

Vergaderjaar 2009–2010

31 706

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

Nr. 35

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 december 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.

In juni ontving u de eerste voortgangsrapportage Wtcg over de gang van zaken tot juni 2009.¹ Met deze tweede voortgangsrapportage sluit ik aan op de vorige en informeer ik u over de vorderingen in de tweede helft van 2009.²

Begin 2009 heb ik de Stuurgroep Implementatie Wtcg (hierna Stuurgroep) ingesteld.³ Aan deze Stuurgroep nemen behalve VWS de meest betrokken organisaties deel, te weten het CAK, het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Vektis. De Stuurgroep heeft als taak om vroegtijdig mogelijke problemen bij de uitvoering van de Wtcg-tegemoetkoming te signaleren en oplossingen te ontwikkelen. Op basis van de bevindingen van de Stuurgroep komt in het eerste hoofdstuk van deze rapportage de voortgang bij de voorbereidingen voor de uitvoering van de tegemoetkoming aan de orde. Uw Kamer heeft bij de behandeling van de Wtcg ook aandacht gevraagd voor het opzetten van uniforme landelijke registraties voor onder andere rolstoelen, het meerjarig gebruik van hulpmiddelen en het persoonsgebondenbudget voor huishoudelijke verzorging op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo-PGB-HV). Ik heb de Stuurgroep verzocht deze in beeld te brengen. Dit hoofdstuk bevat daarom tevens een schets van de bevindingen van de Stuurgroep inzake uitvoeringstechnische aspecten die samenhangen met onder andere de hiervoor genoemde onderwerpen. Daarnaast heb ik begin 2009 de Taskforce verbetering afbakening Wtcg ingesteld.⁴ De Taskforce heeft als taak om met inachtneming van de beschikbare budgettaire middelen aanvullende criteria te ontwikkelen waardoor een

¹ Eerste Wtcg-voortgangsrapportage: Kamerstukken II, vergaderjaar 2008–2009, 31 076, nr. 33 en Kamerstukken I, vergaderjaar 2008–2009, 31 706, nr. O).

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

³ Besluit van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 3 februari 2009, nr. MEVA-AEB-2909485, houdende de instelling van de Stuurgroep implementatie Wtcg (Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten).

⁴ Taakopdracht Taskforce verbetering afbakening Wtcg: Kamerstukken I, vergaderjaar 2008–2009, 31 706, nr. M, bijlage. Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer. Deze Taskforce bestaat uit de volgende leden: de heer R. Linschoten (voorzitter), de heer G. Blijham, mevrouw E. Borst-Eilers en mevrouw A. Poll.

betere afbakening ontstaat van de groep chronisch zieken en gehandicapten die te kampen hebben met meerkosten, maar wier zorggebruik thans geen grond is voor toekenning van een tegemoetkoming. De Taskforce heeft zich in de afgelopen periode samen met medische experts gebogen over de mogelijke verbeteringen in de afbakening van de doelgroep van de Wtcg. De Taskforce heeft daartoe een integraal voorstel ontwikkeld en heeft daarbij dankbaar gebruikt gemaakt van de bevindingen en aanbevelingen van de Stuurgroep.¹ In hoofdstuk twee zijn de belangrijkste bevindingen en aanbevelingen van de Taskforce samengevat. In het derde hoofdstuk van deze rapportage leg ik uw Kamer – indachtig de aanbevelingen van de Taskforce – mijn concrete voorstel inzake de beoogde verbetering van de afbakening van de Wtcg vanaf 2010 voor, inclusief de relevante overwegingen.

Tot slot komen in het vierde en laatste hoofdstuk van deze voortgangsrapportage enkele overige onderwerpen aan de orde waarvoor het parlement mijn aandacht heeft gevraagd. Dit betreft onder andere voorlichting en de relatie met de compensatieregeling eigen risico (CER).

Ik hoop op korte termijn met u van gedachten te kunnen wisselen over deze voortgangsrapportage en de keuzes en overwegingen ten aanzien van de verbeteringen in de afbakening van de Wtcg.

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

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

1. STUURGROEP IMPLEMENTATIE WTCG

1.1 Uitvoeringsaspecten verbeteringen afbakening doelgroep Wtcg

Zoals hiervoor reeds aan de orde kwam, heeft de Stuurgroep de afgelopen maanden de uitvoeringsaspecten onderzocht van de mogelijke verbeteringen in de afbakening van de doelgroep van de Wtcg. Het betrof de uitvoeringsaspecten van het opzetten van uniforme landelijke registraties van Wmo-rolstoelen, PGB-Wmo-HV, AWBZ-indicaties afgegeven door Bureaus Jeugdzorg (BJZ's), meerjarig hulpmiddelengebruik, mantelzorg en revalidatiezorg in algemene ziekenhuizen. In dit hoofdstuk schets ik de bevindingen van de Stuurgroep. In hoofdstuk 3 leg ik uw Kamer mijn voorstel voor de verbetering van de afbakening van de Wtcg voor.

