Een belangrijk aandachtspunt daarbij is het in beeld brengen van het verband tussen chronische ziekte of handicap en de meerkosten waar de Wtcg voor is bedoeld. Ook zal moeten worden gekeken naar de uitvoerbaarheid van een dergelijk systeem, met speciale aandacht voor het bereiken van de doelgroep en de belasting van instanties in de uitvoeringsketen van de Wtcg. De Taskforce signaleert dat een dergelijk onderzoek het tijdsbestek van de werkzaamheden van de Taskforce waarschijnlijk te buiten zal gaan. In zijn eindrapportage zal de Taskforce daarom op dit punt waarschijnlijk nog geen eindoordeel kunnen geven, maar mogelijk wel een indicatie of deze route op termijn zou kunnen bijdragen aan de gewenste verdere verbetering van de Wtcg.
Tot slot geeft de Taskforce enkele overwegingen omtrent het eventueel instellen van een meldpunt voor personen die ten onrechte buiten de afbakening vallen. Op zichzelf vindt de Taskforce dit een sympathieke gedachte. Zo'n meldpunt zou dan wel beperkt moeten blijven tot zeer bijzondere situaties en er niet toe moeten leiden dat iedereen een «second opinion» kan vragen over toepassing van de Wtcg in zijn of haar geval. De haalbaarheid van een dergelijk meldpunt hangt dus onder meer nauw

samen met de verbetering die bij de afbakening van de doelgroep kan worden bereikt. In zijn eindrapport zal de Taskforce hierop terugkomen. Zoals in de hiervoor reeds genoemde taakopdracht van de Taskforce aan de orde is gekomen, is de Taskforce gevraagd om met inachtneming van het budget van € 50 miljoen aanvullende criteria te ontwikkelen voor de beoogde verbetering van de afbakening van de doelgroep van de forfaitaire regeling. Daarnaast heb ik de Taskforce verzocht nog twee aspecten in het totale beeld te betrekken. Dit betreft in de eerste plaats de in de vorige paragraaf beschreven aspecten inzake het meerjarig gebruik van Zvw-hulpmiddelen, de Wmo-hulpmiddelen, revalidatiezorg in algemene ziekenhuizen, PGB's bij huishoudelijke verzorging en de mantelzorg. In de tweede plaats is er in de taakopdracht op gewezen dat de afbakening van de forfaitaire regeling geen statisch gegeven is maar als gevolg van medische ontwikkelingen aan dynamiek onderhevig zal zijn. In dat licht is de Taskforce tevens verzocht om eventuele signalen over zorggebruik dat thans wel relevant is voor de afbakening van de doelgroep van de Wtcg maar dat wellicht in de toekomst niet meer zal zijn in de beschouwing te betrekken. Ook de AWBZ-indicaties voor de cliënten van bureau's jeugzorg zullen bij het totale beeld betrokken worden.

3. Overige onderwerpen

3.1 Voorlichting

Op uw verzoek heb ik u op 10 november 2008 de samenvatting toegezonden van het interdepartementale communicatieplan voor de Wtcg.[1] Conform dit plan heeft het zwaartepunt van de communicatie-inspanningen in de afgelopen periode gelegen bij de algemene introductie van de veranderingen als gevolg van de Wtcg. Hieronder wordt een globaal overzicht gegeven van de specifieke communicatie-uitingen sinds december 2008.

Voorlichting december 2008 tot nu

De Tweede Kamer heeft unaniem een motie aangenomen waarin de regering gevraagd werd om een web-portal open te stellen.[2] Direct ná goedkeuring van de Wtcg door de Eerste Kamer is op 24 december 2008 het portal www.veranderingenindezorg.nl het uitgebreide internetdossier Wtcg opengesteld. Dit portal geeft toegang tot de meest actuele informatie over de Wtcg en vormt tevens de basis voor de informatie en websites van alle partners (ministerie van VWS, SZW, Financiën/ Belastingsdienst, het CAK, de CG-Raad en Postbus 51), maar ook van bijvoorbeeld koepels, patiënten- en cliëntenorganisaties. Het internetdossier geeft onder andere uitleg over de verschillende onderdelen van de Wtcg, de algemene tegemoetkoming (forfait), de korting op de eigen bijdrage AWBZ/Wmo, de nieuwe fiscale regeling voor specifieke zorgkosten en geeft tevens antwoord op veelgestelde vragen.

