

## 40

### Besluit van 23 december 2009 houdende wijziging van het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten in verband met indicatie in klassen en enkele andere technische wijzigingen

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gedaan mede namens Onze Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid van 27 oktober 2009, kenmerk Z/M-2964871;

Gelet op de artikelen 2, eerste lid, en 5, tweede en derde lid van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten;

De Raad van State gehoord (advies van 11 november 2009, nummer W13.09.0466/l);

Gezien het nader rapport van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 21 december 2009, kenmerk Z/M-2973123 uitgebracht mede namens onze Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;

Hebben goedgevonden en verstaan:

#### ARTIKEL I

Het **Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten** wordt als volgt gewijzigd:

A

Aan artikel 1 wordt, onder vervanging van een punt aan het slot van onderdeel e door een puntkomma, een onderdeel toegevoegd, luidende:

f. *militair*: een militair ambtenaar in werkelijke dienst als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel a, juncto onderdeel b, van de Militaire ambtenarenwet 1931, dan wel een militair aan wie buitengewoon verlof met behoud van militaire inkomsten is verleend.

B

In de artikelen 2 en 3 wordt «verzekerde» telkens vervangen door «rechthebbende» en wordt, behalve in artikel 3, tweede lid, «verzekerden» telkens vervangen door: rechthebbenden.

## C

Artikel 2 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid, onderdeel b, vervalt na zorgverzekeraar: voor hem.
2. Het eerste lid, onderdeel e, komt te luiden:
  - e. in het jaar voorafgaande aan dat jaar van zijn zorgverzekeraar geneeskundige zorg gericht op revalidatie in een bij ministeriële regeling aangewezen instelling, vergoed heeft gekregen.
3. Het eerste lid, onderdeel f, komt te luiden:
  - f. in dat jaar:
    - 1°. van zijn zorgverzekeraar fysiotherapie of oefentherapie als bedoeld in artikel 2.6, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering vergoed heeft gekregen, of
    - 2°. jonger was dan 18 jaar en in dat jaar en het daaraan voorafgaande jaar van zijn zorgverzekeraar een bij ministeriële regeling te bepalen jaar bedrag, gelijk aan het gemiddelde bedrag aan kosten voor negen behandelingen fysiotherapie of oefentherapie, vergoed heeft gekregen, of
    - 3°. militair was en in dat jaar en het daaraan voorafgaande jaar van de rechtspersoon, bedoeld in artikel 90a, eerste lid, van het Algemeen militair ambtenarenreglement, een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag, gelijk aan het gemiddelde bedrag aan kosten voor negen behandelingen fysiotherapie of oefentherapie, vergoed heeft gekregen;.
4. In het eerste lid, onderdeel g, wordt «de artikelen 4, 5 en 6» vervangen door: de artikelen 4, 5 of 6 en wordt aan het slot voor de puntkomma toegevoegd: , met dien verstande dat het gemiddelde aantal uren waarvoor de indicaties zijn afgegeven, bepalend is voor het toekennen van de tegemoetkoming.
5. In het eerste lid, onderdeel h, wordt «artikel 6, tweede lid, onderdeel a» vervangen door: artikel 6, eerste lid.
6. Het eerste lid, onderdeel i, komt te luiden:
  - i. in dat jaar al dan niet aaneengesloten 26 weken of meer gedurende één tot tien uren per week in natura huishoudelijke verzorging als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel h, van de Wet maatschappelijke ondersteuning heeft ontvangen, met dien verstande dat voor het vaststellen van de periode van 26 weken wordt aangesloten bij de indeling in weken als bedoeld in artikel 4.1, derde lid, van het Besluit maatschappelijke ondersteuning, of.
7. Aan het slot van het tweede lid, onderdeel a, onder 2°, vervalt: en.
8. Aan het slot van het tweede lid, onderdeel a, onder 3°, wordt toegevoegd: of.
9. In het tweede lid, onderdeel a, onder 4°, wordt «categorien» vervangen door: categorieën.
10. In het tweede lid, onderdeel b, wordt «de artikelen 4, 5 en 6» vervangen door: de artikelen 4, 5 of 6 en wordt aan het slot voor de komma toegevoegd: , met dien verstande dat het gemiddelde aantal uren waarvoor de indicatie is afgegeven, bepalend is voor het toekennen van de tegemoetkoming.
11. Het tweede lid, onderdeel d, komt te luiden:

d. al dan niet aaneengesloten 26 weken of meer gedurende tien of meer uren per week in natura huishoudelijke verzorging als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel h, van de Wet maatschappelijke ondersteuning heeft ontvangen, met dien verstande dat voor het vaststellen van de periode van 26 weken wordt aangesloten bij de indeling in weken als bedoeld in artikel 4.1, derde lid, van het Besluit maatschappelijke ondersteuning.