Wmo-rolstoelen

In de eerste voortgangsrapportage is aangegeven dat een uniforme registratie van rolstoelgebruik door gemeenten en uitwisseling van de gegevens tussen gemeenten en het CAK naar alle waarschijnlijkheid mogelijk is. Daarnaast bleek uit deze voortgangsrapportage, dat het vraagstuk inzake het definiëren van (het type) rolstoel nog niet was afgerond. Voor wat betreft Wmo-rolstoelen geeft de Stuurgroep nu aan dat het uitvoerings-technisch mogelijk is om dit criterium vanaf tegemoetkomingsjaar 2010 te betrekken bij de bepaling van de tegemoetkoming, onder voorwaarde dat géén nader onderscheid wordt gemaakt in het type rolstoel. Gemeenten hebben aangegeven dat zij in dat geval vanaf 1 januari 2010 kunnen starten met de uniforme registratie van de rolstoelen. De eerste aanlevering van de rolstoelgegevens over 2010 vindt dan uiterlijk op 1 juli 2011 plaats ten behoeve van de uitbetaling van de tegemoetkoming in 2011.

Als er wél een onderscheid wordt gemaakt in het type rolstoel, dan moet het jaar 2010 volgens de Stuurgroep gezien worden als een voorbereidingsjaar. Het moet dan eerst duidelijk zijn welk onderscheid er gemaakt moet worden tussen verschillende typen rolstoelen en hoe gemeenten dit onderscheid objectief kunnen vaststellen. De uniforme registratie van de verschillende typen rolstoelen kan dan pas vanaf 2011 plaatsvinden, ten behoeve van de uitbetaling van de tegemoetkoming in 2012.

Wmo-PGB-HV

In tegenstelling tot huishoudelijke verzorging in natura is het, vanwege het ontbreken van een uniforme landelijke registratie, nog niet mogelijk om het gebruik van Wmo-PGB-HV bij de berekening van de tegemoetkoming over 2009 te betrekken. Voor Wmo-PGB-HV heeft de Stuurgroep inmiddels aangegeven dat het uitvoeringstechnisch goed mogelijk is om dit criterium vanaf 2010 te betrekken bij de bepaling van de tegemoetkoming. Gemeenten kunnen vanaf 1 januari 2010 starten met de uniforme registratie van de gegevens over Wmo-PGB-HV.

AWBZ-indicaties voor cliënten van Bureaus Jeugdzorg

In de eerste voortgangsrapportage heb ik aangegeven dat AWBZ-indicaties voor cliënten van Bureau's Jeugdzorg (hierna BJZ-cliënten) nog niet betrokken worden bij het bepalen van het recht op een tegemoetkoming in het kader van de Wtcg. Het CAK, het CIZ en mijn departement hebben samen met de MOgroep Jeugdzorg een uitvoeringstoets verricht om te onderzoeken of en op welke wijze de tegemoetkoming uitgekeerd kan worden aan BJZ-cliënten met een AWBZ-indicatie.¹ De belangrijkste conclusie van dit onderzoek is dat er op dit moment nog geen uniforme

¹ De MOgroep is de landelijke branchevereniging voor de jeugdzorg.

landelijke registratie bestaat van de AWBZ-indicaties voor BJZ-cliënten. Hierdoor is het niet mogelijk om deze AWBZ-indicaties te betrekken bij de bepaling van de tegemoetkoming over 2009. Er wordt weliswaar gewerkt aan een automatische koppeling tussen het systeem van de BJZ's en het systeem van het CIZ, maar dit proces is nog niet afgerond. Tot die tijd zou jaarlijks een uniform bestand moeten worden samengesteld met de relevante gegevens om de tegemoetkoming op te kunnen baseren. Op grond van uitvoeringstechnische overwegingen adviseert de Stuurgroep om het jaar 2010 te gebruiken om een uniforme registratie van AWBZ-indicaties voor BJZ-cliënten te realiseren en de gegevens te betrekken bij de bepaling van de tegemoetkoming over tegemoetkomingsjaar 2010 ten behoeve van de uitkering in 2011.