In januari is een paginagrote Wtcg-advertorial geplaatst in alle huis-aan-huis bladen. In deze advertorial is de kern van de Wtcg-veranderingen beschreven. De advertorial heeft overigens niet geleid tot een noemenswaardige toename van het aantal telefoontjes bij het CAK en Postbus 51; er was geen opschaling van de telefonische bezetting nodig.

Op *www.veranderingenindezorg.nl* kan binnenkort de «Test tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten» geraadpleegd worden. Door het beantwoorden van een aantal vragen krijgt de burger een indicatie of hij in aanmerking komt voor de tegemoetkoming Wtcg.

[1] Kamerstukken II, vergaderjaar 2008–2009, 31 706, nr. 17.
[2] Kamerstukken II, vergaderjaar 2008–2009, 31 706, nr. 27.

Daarnaast zijn twee uitgebreide brochures over de Wtcg gerealiseerd. Eén daarvan is in het bijzonder gericht op de «Financiële gevolgen van de Wtcg» en deze is binnenkort beschikbaar voor het publiek. In paragraaf 3.2 wordt op deze laatste brochure uitvoeriger ingegaan.

De Belastingdienst heeft in haar televisiecampagne in december 2008 extra aandacht besteed aan de veranderingen voor de aftrek van de buitengewone uitgaven en de toeslagen. Tevens heeft de Belastingdienst circa 2,5 miljoen brieven gestuurd aan toeslagenklanten die in 2007 gebruik hebben gemaakt van de BU-regeling om hen te informeren over mogelijke wijzigingen van het inkomen, en daardoor de hoogte van de toeslag, als gevolg van de Wtcg.
Momenteel worden circa 40 000 van deze «toeslagenklanten» telefonisch benaderd om de betrokkenen er op te wijzen dat zij – om naheffing bij toeslagen te voorkomen – tijdig aan de Belastingdienst dienen door te geven dat het verzamelinkomen is gestegen.

In mei zijn ongeveer 800 belangenorganisaties, koepels, patiëntenverenigingen, ziekenhuizen en sociaal raadslieden en WMO-projectleiders bij de gemeenten via een gerichte e-mailing over de Wtcg geïnformeerd.

De CG-Raad organiseert van april tot en met juni voor haar leden en lokale platforms een zestal voorlichtingsbijeenkomsten over de Wtcg. Daarnaast biedt zij in het najaar workshops voor lidorganisaties aan, waarmee leden daadwerkelijk ondersteund kunnen worden. Deze bijeenkomsten worden financieel ondersteund door mijn ministerie.

Sinds kort maken vertegenwoordigers van het UWV, het CIZ en de Unie KBO, naast afgevaardigden van het ministerie van Financiën, Sociale Zaken en Werkgelegenheid, het CAK, het Platform VG en de CG-Raad deel uit van de werkgroep Communicatie Wtcg. Hierdoor is en blijft uniforme en afgestemde communicatie gewaarborgd.

Vooruitblik voorlichting

Deze zomer zal het UWV voor de eerste maal het arbeidsongeschiktheidsforfait uitkeren. In overleg met het UWV wordt gewerkt aan de communicatie hierover, waaronder het opstellen van de telefoonscripts. Ook de communicatie en scripts van de telefonische ingangen van de partners zullen hierop worden afgestemd.
Daarnaast gaat VWS, in samenwerking met de partners in de werkgroep Communicatie, aan de slag met het opstellen en voorbereiden van een interdepartementaal communicatieplan Wtcg Winter 2009–2010. In dit plan wordt uitgewerkt op welke wijze zowel de burger als de relevante organisaties nader worden geïnformeerd over de afbakeningscriteria en zal ook aandacht zijn voor communicatiescenario's en voorbeeldbrieven voor het opvragen van het zorggebruik of het maken van bezwaar.