12. Na het tweede lid worden twee nieuwe leden toegevoegd, luidende:

3. Voor de toepassing van het eerste lid, onderdelen g, h en j, en tweede lid, onderdeel a, onder 2° en 3°, en onderdelen b en c, is voor militairen het aantal uren, dagdelen of etmalen waarvoor zorg als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is gebruikt, bepalend voor het toekennen van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 2, eerste lid, van de wet.

4. Het gemiddelde, bedoeld in het eerste lid, onderdeel g, en het tweede lid, onderdeel b, wordt bepaald door op een decimaal achter de komma naar boven af te ronden.

D

Artikel 3 wordt als volgt gewijzigd:

1. Aan het eerste lid wordt na «zorgverzekeraars» toegevoegd: en de rechtspersoon, bedoeld in artikel 90a, eerste lid, van het Algemeen militair ambtenarenreglement.

2. In het eerste lid, onderdeel d, vervalt: en.

3. Onderdeel e wordt vervangen door de volgende twee onderdelen:  
e. de naam en het adres van de rechthebbende, en

f. indien dat het geval is: dat een rechthebbende op grond van artikel 2, tweede lid, onderdeel a, recht heeft op de daar bedoelde tegemoetkoming.

4. Aan het tweede lid wordt na «Zorgverzekeringswet» toegevoegd: die verzekerd waren op 31 december van het jaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft.

5. Het derde lid komt te luiden:

3. Indicatieorganen als bedoeld in artikel 9a, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de rechtspersoon, bedoeld in artikel 90a, eerste lid, van het Algemeen militair ambtenarenreglement, verstrekken aan het CAK van personen die vallen onder artikel 2, eerste lid, onderdelen g, h of j, of artikel 2, tweede lid, onderdelen b of c:

a. het burgerservicenummer of bij het ontbreken daarvan het sociaal-fiscaalnummer,

b. de naam en het adres van de rechthebbende,

c. de geboortedatum, en

d. indien dat het geval is: de mededeling dat de persoon valt in de categorieën, genoemd in het artikel 2, eerste lid, onderdeel j, of het tweede lid.

6. Er wordt een nieuw lid toegevoegd, luidende:

4. Het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen en de Sociale verzekeringsbank, bedoeld in artikel 1, onderdelen c en d, van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen, verstrekken aan het CAK de rekeningnummers van rechthebbenden die vallen onder artikel 2, eerste lid, onderdeel j, met uitzondering van die van militairen.

## ARTIKEL II

Dit besluit treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende onderdelen op een verschillend tijdstip kan worden vastgesteld.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

's-Gravenhage, 23 december 2009

Beatrix

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M. Bussemaker

De Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid,  
J. P. H. Donner

Uitgegeven de *zestiende* februari 2010

De Minister van Justitie,  
E. M. H. Hirsch Ballin

## NOTA VAN TOELICHTING

### Algemeen

Op 1 januari 2009 is de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (hierna Wtcg) in werking getreden. In het najaar van het jaar 2010 zullen voor de eerste keer de tegemoetkomingen worden uitgekeerd. Voorliggend besluit bevat enkele noodzakelijke technische wijzigingen van het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (hierna Btcg).

Zoals reeds is aangegeven in de memorie van toelichting bij de Wtcg (Kamerstukken II, 2008/09, 31 706, nr. 3) is de afbakening van chronisch zieken en gehandicapten die recht hebben op de tegemoetkoming goed, maar nog niet optimaal. Op grond van onder meer de nog te verschijnen resultaten van de Taskforce versterking afbakening Wtcg zal het kabinet een beslissing nemen op welke wijze de groep die recht heeft op de tegemoetkoming zal worden verfijnd. Dit zal naar verwachting tot een nieuwe wijziging van het Btcg leiden. Met het oog op de wens om voor militairen, voor (andere) mensen met een aanspraak op zorg als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en voor het CAK zo snel mogelijk zoveel mogelijk duidelijkheid te scheppen, is besloten met voorliggende technische wijzigingen niet te wachten op de verwachte verdere aanpassing van het Btcg.

### Militairen

Militairen in werkelijke dienst of militairen aan wie buitengewoon verlof met behoud van militaire inkomsten is verleend (hierna militairen), hebben indien zij aan de daartoe gestelde voorwaarden voldoen wel recht op een tegemoetkoming als bedoeld in de Wtcg, maar zijn uitgesloten van de verzekeringsplicht op grond van de Zorgverzekeringswet (hierna Zvw). Militairen zijn aangewezen op de zorgverlening door de Militaire Geneeskundige Dienst. Deze specifieke zorgverlening is nodig, omdat de krijgsmacht voor het uitvoeren van haar taak ten allen tijde moet kunnen beschikken over voldoende aantallen inzetbaar personeel en daarom een goed inzicht moet hebben in de gezondheidstoestand van de individuele militair. De zorgverlening geschiedt door eigen eerstelijns artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en medisch specialisten. De Stichting Ziektekosten Verzekering Krijgsmacht (SZVK) financiert de verzekering voor militairen. Deze stichting heeft de uitvoering van deze zorg uitbesteed aan de zorgverzekeraar Univé. Univé zal voor het toekennen van de tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten de benodigde gegevens, via Vektis, aanleveren aan het CAK. Het Btcg diende hiertoe op enkele onderdelen gewijzigd te worden.