Meerjarig hulpmiddelengebruik

De Stuurgroep heeft de afgelopen maanden laten onderzoeken op welke wijze kan worden omgegaan met het meerjarige hulpmiddelengebruik. Zorgverzekeraars registreren hulpmiddelen in het jaar dat ze aan verzekerden verstrekt worden én in het jaar dat reparatie aan een hulpmiddel plaatsvindt. Zoals uw Kamer terecht heeft opgemerkt, worden bepaalde hulpmiddelen niet ieder jaar aangeschaft omdat deze meerdere jaren meegaan.

Wat betreft het meerjarig gebruik van hulpmiddelen stelt de Stuurgroep dat er alleen sprake kan zijn van een ingroeimodel, omdat er uitsluitend vanaf 2009 een uniforme registratie van (meerjarig) hulpmiddelengebruik beschikbaar is.¹ Alleen de gegevens van verzekerden die in 2009 een Zvw-hulpmiddel hebben gekregen of hebben laten repareren kunnen worden betrokken bij de berekening van de tegemoetkoming over het tegemoetkomingsjaar 2009, uit te keren in 2010. De gegevens van verzekerden die in 2009 en/of 2010 een hulpmiddel hebben gekregen danwel hebben laten repareren, worden betrokken bij de berekening van de tegemoetkoming over het tegemoetkomingsjaar 2010, uit te keren in 2011. Tot slot worden de gegevens van verzekerden die in 2009 en/of 2010 en/of 2011 een hulpmiddel hebben gekregen danwel hebben laten repareren betrokken bij de berekeningen over het tegemoetkomingsjaar 2011, uit te keren in 2012. Het is niet mogelijk gebleken om het meerjarig hulpmiddelengebruik uit de historische gegevens te achterhalen of op een andere manier af te leiden.

Mantelzorg

Zoals aangekondigd in de eerste voortgangsrapportage is de Stuurgroep gevraagd om een eventuele toepassing van het zogenaamde «mantelzorgbestand» bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB) als afbakeningscriterium voor de algemene tegemoetkoming nader uit te werken en de uitvoeringstechnische aspecten in beeld te brengen. De Stuurgroep heeft naast bovengenoemde variant ook nogmaals gekeken naar andere theoretisch mogelijke varianten en deze getoetst op uitvoerbaarheid.

De Stuurgroep ziet belangrijke bezwaren bij het betrekken van de mantelzorg in de afbakeningscriteria voor de Wtcg. Het belangrijkste bezwaar is dat de regeling van het mantelzorgcompliment met ingang van 1 augustus 2009 is aangepast.² Er vindt geen registratie van daadwerkelijk ontvangen mantelzorg meer plaats, maar voor cliënten met een indicatie voor extramurale AWBZ-zorg voor langer dan 12 maanden wordt *verondersteld* dat er ook sprake is van mantelzorg. Dit maakt het eerder door de Stuurgroep gesignaleerde aandachtspunt inzake de subjectieve vaststelling van mantelzorg – dat wil zeggen op basis van de informatie van de cliënt zelf – en de spanning die dit kan opleveren met de overige afbakeningscriteria voor de tegemoetkoming die uitgaan van een objectieve

¹ In Kamerstukken II, vergaderjaar 2008–2009, 31 706, nummer 19 wordt aangegeven welke hulpmiddelen in het kader van de Wtcg worden betrokken. Dit betreft de hulpmiddelen zoals genoemd in artikel 2.6 van de Regeling zorgverzekering, met uitzondering van: hulpmiddelen voor anti-conceptionele doeleinden, verbandmiddelen, pruiken en hulpmiddelen bij diabetes.

² Het mantelzorgcompliment is een financiële vergoeding die wordt uitgekeerd aan mantelzorgers die langdurig en intensief een familielid, partner, vriend of kennis verzorgen, als waardering voor hun inspanningen.

vaststelling nog pregnanter.¹ In de 1e Voortgangsrapportage aan uw Kamer is namelijk aangegeven dat ter voorkoming van rechtsongelijkheid het meenemen van mantelzorg in principe een objectieve vaststelling vergt van de activiteiten die de mantelzorger biedt en het koppelen daarvan aan normtijden (uren). Naar verwachting leidt dit tot een forse verzwaring van de uitvoering. Daarnaast kunnen cliënten het objectief vaststellen van de genoten mantelzorg als een inbreuk op hun privacy beschouwen. Verder merkt de Stuurgroep op dat bij het gebruiken van gegevens over het mantelzorgcompliment geen rekening wordt gehouden met het feit dat ook in de Wmo en Zvw sprake is van mantelzorg. Bij de regeling inzake het mantelzorgcompliment als zodanig is dit goed uit te leggen. In deze regeling is immers expliciet geregeld dat de zorgvrager over een AWBZ-indicatie voor extramurale zorg (zorg aan huis) moet beschikken. De Stuurgroep meent evenwel dat het in het kader van de Wtcg moeilijk is uit te leggen dat mantelzorg op grond van AWBZ wél tot een (hogere) tegemoetkoming leidt en mantelzorg op grond van de Wmo en Zvw niet. Immers, huishoudelijke verzorging in natura op grond van de Wmo en bepaalde vormen van zorggebruik op grond van de Zvw zijn wel criteria voor het bepalen van het recht op een tegemoetkoming. Het louter meenemen van mantelzorg op grond van de AWBZ zou dan als ongelijke behandeling kunnen worden ervaren, hetgeen tot veel vragen van burgers kan leiden. De Stuurgroep voorziet daarom het risico van een grote druk op de frontoffice van het CAK.