3.2 Motie Meurs

Bij de behandeling van het wetsvoorstel in de Eerste Kameris de motie-Meurs[1] aangenomen, waarin het kabinet wordt verzocht om op meer individueel niveau inzicht te verwerven in de inkomensgevolgen van de overgang van de buitengewone uitgavenregeling naar de Wtcg.

In het kader van deze motie is er een speciale brochure opgesteld over de financiële gevolgen van de overgang van buitengewone uitgavenregeling naar Wtcg. Hierin is voor 76 voorbeeldhuishoudens een vergelijking gemaakt tussen de inkomenssituatie 2008, waarbij gebruik wordt gemaakt van de buitengewone uitgavenregeling, en 2009, waarbij de Wtcg van

[1] Kamerstukken I, vergaderjaar 2008–2009, 31 706, nr. 1.

kracht is. Het gaat bij deze voorbeeldhuishoudens om ondermeer ouderen, arbeidsongeschikten, sociale minima en werkenden met een chronische ziekte, met verschillende huishoudsituaties en waarbij verschillende aannamen rond zorggebruik zijn beschouwd. Bij de vergelijking wordt niet alleen gekeken naar het directe voordeel van de fiscale aftrek van de buitengewone uitgavenregeling en de verschillende onderdelen van de Wtcg (forfaitaire tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten; nieuwe fiscale regeling; korting eigen bijdrage AWBZ/Wmo huishoudelijke hulp, compensatie voor ouderen en arbeidsongeschikten), maar ook naar de doorwerking daarvan op inkomensafhankelijke regelingen als zorgtoeslag, huurtoeslag en kindgebonden budget. Op deze wijze wordt voor de 76 voorbeeldhuishoudens een integraal beeld geschetst van de inkomensgevolgen van de overgang van buitengewone uitgavenregeling naar Wtcg. De brochure «Financiële gevolgen van de Wtcg» is binnenkort beschikbaar www.veranderingenindezorg.nl.

Hiernaast is er contact opgenomen met het NIVEL over de mogelijkheden voor de monitoring van inkomensgevolgen bij chronisch zieken en gehandicapten. Het NIVEL heeft een panelonderzoek lopen onder chronisch zieken en gehandicapten, dat gefinancierd wordt door SZW en VWS. In dit panelonderzoek wordt nu reeds jaarlijks gevraagd naar de mate waarin gebruik wordt gemaakt van de buitengewone uitgavenregeling. Afgesproken is dat het NIVEL in de komende jaren zal monitoren in hoeverre de paneldeelnemers compensatie krijgen middels de verschillende onderdelen van de Wtcg. Op deze wijze wordt inzicht gekregen in de effecten die de overgang van buitengewone uitgavenregeling naar Wtcg daadwerkelijk heeft voor chronisch zieken en gehandicapten.

3.3 Gemoedsbezwaarden

Tijdens de parlementaire behandeling van de Wtcg in de Tweede Kamer heb ik in reactie op een verzoek van de heer Van der Vlies toegezegd in de voortgangsrapportage Zvw in te gaan op de positie van gemoedsbezwaarden in vergelijking tot die van verzekeringsplichtigen voor de Zorgverzekeringswet (verder Zvw-verzekerden genoemd) voor en na de invoering van de Wtcg.

Gemoedsbezwaarde

Een gemoedsbezwaarde is iemand die op grond van een religieuze overtuiging is vrijgesteld van de plicht zich te verzekeren. Een gemoedsbezwaarde is iemand die:
– geen nominale premie verschuldigd is;
– geen recht heeft op zorgtoeslag;
– geen inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) betaalt, maar in plaats hiervan een zelfde bedrag aan bijdragevervangende belasting betaalt dat via de Belastingdienst wordt gestort in een eigen spaarpotje bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ);
– aan het eind van ieder kalenderjaar 50% van het saldo in het spaarpotje betaalt aan het Zorgverzekeringsfonds;
– zijn zorgkosten (als het spaarpotje leeg is) volledig zelf moet betalen;
deze kosten vervolgens in aftrek mag nemen voor de buitengewone uitgavenregeling (tot en met 2008) dan wel de nieuwe fiscale regeling voor specifieke zorgkosten (vanaf 2009).