De eerste wijziging heeft betrekking op de fysiotherapie en de oefentherapie voor militairen. Mensen die een zorgverzekering hebben, krijgen alleen fysiotherapie of oefentherapie uit het basispakket vergoed als zij die zorg nodig hebben in verband met een chronische aandoening die voorkomt op de lijst van bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Militairen maken echter met het oog op hun spoedig herstel *altijd* aanspraak op fysiotherapie of oefentherapie. Door dit verschil in aanspraak kan voor militairen niet worden nagegaan of zij deze zorg krijgen, omdat ze een aandoening hebben die voorkomt op de hierboven bedoelde lijst. Eenzelfde problematiek speelt bij mensen jonger dan 18 jaar die een zorgverzekering hebben. Mensen onder de 18 jaar krijgen de eerste negen behandelingen fysio- en oefentherapie uit het basispakket vergoed.

Omdat ook militairen slechts aanspraak op een tegemoetkoming dienen te hebben indien zij met het oog op een chronische aandoening fysio- of oefentherapie krijgen, is besloten voor hen aan te sluiten bij het criterium dat nu al geldt voor verzekerden van jonger dan 18 jaar. Voor militairen is dan ook, net als voor verzekerden jonger dan 18 jaar, bepaald dat zij, indien zij twee jaar achter elkaar voor een bepaald bedrag aan fysio- of oefentherapie hebben genoten, recht hebben op de tegemoetkoming. Het bedrag zal bij ministeriële regeling worden bepaald op de gemiddelde kosten van negen behandelingen fysiotherapie.

Ook voor de AWBZ wijkt de wijze waarop militairen zorg ontvangen iets af van die van mensen die vallen onder de Zvw. Er worden voor hen namelijk geen indicaties afgegeven door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Militairen krijgen alle noodzakelijke zorg door of vanwege de Militair Geneeskundige Dienst. De feitelijke uitvoering van de verzekering geschiedt via de verzekeraar Univé. Daarom is bepaald dat voor militairen niet de afgegeven indicatie, maar het daadwerkelijk zorggebruik bepalend is voor de hoogte van de tegemoetkoming.

Tevens is artikel 3, eerste lid, van het Btcg gewijzigd. In artikel 3 is geregeld dat zorgverzekeraars gegevens moeten aanleveren aan het CAK. De SZVK en Univé als verantwoordelijke voor de uitvoering van de verzekering van militairen vallen hier niet onder. Daarom is nu in artikel 3 van het Btcg de SZVK aangewezen als de partij die de gegevens verstrekt. Zoals hierboven is aangegeven, geschiedt de daadwerkelijke uitvoering door Univé in naam van de SZVK. Het zal dan ook Univé zijn die deze gegevens in naam van de SZVK, via Vektis, verstrekt aan het CAK. Vektis zal de gegevens omrekenen naar farmaceutische kostengroepen (FKG's), diagnose kostengroepen (DKG's) enzovoorts. Hierdoor is het mogelijk dat de criteria voor het toekennen van een tegemoetkoming voor militairen gelijk zijn aan de criteria voor mensen die een zorgverzekering hebben.

## **Indicaties AWBZ**

### *Klassen en uren*

In het Btcg is geregeld dat iemand met een AWBZ-indicatie van 26 weken of meer voor de functies verpleging, persoonlijke verzorging of persoonlijke begeleiding recht heeft op een tegemoetkoming. In artikel 2, eerste lid, onderdeel g, en tweede lid, onderdeel b, zoals dat luidde voor de inwerkingtreding van dit besluit, was geregeld dat bij een indicatie voor één tot tien uur zorg de tegemoetkoming € 150 of € 300 bedraagt (afhankelijk van de leeftijd). Indien een indicatie was afgegeven voor 26 weken of meer en deze indicatie was afgegeven voor tien uur of meer was geregeld dat deze persoon recht had op een hogere tegemoetkoming van € 350 of € 500.

Gebleken is dat de formulering van de desbetreffende bepaling niet goed aansloot bij de praktijk van het indiceren, waardoor er onduidelijkheid zou kunnen ontstaan over de hoogte van de tegemoetkoming in het geval dat iemand meerdere indicaties in uren tegelijkertijd heeft gekregen.

Het CIZ indiceert niet in absolute uren, maar in klassen van een bepaalde bandbreedte van uren. Een indicatie van een bepaalde klasse geeft geen recht op een precies aantal uren AWBZ-zorg per week, maar geeft aan binnen welke bandbreedte van uren een cliënt zorg dient te ontvangen.