Gegeven deze bezwaren adviseert de Stuurgroep om mantelzorg niet toe te voegen aan de criteria voor het vaststellen van het recht op een tegemoetkoming.

Revalidatiezorg in algemene ziekenhuizen

De Stuurgroep heeft nog geen advies kunnen geven over de uitvoeringsaspecten van het betrekken van revalidatiezorg in algemene ziekenhuizen bij de afbakeningscriteria, omdat er nog onvoldoende informatie beschikbaar is. Er zijn namelijk nog te weinig nieuwe DBC's revalidatie algemene ziekenhuizen gedeclareerd (deze zijn met ingang van 2009 in gebruik) om een oordeel te kunnen vellen over de bruikbaarheid van deze gegevens. De Stuurgroep komt hier op terug in haar voortgangsrapportages in 2010. Daarbij zal ook nog aan de orde komen of revalidatiezorg in algemene ziekenhuizen überhaupt als afbakeningscriterium voor het bepalen van het recht op een tegemoetkoming dient te worden meegenomen. Reden om dit nader te onderzoeken is dat het veelal kortdurende revalidatiezorg lijkt te betreffen die in combinatie met andere ziekenhuiszorg wordt geboden.

Terugwerkende kracht

Bij de parlementaire behandeling van de Wtcg en in de eerste voortgangsrapportage is toegezegd om te onderzoeken of en op welke wijze verbetering van de afbakening met terugwerkende kracht zou kunnen worden ingevoerd om zo de doelgroep zo snel mogelijk te bereiken.

De Stuurgroep heeft met betrekking tot de uitvoeringsaspecten geadviseerd om terugwerkende kracht, mits budgettair inpasbaar, alleen toe te passen voor die verbeteringsvoorstellen waarbij gebruik kan worden gemaakt van bestaande uniforme landelijke registraties over 2009. Dit betekent dat terugwerkende kracht uitvoerbaar is voor de in hoofdstuk 3 te presenteren voorstellen van de Taskforce die betrekking hebben op een alternatieve selectie van ziekenhuiszorg en geneesmiddelengebruik en op het combineren van AWBZ-indicatiegegevens. Voor alle andere mogelijke verbetervoorstellen van de Taskforce, zoals de Wmo-rolstoelen of AWBZ-indicaties afgegeven door BJZ's, zijn die geüniformeerde gegevens over 2009 niet beschikbaar. De Stuurgroep heeft serieuze twijfels of het haalbaar is om voor deze groepen de gegevens over 2009 alsnog op orde te

¹ Hiermee wordt bedoeld dat de ene mantelzorger bijvoorbeeld 10 uur per week uittrekt om een AWBZ-cliënt te douchen, aan te kleden en boodschappen voor de betrokkene te doen, terwijl de andere mantelzorger daar 5 uur voor uittrekt. Als gevolg hiervan zou het zo kunnen zijn dat de ene AWBZ-cliënt als gevolg van de ontvangen mantelzorg in aanmerking komt voor een hoge tegemoetkoming terwijl de andere AWBZ-cliënt, die weliswaar voor dezelfde activiteiten mantelzorg ontvangt maar voor een geringer aantal uren, «slechts» voor een lage tegemoetkoming in aanmerking komt.

krijgen en voorziet grote uitvoeringsrisico's als een poging hiertoe uiteindelijk tóch niet het gewenste resultaat (in volledigheid en kwaliteit van de gegevens) zou opleveren.

Ten behoeve van duidelijkheid voor de doelgroep vraagt de Stuurgroep bij het toepassen van terugwerkende kracht bijzondere aandacht voor de toelichting bij de regelgeving en voor de communicatie. Om de frontoffice van het CAK en de ketenpartners zo veel als mogelijk te ontzien, moet helder zijn voor welke afbakeningscriteria er wel sprake is van terugwerkende kracht en voor welke niet.