Het fiscale uitgangspunt

Uitgangspunt van de fiscale behandeling van gemoedsbezwaarden en Zvw-verzekerden in zowel de buitengewone uitgavenregeling (tot en met 2008) als de regeling uitgaven voor specifieke zorgkosten (vanaf 2009) is

dat zorgkosten voor beide groepen aftrekbaar zijn voor zover er sprake is van drukkende uitgaven (dit betekent dat de kosten voor eigen rekening komen en hier geen vergoeding tegenover staat). Voor de gemoedsbezwaarde geldt dat er geen sprake is van drukkende uitgaven voor zover de zorgkosten kunnen worden gedekt uit het «spaarpotje» bij het CVZ. Voor Zvw-verzekerden geldt dat er geen sprake is van drukkende uitgaven voor zover de zorgkosten worden vergoed door de zorgverzekering. Verder geldt voor beide groepen dat er geen sprake is van drukkende uitgaven wanneer anderszins een vergoeding van gemaakte kosten wordt verkregen, zoals bijvoorbeeld een bijdrage van een charitatieve instelling of een gemeentelijke bijdrage.

Wijziging in de fiscale aftrekbaarheid

De aftrekbaarheid van zorgkosten is de afgelopen jaren als volgt gewijzigd.
In 2007 kwamen zowel zorgkosten zelf als uitgaven die standaard werden gedaan ter dekking van eventuele zorgkosten voor aftrek in aanmerking. Voor de Zvw-verzekerde bestaan de laatstgenoemde uitgaven uit de nominale premie voor de Zvw en de inkomensafhankelijke bijdrage en voor de gemoedsbezwaarde uit de betaling van bijdragevervangende belasting (het spaarpotje bij CVZ).
In 2008 is de aftrekbaarheid van deze dekkingsuitgaven komen te vervallen. Alleen de vrijwillig afgesloten aanvullende verzekeringspremies kwamen in dat jaar nog voor aftrek in aanmerking.
Per 2009 is met de overgang van de buitengewone uitgavenregeling naar de regeling uitgaven voor specifieke zorgkosten een verdere beperking in de fiscale regeling aangebracht. Alleen specifieke zorgkosten die vooral door chronisch zieken en gehandicapten worden gemaakt, komen nog voor aftrek in aanmerking. Kosten voor bijvoorbeeld overlijden, bevalling en adoptie zijn in het geheel niet meer aftrekbaar. Ook de aftrek van aanvullende verzekeringspremies en de vaste aftrek voor ouderen en arbeidsongeschikten is vervallen. Op basis van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten kunnen Zvw-verzekerden, naast de fiscale regeling, recht hebben op een niet-fiscale forfaitaire tegemoetkoming. Dit in tegenstelling tot een gemoedsbezwaarde.

In onderstaande tabel is voor de jaren 2007, 2008 en 2009 een overzicht gegeven van de compensatiemogelijkheden voor gemoedsbezwaarden en Zvw-verzekerden.

Tabel Compensatiemogelijkheden gemoedsbezwaarden en Zvw-verzekerden.

	2007	2008	2009
Gemoedsbezwaarden			
Fiscale aftrekbaarheid*			
Bijdragevervangende belasting (ter vervanging IAB)	ja	nee	nee
Zorgkosten pakket Zvw minus vergoedingen potje CVZ	ja	ja	ja
Overige niet-vergoede zorgkosten	ja	ja	ja**
Mogelijke forfaitaire tegemoetkoming	–	–	nee
Zvw-verzekerden			
Fiscale aftrekbaarheid*			
Nominale premie Zvw	ja	nee	nee
Premie aanvullende verzekering	ja	ja	nee
Inkomensafhankelijke bijdrage (IAB)	ja	nee	nee
Zorgkosten pakket Zvw minus vergoeding verzekeraar	ja	ja	nee
Overige niet-vergoede zorgkosten[1]	ja	ja	ja**
Mogelijke forfaitaire tegemoetkoming	–	–	ja

* De aftrekbaarheid geldt alleen voor zover de kosten boven een inkomensafhankelijke drempel uitgaan.
** De aftrekbaarheid van overige zorgkosten is in de regeling voor specifieke zorgkosten ingeperkt ten opzichte van de buitengewone uitgavenregeling.