De achtergrond achter de bandbreedte is dat niet iedere week de zorgbehoefte exact gelijk is. Zo kan rekening worden gehouden met de benodigde flexibiliteit van de zorgbehoefte.

De grens van een indicatie voor meer of minder dan tien uur sluit goed aan bij de bestaande klassen. Mensen die een indicatie hebben in uren voor de klassen 1 tot en met 4, hebben recht op de lage tegemoetkoming en mensen vanaf klasse 5 en hoger hebben recht op de hoge tegemoetkoming.

Betreft: extramurale functies in klassen uren		Verpleging	Persoonlijke verzorging	Individuele begeleiding
Klasse	Bandbreedte	Gemiddeld aantal uren	Gemiddeld aantal uren	Gemiddeld aantal uren
0	0 – 0,9 uur	0,5	nvt	nvt
1	1 – 1,9 uur	1,5	nvt	nvt
1	0 – 1,9 uur	nvt	1	1
2	2 – 3,9 uur	3	3	3
3	4 – 6,9 uur	5,5	5,5	5,5
4	7 – 9,9 uur	8,5	8,5	8,5
5	10 – 12,9 uur	11,5	11,5	11,5
6	13 – 15,9 uur	14,5	14,5	14,5
7	16 – 19,9 uur	18	18	18
8	20 – 24,9 uur	nvt	22,5	22,5

Bovenstaande tabel geeft de klassenindeling weer per geïndiceerde AWBZ-functie per week. Deze klasse-indeling wordt toegepast bij de indicatiestelling voor AWBZ-zorg conform de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2009.

Bij verpleging is er een klasse 0. Deze wordt toegepast in situaties waarbij één tot twee verpleegkundige handelingen per week nodig zijn. Naar verwachting hebben de mensen die alleen deze zorg ontvangen, geen of geringe meerkosten. Om deze reden ontvangen mensen die geïndiceerd zijn voor deze klasse geen tegemoetkoming.

### Voorbeelden

#### *Minder dan 10 uur*

Iemand van 70 jaar is van februari tot november geïndiceerd voor persoonlijke verzorging voor klasse 2 (2 tot 3,9 uur – gemiddeld 3 uur) en heeft recht op een tegemoetkoming van € 150.

Iemand van 50 jaar is het hele kalenderjaar geïndiceerd voor verpleging voor klasse 4 (7 tot 9,9 uur – gemiddeld 8,5 uur) en heeft recht op een tegemoetkoming van € 300.

#### *Meer dan 10 uur*

Iemand van 75 jaar is van maart tot oktober geïndiceerd voor begeleiding in klasse 5 (10 tot 12,9 uur – gemiddeld 11,5 uur) en heeft recht op een tegemoetkoming van € 350.

Iemand van 40 jaar is van maart tot oktober geïndiceerd voor persoonlijke verzorging in klasse 5 (10 tot 12,9 uur – gemiddeld 11,5 uur) en heeft recht op een tegemoetkoming van € 500.

De tekst zoals deze luidde, sloot daarmee goed aan bij de bestaande praktijk van het indiceren in klassen, omdat de genoemde urengrenzen van tien uur overeenkwam met het verschil tussen de klassen 4 en 5. Door de

formulering in uren is het echter niet duidelijk wat de hoogte van de tegemoetkoming dient te zijn indien de situatie zich voordoet dat iemand gelijktijdig een indicatie heeft voor bijvoorbeeld klasse 1 en klasse 4 of indicaties voor klasse 2 en 3. Daardoor zou er een geschil kunnen ontstaan over de hoogte van de tegemoetkoming. Indien de maxima van de bandbreedtes van klasse 1 en 4 bij elkaar worden opgeteld, is dat 1,9 plus 9,9 is 11,8 en dus meer dan 10 uur. Ook het optellen van de maximale uren van klasse 2 en 3 gaat over deze grens van 10 uur heen (3,9 plus 6,9 is 10,8). Dit sluit echter niet aan bij de werkelijke uren waarvoor men gemiddeld genomen zorg nodig heeft gehad. Aangezien de achtergrond van de bandbreedte uitgaat van zorggebruik dat de ene week meer is en de andere week minder, ligt het in de rede bij het optellen van verschillende AWBZ-indicaties (in uren) uit te gaan van het gemiddelde aantal uren binnen een bandbreedte en dit gemiddelde op te tellen. In artikel 2, eerste lid, onderdeel g, en artikel 2, tweede lid, onderdeel b, is daarom toegevoegd dat voor het vaststellen van de tegemoetkoming het gemiddelde waarvoor is geïndiceerd, bepalend is voor het vaststellen van de hoogte van de tegemoetkoming.

Het onderstaande voorbeeld geeft aan op welke wijze bij het samenvallen van verschillende indicaties moet worden opgeteld.