1.2 Stand van zaken uitvoering spoorboekje

In de vorige voortgangsrapportage heb ik u uitgebreid geïnformeerd over de drie onderscheiden fases in het spoorboekje dat wordt gevolgd bij het voorbereiden van de implementatie van de tegemoetkoming. In de eerste fase dienden de ketenpartners de procesgang rond de uitvoering van de tegemoetkoming en de daarbij relevante vraagstukken in kaart te brengen. Deze fase was reeds bij het schrijven van de vorige voortgangsrapportage succesvol afgerond. In de tweede fase, die loopt tot en met 31 januari 2010, bouwen de ketenpartners alle benodigde applicaties voor de uitvoering van de tegemoetkoming. De daarvoor benodigde werkzaamheden liggen op schema. Vanaf 1 februari start de derde fase. Een belangrijk onderdeel van deze fase is het proefdraaien met de gebouwde applicaties (ook wel «ketentesten» genoemd). Op die manier kunnen eventuele aandachtspunten tijdig worden opgelost. In mijn volgende voortgangsrapportage zal ik u nader informeren over de afronding van de tweede fase en het verloop van de derde fase.

1.3 Primaire informatiestroom

In de vorige voortgangsrapportage is ook een aantal vraagstukken aan de orde gekomen inzake de zogeheten primaire informatiestroom (dit is de aanlevering van gegevens door de ketenpartners aan het CAK, op grond waarvan het CAK uiteindelijk de beschikking voor de verzekerden die recht hebben op een tegemoetkoming opstelt). Hieronder volgt de actuele stand van zaken bij deze vraagstukken.

Ontbrekende rekeningnummers

Het Uitvoeringsinstituut WerknemersVerzekeringen (UWV) en de Sociale Verzekeringsbank (SVB) zullen voor de cliënten voor wie zij de eigen bijdrage AWBZ inhouden op de uitkering het rekeningnummer doorgeven aan het CAK. Hierdoor wordt het aantal nog ontbrekende rekeningnummers teruggebracht van 250 000 tot naar schatting 12 000. Daarmee zijn de mogelijkheden om rekeningnummers vóóraf te achterhalen volledig benut. De rechthebbenden waarvan het rekeningnummer niet vóóraf kan worden achterhaald, kunnen gebruik maken van de antwoordkaart die wordt bijgevoegd bij de beschikking. Ook kunnen zij het rekeningnummer via de portal van het CAK (zie paragraaf 1.4) doorgeven.

Indicaties voor onbepaalde tijd

Het CIZ beschikt niet over de AWBZ-indicaties voor onbepaalde tijd die zijn afgegeven door de voorgangers van het CIZ, de Regionale Indicatie Organen (RIO's).¹ Het overgrote deel van de cliënten heeft inmiddels een herindicatie ontvangen. Voor de resterende groep wordt de indicatie zoveel als mogelijk afgeleid uit de gegevens over het *zorggebruik*. Wat resteert zijn de mensen met een AWBZ-indicatie voor onbepaalde tijd die is afgegeven vóór 2004 en die bovendien géén eigen bijdrage betalen. Dit betreft cliënten die een indicatie hebben gekregen voor de functie begelei-

¹ Het betrof in eerste instantie 128 000 indicaties.

ding. Voor deze AWBZ-functie geldt tot 2010 nog geen eigen bijdrage.¹ Cliënten die door een RIO een indicatie hebben gekregen voor *uitsluitend* de functie begeleiding zijn niet bekend bij het CAK, omdat zij geen eigen bijdrage hoeven betalen. De verwachting is dat dit ongeveer 5 500 indicaties betreft. Deze mensen kunnen zich melden bij het CAK. In de voorlichting zal hier specifiek aandacht aan worden besteed.

Ontbrekende Burger Service Nummers (BSN's)

Vanaf 1 juli 2009 geldt een wettelijke verplichting om het BSN te registreren bij het afgeven van een AWBZ-indicatie. In de administratie van het ClZ worden 90 000 AWBZ-indicaties aangevuld met BSN's en geverifieerd, waar mogelijk door bestandsvergelijking met ketenpartners. Zonodig worden handmatige acties ondernomen (zoals dossiers handmatig beoordelen en cliënten bellen of schrijven).

De Stuurgroep tekent aan dat er altijd een categorie cliënten overblijft waarvan het niet mogelijk of wenselijk is om het BSN te achterhalen. Dit zijn bijvoorbeeld vrouwen in de vrouwenopvang. Dergelijke cliëntgroepen, die mogelijk wel recht hebben op een tegemoetkoming, dienen de tegemoetkoming zelf bij het CAK aan te vragen. In de voorlichting zal ook hier speciale aandacht aan worden gegeven.