[1] Hieronder vallen ook de kosten waarvan de categorie valt onder het verplicht te verzekeren risico van de Zvw, maar het bedrag aan kosten niet geheel binnen de Zvw wordt vergoed, zoals kosten van behandelingen fysiotherapie.

Hoewel zowel gemoedsbezwaarden als Zvw-verzekerden alleen de drukkende uitgaven fiscaal kunnen aftrekken, zal de hoogte van de fiscaal aftrekbare bedragen voor de gemoedsbezwaarde doorgaans hoger zijn, omdat een groter deel van de zorgkosten voor eigen rekening van de gemoedsbezwaarde komt. Het beschikbare bedrag uit het spaarpotje bij CVZ is immers beperkt in vergelijking met de kosten die een Zvw-verzekerde uit zijn verzekering vergoed kan krijgen. Daarnaast kan een Zvw-verzekerde in tegenstelling tot een gemoedsbezwaarde voor een forfait in aanmerking komen.
Voor kosten die niet door de zorgverzekering vergoed worden kan de Zvw-verzekerde net als de gemoedsbezwaarde de zorgkosten in aftrek brengen. Als voorbeeld kan worden genoemd dieetkosten en kosten van extra kleding en beddengoed. Uiteindelijk zijn voor beide groepen de zorgkosten die binnen de regeling voor aftrek in aanmerking komen aftrekbaar voor zover deze zorgkosten voor eigen rekening komen van de gemoedsbezwaarde of de Zvw-verzekerde.

Voorbeeld ter illustratie

De meest inzichtelijk vergelijking die gemaakt kan worden tussen een gemoedsbezwaarde en een Zvw-verzekerde wordt verkregen door te kijken naar de situatie in één jaar, waarbij:
– in dat ene jaar zowel de Zvw-verzekerde als de gemoedsbezwaarde € 2000 medische kosten heeft. Voor de Zvw-verzekerde worden deze kosten volledig gedekt door zijn ziektekostenverzekering. De gemoedsbezwaarde krijgt deze kosten voor de helft vergoed uit het spaarpotje;
– de Zvw-verzekerde een nominale premie (€ 1000) betaalt en een inkomensafhankelijke bijdrage (€ 1000);
– de gemoedsbezwaarde in plaats van een inkomensafhankelijke bijdrage € 1000 betaalt aan bijdragevervangende belasting. Hij is echter geen nominale premie verschuldigd;
– de Zvw-verzekerde betaalt uiteindelijk geen medische kosten, deze worden volledig vergoed. De gemoedsbezwaarde betaalt uiteindelijk zelf € 1000 aan medische kosten.

De gemoedsbezwaarde mocht tot 1 januari 2008 € 2000 in aftrek brengen onder de buitengewone uitgavenregeling (€ 1000 bijdragevervangende belasting en € 1000 zelf betaalde medische kosten); in het overgangsjaar 2008 kon alleen de € 1000 aan zelf betaalde medische kosten in aftrek worden gebracht en hetzelfde geldt voor 2009 onder de nieuwe fiscale regeling uitgaven voor specifieke zorgkosten.
De Zvw-verzekerde kon tot 1 januari 2008 zijn IAB van € 1000 en zijn nominale premie van € 1000 in aftrek brengen. In 2008 is deze aftrekbaarheid komen te vervallen, en dit geldt ook onder de nieuwe fiscale regeling per 2009.
In alle drie de jaren geldt voor zowel gemoedsbezwaarden als Zvw-verzekerden dat kosten alleen aftrekbaar zijn voor zover zij boven een inkomensafhankelijke drempel uitgaan.