Indien iemand van jonger dan 65 jaar van januari tot en met oktober een indicatie heeft gekregen voor persoonlijke verzorging klasse 1 en ook tegelijkertijd een indicatie voor individuele begeleiding klasse 4 heeft gekregen, geldt het volgende:

De indicatie voor persoonlijke verzorging klasse 1 is afgegeven voor 0 tot 1,9 uur per week en de indicatie voor individuele begeleiding klasse 4 is gegeven voor 7 tot 9,9 uur. Deze persoon geïndiceerd voor een gemiddeld aantal uren van 1 plus 8,5 is 9,5 uur en krijgt dus een tegemoetkoming van € 300.

### **AWBZ indicatie voor intramurale zorg**

Van de gelegenheid wordt gebruik gemaakt te wijzen op een onjuistheid in de nota van toelichting van het Btcg. Iemand die in een kalenderjaar is geïndiceerd voor 26 weken of meer voor één of meer etmalen per week intramurale AWBZ-zorg krijgt afhankelijk van zijn leeftijd een tegemoetkoming van € 150 of € 300. Deze tegemoetkoming wordt in combinatie met andere categorieën van het eerste lid niet verhoogd tot een tegemoetkoming van € 350 of € 500. De reden hiervoor is dat de verwachte meerkosten van iemand die intramuraal verblijft, relatief beperkt zijn. De verwachte meerkosten komen grotendeels ten laste van de instelling waar deze mensen verblijven. In de toelichting op het Btcg (te vinden in Stb. 2008, 607) is op pagina 17 opgenomen dat personen die in een kalenderjaar 26 weken intramurale zorg hebben gehad, in de resterende tijd geen indicatie voor intramurale zorg hadden, maar in die periode wel onder criteria vielen die zelfstandig recht geven op de hogere tegemoetkoming, toch recht hebben op deze hogere tegemoetkoming. Dit sloot niet aan bij de tekst van de Btcg. In de uitvoeringspraktijk is gebleken dat het niet mogelijk is de gegevens uit de verschillende bronnen toe te rekenen aan een bepaalde periode. Zodoende kan nooit worden vastgesteld dat iemand, voor de periode dat er *geen* indicatie is voor intramurale AWBZ-zorg, *wel* onder een van de andere criteria valt die recht geven op een hogere tegemoetkoming. Zo hoeft het bij de indicatie voor 26 weken intramurale AWBZ-zorg niet om een aaneengesloten periode te gaan, maar zou het ook kunnen zijn dat deze 26 weken verspreid over het kalenderjaar liggen, terwijl voor de andere criteria de periode waarin de zorg werd gegeven niet zijn toe te rekenen aan één bepaalde periode (bijvoorbeeld een farmaceutische of diagnose kosten groep). Het is



daarom niet mogelijk te bepalen of iemand die een indicatie heeft voor intramurale AWBZ-zorg voor 26 weken of meer, in de periode waarover die indicatie niet gold onder een criterium viel dat recht geeft op een hogere tegemoetkoming. De hoofdregel blijft daarom dat iemand die een indicatie heeft voor meer dan 26 weken voor intramurale AWBZ-zorg, altijd ten hoogste recht heeft op de tegemoetkoming van € 150 of € 300.

### **Rechthebbenden**

In het wetsvoorstel tot wijziging van enkele wetten vanwege enige technische verbeterpunten en het vervallen van een bepaling in een wijzigingswet (Kamerstukken I 2009/10, 31 905, A) wordt voorgesteld het begrip «verzekerde» in een aantal Wtcg-bepalingen te wijzigen in «rechthebbende». Vergelijkbare wijzigingen zijn nu in het Btcg doorgevoerd. Een uitzondering hierop is artikel 3, tweede lid. Daar is bepaald dat zorgverzekeraars aan het CAK een opgave dienen te verstrekken van de personen die verzekerd zijn op grond van de Zvw. Het CAK krijgt hierdoor toestemming op basis van van Burger Service Nummer aan het Referentiebestand Verzekerden Zorgverzekeringswet (RBVZ) te toetsten of alle personen die op grond van hun zorggebruik of indicatie recht hebben op een tegemoetkoming, ook aan hun verzekeringsplicht hebben voldaan. In artikel 3, tweede lid, dient het begrip verzekerde dus te blijven staan.

Gebleken is dat het noodzakelijk is voor de toetsing aan het RBVZ-bestand een peildatum te hanteren. Daarom is aan dit lid is een peildatum toegevoegd. Nadat het CAK heeft bepaald wie in principe aanspraak kan maken op een tegemoetkoming, zal het CAK controleren wie op 31 december van het jaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft aan zijn verzekeringsplicht heeft voldaan en dus daadwerkelijk rechthebbend is. Iedereen die zich in de loop van het jaar verzekerd heeft (bijvoorbeeld door immigratie of geboorte) en in dat jaar verzekerd is gebleven, staat op 31 december in het RBVZ als verzekerde geregistreerd. Indien daarentegen het RBVZ-bestand van bijvoorbeeld 31 juli zou worden gehanteerd, zouden alle mensen die daarna aan hun verzekeringsplicht hebben voldaan de tegemoetkoming mislopen, wat zeer onwenselijk zou zijn.