1.4 Secundaire informatiestroom

In het amendement Omtzigt worden eisen gesteld aan de behandeling van de burgers die zich met vragen en bezwaren melden bij het CAK, de zogenaamde secundaire informatiestroom.² Op basis van het zogeheten ketenprocesontwerp -waarin op hoofdlijnen de gegevensstromen tussen de ketenpartners worden beschreven – is de secundaire informatiestroom verder uitgewerkt. Een goede en efficiënte inrichting van het secundaire proces is van belang om de informatieverzoeken, aanvragen en bezwaren van de cliënt binnen het CAK en de keten af te kunnen handelen.

Hierbij moet worden bedacht dat het CAK vanwege privacy-aspecten niet beschikt over de zorggegevens die ten grondslag liggen aan (het uitblijven) van een tegemoetkoming. Het CAK moet deze informatie (met expliciete toestemming van de cliënt) bij de achterliggende ketenpartners opvragen. Dit proces wordt ondersteund door het bouwen van een aparte applicatie (hierna portal) tussen het CAK en de ketenpartners. Met deze portal kan het CAK in geval van het ontbreken van relevante gegevens of bij eventueel onjuist gebleken gegevens stapsgewijs teruggaan naar de gegevens bij Vektis en zonodig naar de brongegevens bij de zorgverzekeraars en het ClZ.

Naast de ketenpartners kunnen ook de cliënten straks – met behulp van een digiD-oplossing – via de portal online tegemoetkomingen aanvragen en bezwaren of informatieverzoeken indienen.

De ketenpartners hebben inmiddels afspraken gemaakt over het functionele en technische ontwerp van de portal en er is gestart met de bouw. Ook de achterliggende systemen bij de ketenpartners worden aangepast om de informatieverzoeken, aanvragen en bezwaarprocedures van burgers vanaf 1 november 2010 met inzet van de portal te kunnen ondersteunen. Het doel van dit alles is om reacties van cliënten op adequate en zo efficiënt mogelijke wijze en binnen maximaal 30 dagen af te handelen.

De Stuurgroep benadrukt nogmaals dat goede communicatie van belang is om druk op het secundaire informatieproces zo veel mogelijk te voorkomen.

¹ Voor begeleiding in natura geldt een eigen bijdrage vanaf 21 juni 2010. Voor PGB-begeleiding geldt een eigen bijdrage vanaf 1 januari 2010.

² Kamerstukken II, vergaderjaar 2008–2009, 31 706, nr. 30.

1.5 Conclusie Stuurgroep over voortgang implementatievoorberedingen

Al met al verlopen de implementatievoorberedingen voor het tegemoetkomingsjaar 2009 (uit te keren in 2010) volgens de Stuurgroep conform planning. De samenwerking tussen de ketenpartners verloopt constructief en heeft er toe geleid dat voor vrijwel alle uitvoeringsproblemen een oplossing is gevonden. Het overgebleven aandachtspunt in de primaire gegevensstroom betreft de ontbrekende BSN's in de CIZ registratie. De Stuurgroep heeft daar inmiddels passende maatregelen voor getroffen. De Stuurgroep blijft de inrichting van het secundaire proces nauwlettend volgen. Goede voorlichting en volledigheid, tijdigheid en juistheid van aangeleverde groepen van rechthebbenden zijn van belang om een oneigenlijke toestroom te beperken en daarmee de frontoffice van het CAK en de ketenpartijen zo min mogelijk te belasten.

De komende periode staat vooral in het teken van het bouwen van systemen, het testen van deze systemen en het perfectioneren van de gegevenslevering en van onderlinge afspraken. De Stuurgroep blijft het implementatietraject monitoren en voor eventuele nieuwe aandachtspunten nieuwe oplossingsrichtingen aandragen.

2. TASKFORCE VERBETERING AFBAKENING WTCC

De afgelopen maanden heeft de Taskforce talrijke gesprekken gevoerd met (medische) deskundigen en andere betrokkenen. Op basis van deze gesprekken en op basis van het advies van medisch experts heeft de Taskforce een vijftal bevindingen en aanbevelingen geformuleerd.