Conclusie

In alle jaren geldt het uitgangspunt dat zowel gemoedsbezwaarden als Zvw-verzekerden drukkende uitgaven in aftrek kunnen brengen. Tot 1 januari 2008 (situatie voordat maatregelen in BU werden genomen) betekende dit dat de Zvw-verzekerde zijn jaarlijkse inleg (premie plus IAB) en de kosten die niet door de verzekering werden gedekt mocht aftrekken. De gemoedsbezwaarde mocht de bijdrage vervangende belasting (= IAB) en de kosten die niet gedekt werden door het potje bij het CVZ aftrekken. Met ingang van 1 januari 2009 is de buitengewone uitgavenregeling komen te vervallen. Daarvoor in de plaats is de aftrek uitgaven voor speci-

fieke zorgkosten gekomen. Onder regeling uitgaven voor specifieke zorgkosten kan de nominale premie niet meer in aftrek genomen worden evenals de inkomensafhankelijke bijdrage en de bijdrage vervangende belasting. De gemoedsbezwaarde kan echter wel nog steeds de zorgkosten Zvw die niet gedekt worden door het spaarpotje bij CVZ in aftrek brengen.

3.4 Definitie van de verzekerde in de Wtcg

In de Wtcg is opgenomen dat iemand die recht heeft op een tegemoetkoming een zorgverzekering moet hebben afgesloten in de zin van artikel 1, onderdeel f, van de Zvw. Het is gebleken dat er enige onduidelijkheid bestaat of ook mensen die gelijkgesteld zijn aan verzekerden op grond van artikel 69 van de Zorgverzekeringswet (de zogenaamde verdragsgerechtigden) recht hebben op de tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten. Dit is nadrukkelijk niet de bedoeling geweest.

Door de formulering van het begrip «verzekerde» in de Wtcg, kan echter het idee ontstaan dat de tegemoetkoming onderdeel is van het aanspraakenpakket van de Nederlandse sociale ziektekostenverzekeringswetgeving. Als dat het geval is, zou, gelet op de jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie, dit er mogelijk toe leiden dat de tegemoetkoming beschouwd zal moeten worden als een sociale ziektekostenverzekeringsuitkering die ook naar verdragsgerechtigden in het buitenland moet worden betaald. Om geen enkele onduidelijk te laten bestaan dat dit niet beoogd is, is het kabinet voornemens de definitie in de Wtcg op dit punt aan te passen door artikel 1, eerste lid, onderdeel a, anders te formuleren. Daarom zal bij het wetsvoorstel «Wijziging van de Wet op de zorgtoeslag en de Zorgverzekeringswet vanwege enkele technische verbeterpunten en het vervallen van een bepaling in een wijzigingswet» een nota van wijziging worden ingediend.

Bijlage bij de Eerste Voortgangsrapportage Wtcg aan Eerste en Tweede Kamer

Kamervragen over het wetsvoorstel Fiscaal stimuleringspakket en overige maatregelen

Zoals in de inleiding reeds is opgemerkt, bevat deze bijlage de antwoorden op een aantal vragen die de leden van de CDA-fractie in de Tweede Kamer hebben gesteld naar aanleiding van de een wijziging bij de Wtcg die verwerkt is in het wetsvoorstel Fiscaal stimuleringspakket en overige fiscale maatregelen (Kamerstukken II, vergaderjaar 2008–2009, 31 301). Hieronder worden deze vragen beantwoord in de volgorde waarin zij gesteld zijn.

Kan de regering bevestigen dat iedereen een korting met een percentage van 33% op zijn of haar eigen bijdragen krijgt met ingang van 1 januari?
Ik kan bevestigen dat het inderdaad de bedoeling is om dit kortingspercentage met ingang van 1 januari 2010 direct toe te passen voor de gehele groep bijdrageplichtigen.