Het hanteren van een peildatum van 31 december heeft helaas ook een nadeel. Iedereen die emigreert in het jaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft, zal door het hanteren van deze peildatum van een automatische tegemoetkoming verstoken blijven. Zo iemand is immers op 31 december niet verzekerd en derhalve ook niet als verzekerde in het RBVZ geregistreerd. Niet uit te sluiten is, dat deze persoon zich in dat jaar tot het moment van emigratie wel verzekerd had en onder de criteria viel die gelden voor een tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten. Gebleken is echter dat deze personen ook zonder het hanteren van een peildatum niet in aanmerking zouden komen voor een automatische tegemoetkoming, omdat zij door hun emigratie niet meer zijn ingeschreven in Nederland en er geen geldend adres bekend zal zijn bij de gemeentelijke basis administratie. Het CAK zal ook geen geldend rekeningnummer kunnen traceren en zal geen beschikking kunnen sturen. Willen de betrokken emigranten toch voor een tegemoetkoming over het jaar waarin zij geëmigreerd zijn in aanmerking komen, dan zullen zij een aanvraag tot een beschikking bij het CAK moeten doen, waarbij zij een bewijs van hun emigratie zullen moeten overleggen. Uit het voorgaande zal duidelijk zijn geworden dat het hanteren van een peildatum voor deze groep niet leidt tot extra administratieve lasten, aangezien zij ook zonder het werken met een peildatum hun tegemoetkoming zouden hebben moeten aanvragen.

Overigens leidt ook de rest van het besluit niet tot vermeerdering of vermindering van administratieve lasten.

## **Artikelsgewijs**

### **Artikel I**

#### *A*

Militairen vallen onder de Wtcg. Aangezien hun aanspraken op zorg afwijken van die van mensen die een zorgverzekering hebben afgesloten, zijn er in dit besluit enkele bepalingen voor militairen opgenomen. Met deze wijziging wordt daarom de definitie van militairen opgenomen.

#### *B*

De begrippen verzekerde of verzekerden overal vervangen door rechthebbende en rechthebbenden. Voor de reden daarvoor zij verwezen naar de nota van toelichting op de nota van wijziging bij het wetsvoorstel tot wijziging van enkele wetten vanwege enige technische verbeterpunten en het vervallen van een bepaling in een wijzigingswet (Kamerstukken II 2008/09, 31 905, nr. 5). Alleen bij artikel 3, tweede lid, dient verzekerden te blijven bestaan, omdat het hier om een overzicht gaat van alle mensen die een zorgverzekering hebben afgesloten.

#### *C*

##### *Punt 1*

In artikel 2, eerste lid, onderdeel b, stond abusievelijk twee maal «voor hem». Deze fout is hiermee hersteld.

##### *Punt 2*

De zinsconstructie van artikel 2, eerste lid, onderdeel e, was onjuist. Dat is met deze wijziging hersteld.

##### *Punt 3*

Voor militairen kan niet worden bepaald of ze fysiotherapie of oefentherapie voor chronische aandoeningen krijgen als bedoeld in bijlage 2 van het Besluit zorgverzekering. Daarom is voor militairen bepaald dat zij recht hebben op een tegemoetkoming indien ze de twee jaren voorafgaande aan het jaar waarin de tegemoetkoming wordt uitgekeerd voor meer dan een bepaald bedrag aan fysiotherapie of oefentherapie hebben gehad. Dit bedrag is gebaseerd op negen behandelingen, vermenigvuldigd met de gemiddeld geraamde prijs, en zal bij ministeriële regeling worden vastgesteld.

Daarnaast bepaalde artikel 2, onderdeel f, zoals dat luidde voordat dit besluit in werking was getreden dat alleen de zorgkosten fysiotherapie voor verzekerden jonger dan 18 jaar in aanmerking moesten worden genomen. Oefentherapie was hier abusievelijk niet vermeld. Dit is met de wijziging van dit onderdeel alsnog opgenomen.

##### *Punt 4*

In artikel 1, onderdeel g, stond abusievelijk vermeld dat iemand alleen recht op een tegemoetkoming heeft, indien er een indicatie is afgegeven voor de zorgvormen genoemd in artikelen 4, 5 en 6. Dit zou strikt

genomen betekenen dat er alleen recht op een tegemoetkoming bestaat als er een indicatie is afgegeven voor alle drie deze zorgvormen. Dat is uitdrukkelijk niet de bedoeling geweest en daarom is het woord «en» vervangen door: of.