In de eerste plaats adviseert de Taskforce het kabinet de afbakening van de aanspraak op basis van ziekenhuiszorg en geneesmiddelengebruik te verbeteren. De huidige afbakening van de aanspraak is niet optimaal omdat deze is gebaseerd op de zogeheten diagnose kostengroepen (DKG's) en farmacie kostengroepen (FKG's) uit het risicovereveningsmodel voor zorgverzekeraars in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Hoge kosten voor verzekeraars zijn niet per definitie een goede indicator voor hoge meerkosten voor chronisch zieken en gehandicapten. De Taskforce heeft daarom experts gevraagd om alle diagnosebehandelcombinaties (DBC's) en actieve bestanddelen van geneesmiddelen (ATC's) te beoordelen op de vraag in hoeverre de betrokken chronische ziekte of aandoening gepaard gaat met meerkosten.

Speciaal voor dit doel heeft de Taskforce zogenaamde «chronische groepen» (CG's) laten ontwikkelen. De werkzame stoffen en behandelingen die worden betrokken bij de afbakening worden in 25 chronische groepen geclusterd. Vervolgens worden binnen de onderscheiden chronische groepen gebruikte werkzame stoffen en behandelingen op een gewogen manier betrokken bij de bepaling van de hoogte van de tegemoetkoming. Tabel 1 bevat een overzicht van deze chronische groepen.

Tabel 1. De chronische groepen

1. aangeboren afwijkingen	14. Leveraandoeningen
2. Bot- en gewrichtsaandoeningen	15. Longaandoeningen
3. Crohn en colitus ulcerosa	16. Maag- darmaandoeningen
4. Cystic fibrosis	17. Nieraandoeningen
5. Diabetes	18. Niet-maligne bloedziekten
6. Endocriene aandoeningen	19. Ziekte van Parkinson
7. Epilepsie	20. Pijn
8. Hart- en vaataandoeningen	21. Psychische aandoeningen

9. Hersenen/ruggenmerg aandoeningen	22. Reuma
10. Hiv/aids	23. Spieraandoeningen
11. Huidaandoeningen	24. Stofwisselingsziekten
12. Immunologische aandoeningen, spier- en bloedziekten	25. Transplantatie
13. Kanker	

Tabel 2 bevat een overzicht van de belangrijkste aanpassingen op basis van het Zvw-zorggebruik:

-
- Op basis van de bevindingen van de geraadpleegde medische experts, stelt de Taskforce dat sommige behandelingen of geneesmiddelen die duiden op een chronische aandoening en meerkosten voor de betrokkenen op dit moment ten onrechte niet – of te nauw afgebakend – bij de bepaling van de tegemoetkoming worden betrokken. De kolommen «aan de afbakening toegevoegd» en «afbakening completer gemaakt» van tabel 2 bevatten de belangrijkste aandoeningen en geneesmiddelen die betrokken dienen te worden bij de bepaling van het recht op een tegemoetkoming.
 - Daartegenover stelt de Taskforce dat er aandoeningen en behandelingen zijn die thans wel betrokken worden bij de bepaling van de hoogte van de tegemoetkoming, maar die niet duiden op een chronische aandoening. De Taskforce stelt voor om dergelijke aandoeningen en behandelingen niet langer te betrekken bij de bepaling van het recht op een tegemoetkoming. De kolom «verwijderd, niet chronisch» bevat de belangrijkste aanpassingen ten aanzien van dergelijke aandoeningen en geneesmiddelen.
 - Verder heeft de Taskforce geconstateerd dat in de huidige afbakening aandoeningen zijn opgenomen die weliswaar chronisch zijn, maar waarbij geen of slechts in geringe mate sprake is van meerkosten (zie kolom «verwijderd, onvoldoende meerkosten»). Ook ten aanzien van dergelijke aandoeningen en behandelingen stelt de Taskforce voor om deze niet langer te betrekken bij de bepaling van het recht op een tegemoetkoming.
 - Tot slot zijn er aandoeningen waarbij de ernst en de beperkingen zodanig uiteenlopen dat het naar het oordeel van de geraadpleegde experts niet opportuun is deze als chronische aandoeningen te classificeren (zie kolom «verwijderd, onvoldoende specifiek»). Ook deze aandoeningen zouden in de ogen van de Taskforce niet langer betrokken dienen te worden bij de bepaling van het recht op een tegemoetkoming.
-

De Taskforce is van mening dat met de voorgestelde aanpassingen de afbakening op basis van ziekenhuiszorg en geneesmiddelengebruik op dit punt aanzienlijk wordt verbeterd.

Volledigheidshalve bevat tabel 2 ook nog voorbeelden van aandoeningen die volgens de medisch experts niet betrokken dienen te worden bij de bepaling van het recht op een tegemoetkoming. Dit betreft de kolommen «niet opgenomen, onvoldoende meerkosten» en «niet opgenomen, onvoldoende specifiek». De laatste kolom van tabel 2 bevat aandoeningen die door medisch experts zijn geclassificeerd als «grotendeels niet op te sporen op basis van DBC's of geneesmiddelen»).