De kamer heeft unaniem een motie (31 706, nr. 27) aangenomen en gevraagd om een web-portal. De leden van het CDA vragen of het web-portal actief is en wanneer zullen elk van de in de motie genoemde punten geregeld zijn?
In 2009 verandert er veel in de zorg. Om het de burger gemakkelijk te maken, heeft het ministerie van VWS alle veranderingen in de zorg 2009 overzichtelijk en gemakkelijk toegankelijk op de webportal www.veranderingenindezorg.nl geplaatst.

Momenteel zijn de antwoorden op de onderstaande onderdelen reeds op www.veranderingenindezorg.nl in het Wtcg-dossier te vinden en wordt zo nodig voor meer en/of meer gedetailleerde informatie doorverwezen naar de sites van de betreffende instanties:

- Wie komt in aanmerking voor de CAK-forfaits.
- Informatie over de verlaagde bijdragen AWBZ en Wmo inclusief de wijze waarop deze worden toegekend.
- Informatie over de fiscale compensatie.
- Informatie over de gevolgen van de Wtcg op toeslagen en de mogelijkheid het voorschot op de toeslagen aan te passen.
- Informatie over de fiscale behandeling van de eigen bijdrage waarvan de rekening in de periode van 1 december 2008 tot en met 30 november 2009 wordt ontvangen én betaald.

In het conceptbesluit zoals voorgelegd aan de Kamers der Staten-Generaal staat dat revalidatiezorg in aangewezen instellingen over het jaar 2009 meetelt voor de compensatie (artikel 2, lid e van de bijlage bij Kamerstuk 31 706, nummer 13). Op de site staat dat «gegevens over revalidatie pas laat beschikbaar zijn en dat daarom wordt gekeken naar revalidatie in het jaar voorafgaand aan het jaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft. Voor de tegemoetkoming over 2009 wordt dus gekeken naar revalidatie in het jaar 2008». De leden van het CDA vragen zich af of dit betekent dat het peiljaar wordt verlegd en of, als dat het geval is zij daarover worden geïnformeerd.
Het peiljaar voor de revalidatiezorg is inderdaad verlegd. Voor de tegemoetkoming over het jaar 2009, die in 2010 wordt uitgekeerd is bepalend de revalidatiezorg die in het jaar 2008 voor rekening van de Zorgverzekeringswet is gekomen.
Zo is het ook geregeld in het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten.
De Kamer is over het voor de revalidatiezorg te hanteren peiljaar geïnformeerd met de nota naar aanleiding van het verslag (31 706, nr. 12, blz. 31). In het conceptbesluit, dat op dezelfde dag als de nota naar aanleiding van het verslag naar de Kamer is gestuurd, was de redactie jammer genoeg niet geheel in overeenstemming met de betreffende passage in de nota naar aanleiding van het verslag. In mijn antwoorden op de vragen die de vaste commissie voor VWS heeft gesteld over de taakopdracht Taskforce verbetering afbakening Wtcg, die ik op 28 april 2009 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer heb gezonden, ben ik uitgebreid op dit onderwerp ingegaan. Ik moge naar dit uitgebreide antwoord verwijzen.

Bij de vragen op de website www.veranderingenindezorg.nl staat de volgende tekst: «Een indicatie voor langdurige AWBZ-zorg wil zeggen: minstens 26 weken lang minimaal één uur per week AWBZ-zorg thuis of minstens 26 weken lang minimaal één dagdeel per week verblijf in een instelling. Verschillende periodes in het jaar mogen bij elkaar worden opgeteld. Een voorbeeld: iemand heeft in het begin van 2009 acht weken AWBZ-zorg gehad, in de zomer acht weken en in de herfst elf weken. Dat betekent in totaal 27 weken AWBZ-zorg. Daarmee wordt voldaan aan dit criterium voor de algemene tegemoetkoming over 2009.» (http://www.minvws.nl/dossiers/wet-tegemoetkoming-chronisch-zieken-en-gehandicapten-wtcg/algemene-tegemoetkoming/criteria/default.asp#a2). Naar aanleiding daarvan vragen de leden van de CDA-fractie of dit betekent dat de weken met zorg in uren opgeteld mag worden bij weken met zorg in dagdelen? Voorts vragen deze leden of de periodes van zeg 5 uur per week opgeteld worden met periodes van 12 uur zorg per week om aan de 26 weken norm te voldoen? Zo nee, waarom niet?