Verder is aan artikel 2, eerste lid, onderdeel g, toegevoegd dat het gemiddeld aantal uren waarvoor indicaties zijn afgegeven, bepalend is voor het toekennen van de tegemoetkoming. Hierdoor is verhelderd dat het recht op de tegemoetkoming is gebaseerd op het gemiddeld aantal uren waarvoor indicaties zijn afgegeven.

#### *Punt 5*

In artikel 2, eerste lid, onderdeel h, stond abusievelijk een verwijzing naar artikel 6, tweede lid, onderdeel a, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Dat onderdeel had voor 1 januari 2009 alleen betrekking op ondersteunende begeleiding bij een somatische aandoening of een psychosociale aandoening en had dus geen betrekking op mensen met andere aandoeningen die ondersteunende begeleiding in dagdelen kregen, terwijl het wel de bedoeling was dat al deze mensen recht hebben op een tegemoetkoming. Bovendien is met ingang van 1 januari 2009 artikel 6, tweede lid, gewijzigd. De aanspraak op begeleiding is vanaf die datum geregeld in artikel 6, eerste lid. Met deze wijziging wordt nu naar dit eerste lid verwezen.

#### *Punten 6 en 11*

Indien iemand meer dan 26 weken huishoudelijke verzorging in natura heeft gehad, heeft deze persoon recht op een tegemoetkoming voor chronisch zieken of gehandicapten. De gegevens om dit recht vast te stellen zijn afkomstig van de eigen-bijdragegegevens die het CAK heeft. Voor de eigen bijdrage voor Wmo-voorzieningen geldt een inkomensafhankelijk maximum per vier weken. Een jaar wordt hiervoor ingedeeld in zorgjaren. Een zorgjaar heeft twaalf perioden van vier weken en een dertiende periode die meestal vier, maar soms vijf weken bedraagt. Om goed uit te komen, is soms aan het eind van het zorgjaar een periode van vijf weken nodig. Het hanteren van een laatste periode van vijf weken is bijvoorbeeld het geval voor de laatste periode van 2009. Een kalenderjaar bestaat soms namelijk uit drieënvijftig weken. Het CAK deelt voor het bepalen van de eigen bijdragen elk kalenderjaar de perioden zo in, dat voorkomen wordt dat een eerste periode van een zorgjaar geheel in het vorige kalenderjaar ligt. Dit betekent dat de eerste periode van een zorgjaar niet per se op 1 januari begint, maar enkele dagen voor of enkele dagen na 1 januari kan beginnen. De indeling van een jaar in zorgperiodes van vier en bij uitzondering een dertiende periode van vijf weken, geldt ook voor de eigen bijdragen in de Wmo, vanwege de anticumulatie, het sturen van een gezamenlijke factuur voor de AWBZ-bijdragen en de Wmo-bijdragen, en de uitvoerbaarheid.

Om op grond van de bij het CAK beschikbare gegevens te kunnen bepalen of iemand in een jaar 26 weken of meer huishoudelijke verzorging in natura heeft gehad, dient te worden aangesloten bij de indeling in zorgjaren zoals die voor het vaststellen van de eigen bijdragen voor de Wmo wordt gehanteerd. Daarom is aan artikel 2, eerste lid, onderdeel i en het tweede lid, onderdeel c, de zinsnede toegevoegd dat deze indeling wordt gehanteerd voor het vaststellen van de 26 weken.

Voor de 26 weken AWBZ-zorg is dit niet noodzakelijk aangezien het vaststellen van het recht op een tegemoetkoming voor chronisch zieken of gehandicapten niet op grond van de eigen-bijdragegegevens wordt vastgesteld, maar op grond van de indicatie van het CIZ.

#### *Punt 7 en 8*

Aan het einde van artikel 2, het tweede lid, onderdeel a, onder 2°, stond abusievelijk «en». In plaats daarvan had er aan het slot van het tweede lid, onderdeel a, onder 3°, «of» moeten staan. Dit is met deze wijziging hersteld.

#### *Punt 9*

In artikel 2, tweede lid, onderdeel a, onder 4°, was categorieën verkeerd geschreven, dit is met deze wijziging hersteld.

#### *Punt 10*

In artikel 2, tweede lid, onderdeel b, stond net als bij artikel 1, onderdeel g, abusievelijk vermeld dat iemand alleen recht op een tegemoetkoming heeft, indien er een indicatie is afgegeven voor de zorgvormen genoemd in artikelen 4, 5 en 6. Dit zou betekenen dat er alleen recht op een tegemoetkoming bestaat als er een indicatie is afgegeven voor alle drie deze zorgvormen. Dat is uitdrukkelijk niet de bedoeling geweest en daarom is het woord «en» vervangen door: of.

Door aan artikel 2, tweede lid, onderdeel b, toe te voegen dat het gemiddeld aantal uren waarvoor een indicatie is afgegeven, bepalend is voor het toekennen van de tegemoetkoming wordt verhelderd dat het recht op de tegemoetkoming is gebaseerd op het gemiddeld aantal uren waarvoor een indicatie is afgegeven.

#### *Punt 12*

##### Derde lid

Aangezien militairen niet door het CIZ worden geïndiceerd, is hier geregeld dat voor hen niet de indicatie bepalend is, maar het daadwerkelijke zorggebruik.

##### Vierde lid

De gemiddelden zoals bepaald in het Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2009 zijn niet de exacte gemiddelden. In dit nieuwe vierde lid worden daarom de afrondingregels bepaald. Het gemiddelde van klasse 2 is 2,95, afgerond naar 3.

#### *D*

#### *Punt 1*

In artikel 3 wordt geregeld welke gegevens worden verstrekt aan het CAK, zodat het CAK kan vaststellen wie rechthebbenden zijn voor de tegemoetkoming. Ook militairen kunnen recht hebben op een tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten. De gegevens die nodig zijn om te bepalen of een militair recht heeft op een tegemoetkoming worden niet verstrekt door een zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, Zvw, maar door een door de Minister van Defensie aangevozen rechtspersoon, de SZVK. Daarom is deze rechtspersoon aan artikel

3, eerste lid, toegevoegd. De Minister heeft de financiering van de zorg voor militairen belegd bij de SZVK, die de uitvoering heeft gedelegeerd aan verzekeraar Univé. Univé zal namens de SZVK deze gegevens, via Vektis, aanleveren bij het CAK.

#### *Punt 2*

Doordat er een nieuw onderdeel e wordt ingevoegd en het oude onderdeel e wordt verletterd naar onderdeel f, dient de «en» aan het einde van onderdeel f, te vervallen. Dat is met deze bepaling gerealiseerd.

#### *Punt 3*

In artikel 3 wordt geregeld welke gegevens mogen worden verstrekt aan het CAK, zodat het CAK kan vaststellen wie rechthebbenden zijn voor de tegemoetkoming. Hier was niet opgenomen dat het CAK ook de beschikking dient te hebben over de naam en het adres van de rechthebbenden, zodat het CAK in het najaar de beschikking kan versturen waarin staat hoe hoog de tegemoetkoming is. Dat is hier alsnog geregeld.

#### *Punt 4*

Mensen die gezien hun zorggebruik onder de criteria voor een tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten vallen, dienen, willen zij rechthebbend zijn, ook een zorgverzekering te hebben. Ten behoeve van deze check op het verzekerd zijn verstreken de zorgverzekeraars het CAK een overzicht van mensen met een zorgverzekering. Hier is geregeld dat het daarbij gaat om mensen die op 31 december van het jaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft, een zorgverzekering hebben.

#### *Punt 5*

Het derde lid van artikel 3 is gewijzigd. In onderdeel c is bepaald dat het CIZ ook de naam en het adres van de rechthebbenden aan het CAK verstrekt, zodat het CAK in het najaar de beschikking kan versturen waarin staat hoe hoog de tegemoetkoming is. Dit was niet opgenomen en is nu alsnog geregeld.

In onderdeel c zoals dat luidde voordat dit besluit in werking was getreden, was bepaald dat het CIZ tevens de duur en de datum waarvoor de indicatie is gegeven dient te verstrekken. Dit blijkt niet nodig te zijn, omdat het CIZ reeds aangeeft of iemand valt in een van de categorieën genoemd in artikel 2. Daarom is deze verplichting voor het CIZ komen te vervallen.

#### *Punt 6*

Het CAK keert automatisch de tegemoetkoming uit aan rechthebbenden. Hiervoor zijn naast de naam en het adres van de rechthebbende ook de rekeningnummers nodig. Van mensen die op grond van hun indicatie voor intramurale AWBZ-zorg recht hebben op een tegemoetkoming, heeft het CAK niet altijd de rekeningnummers. Weliswaar bepaalt het CAK ook de eigen bijdrage voor AWBZ-zorg van deze groep, maar voor het grootste deel van de betrokkenen (circa 90%) wordt deze vervolgens niet ingehouden door het CAK, maar door de Sociale Verzekeringsbank (SVB) of het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV). Het grootste deel hiervan wordt door de SVB uitgevoerd. De SVB meldt nu al aan het CAK dat de eigen bijdrage is ingehouden. Aan deze reeds bestaande gegevensstroom wordt het

rekeningnummer toegevoegd, zodat het CAK de tegemoetkoming kan overmaken naar de rechthebbenden. Ook het UWV zal hiertoe rekeningnummers aan het CAK verstrekken. Nagegaan zal nog worden hoe dit op een doelmatige wijze kan geschieden. De SVB en het UWV hebben geen rekeningnummers van militairen om die reden zijn militairen in deze bepaling uitgezonderd.

## **Artikel II**

In het tweede artikel is bepaald dat de inwerkingtreding van deze algemene maatregelen van bestuur bij koninklijk besluit wordt geregeld.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M. Bussemaker