Bovenstaande betekent, in tegenstelling tot wat de leden van de CDA-fractie veronderstellen, dat de indicaties voor weken met zorg in uren *niet* opgeteld mogen worden bij indicaties voor weken met zorg in dagdelen. Bij de vraag of periodes van bijvoorbeeld 5 uur per week opgeteld mogen worden met periodes van 12 uur zorg per week om aan de 26 weken norm te voldoen kan ik stellen dat dit het geval is. Als het totaal van de indicatie-periodes optelt tot een indicatie voor 26 weken of meer AWBZ-zorg in een kalenderjaar, krijgt deze persoon een tegemoetkoming. In bovenstaand voorbeeld heeft deze persoon bijvoorbeeld eerst in januari en februari een AWBZ-indicatie voor 5 weken van 12 uur per week en later dat jaar krijgt hij een indicatie van 30 weken voor 5 uur. In totaal heeft hij dus meer dan 26 weken een indicatie voor een tot tien uur, deze persoon krijgt daarom de lage tegemoetkoming.

De leden van het CDA vragen vervolgens of dit betekent dat zorg uit het zorgbesluit, artikel 3 tot en met 8 allemaal meetelt (in het concept besluit zijn artikel 7 en 8 uitgezonderd)? En zo nee, waarom wordt dat dan niet vermeld?
Nee, niet alle zorg in de artikelen 3 tot en met 8 van het Besluit zorg-aanspraken AWBZ telt mee voor het vaststellen van de tegemoetkoming. Het gaat bij het vaststellen van het recht op een tegemoetkoming om indicaties voor AWBZ-zorg op grond van artikelen *4*, *5* en *6 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ*. Een indicatie op grond van artikel 7 of 8 geeft geen recht op een tegemoetkoming. Het gaat hier om activerende begeleiding of behandeling. Activerende begeleiding is overigens met ingang van 1 januari komen te vervallen. Dit wordt wel vermeld. Het staat in artikel 2, eerste lid, onderdelen g en h van het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten. Overigens geven ook indicaties voor intramurale zorg AWBZ op grond van de *artikelen 9, eerste lid*, of *13, eerste en tweede lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ* recht op een tegemoetkoming. Het gaat hier om een indicatie voor verblijf in een AWBZ-instelling. Dit staat in artikel 2, eerste lid, onderdeel j, van het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten. Ook in het tweede lid van artikel 2 van het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten worden deze artikelen van het Besluit zorgaanspraken AWBZ genoemd.

In het internetdossier van het ministerie staat bij het hoofdstuk «hoogte» de paragraaf: «Lage tegemoetkoming». Hebt u een indicatie voor 26 weken of langer verblijf met overnachting in een AWBZ-instelling? Dan komt u in aanmerking voor de lage tegemoetkoming, ongeacht of u ook aan andere criteria voldoet.» (http://www.minvws.nl/dossiers/wet-tegemoetkoming-chronisch-zieken-en-gehandicapten-wtcg/algemene-tegemoetkoming/hoogte/).
In het conceptbesluit was de tekst op dit punt -zoals leden van de CDA-fractie signaleren- nog zó te lezen dat andere criteria, in aanvulling op de lage tegemoetkoming als gevolg van langdurig opname in een AWBZ-instelling nog zouden kunnen leiden tot een hoger forfait. De leden van de CDA-fractie vragen waarom dit in het definitieve besluit en in het internetdossier anders is verwoord.
De reden hiervoor is dat bij iemand die is opgenomen in een AWBZ-instelling de meerkosten voor het grootste gedeelte ten laste komen van de instelling en niet ten laste van betreffende persoon. Daarom krijgt iemand die een indicatie heeft voor intramurale AWBZ zorg de lage tegemoetkoming.