Tabel 2: Belangrijkste aanpassingen afbakeningscriterium Zvw-zorggebruik

Aan de afbakening toegevoegd	Afbakening completer gemaakt	Verwijderd - niet chronisch	Verwijderd - onvoldoende meerkosten	Niet opgenomen - onvoldoende meerkosten	Verwijderd - onvoldoende specifiek	Niet opgenomen - onvoldoende specifiek	Grotendeels niet op te sporen obv dbc of geneesmiddelen
<ul style="list-style-type: none"> - Zeer ernstige vetzucht - Chronische niet-kwaadaardige bloedziekten - Chronisch vermoeidheidsyndroom - Alle poliklinische en dagbehandelingen van opgenomen dbc's - Ernstige botontkalking (dbc's en geneesmiddelen) - Complexe wervelkolom chirurgie - Geneesmiddelen bij chronische hepatitis - Geneesmiddelen bij vaatvernauwing - Geneesmiddelen bij endocriene tumoren en acromegalie - Immunoglobulines - Geneesmiddelen bij myasthenia gravis - Geneesmiddelen bij zeldzame 	<ul style="list-style-type: none"> - Kanker (dbc's en geneesmiddelen) - Reuma (dbc's en geneesmiddelen) - Transplantaties - Thuisbeademing - ADHD - Immunotherapie - Alle geneesmiddelenengroepen - bijgewerkt op basis van nieuwe middelen en middelen uit de handel - Alle geneesmiddelenengroepen beoordeeld op ddd-grens 	<ul style="list-style-type: none"> - Longembolie - Obstipatie - Kortdurende pijnbehandeling - Niertrauma - Acut hartfalen 	<ul style="list-style-type: none"> - Dbc's en geneesmiddelen bij lichte depressie - Dbc's en geneesmiddelen bij glaucoom - Dbc's en geneesmiddelen bij zuurbranden - Slaapmiddelen 	<ul style="list-style-type: none"> - Dbc's en geneesmiddelen bij schildklier-aandoeningen - Dbc's en geneesmiddelen bij migraine/clusterhoofdpijn - Dbc's en geneesmiddelen bij jicht 	<ul style="list-style-type: none"> - Dbc's bij decubitus - Dbc's bij artrose - Dbc's bij botontkalking 	<ul style="list-style-type: none"> - Spierreuma - Slaap-aandoeningen - Vetzucht (excl zeer ernstige vetzucht) - Eczeem - Psoriasis - Allergie - Incontinentie (excl faecale incontinentie) - Rughernia - Evenwichtsstoornis 	<ul style="list-style-type: none"> - Blindheid/ slechtziendheid - Doofheid/ ernstige slechthorendheid

Als tweede aanbeveling stelt de Taskforce – in lijn met de bevindingen van de Stuurgroep – voor om met ingang van 2010 bij de bepaling van het recht op een tegemoetkoming rekening te houden met achtereenvolgens het meerjarig gebruik van hulpmiddelen, rolstoelen die worden verstrekt

in het kader van de Wmo, PGB-Wmo-HV, het optellen van uren en dagdelen bij AWBZ-indicaties en AWBZ-indicaties voor BIZ-cliënten.

De derde aanbeveling van de Taskforce betreft de invoering van de zogenaamde jaarvoorwaarde. Het afgelopen jaar heeft het CAK in het kader van de Regeling compensatie eigen risico (CER) diverse klachten ontvangen van nabestaanden die maanden na overlijden van hun dierbaren nog geconfronteerd werden met een tegemoetkoming in het kader van deze regeling. Om dit bij de uitvoering van de Wtcg-tegemoetkoming te voorkomen, adviseert de Taskforce om voor het ontvangen van een tegemoetkoming als voorwaarde te stellen dat de betrokkene het gehele jaar waarop de uitkering betrekking had, verzekerd was in het kader van de Zvw.

Ten vierde acht de Taskforce het noodzakelijk om de resultaten van het inmiddels gestarte onderzoek door TNO naar de op ICF gebaseerde IMPACT vragenlijst te betrekken bij de verbetering van de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming.¹ Hierbij moet overigens worden bedacht dat het gebruik van IMPACT niet leidt tot een objectieve vaststelling van problemen in het functioneren en daarom in de ogen van de Taskforce nooit zelfstandig als afbakeningscriterium voor de Wtcg zal kunnen gelden. Dat neemt niet weg dat de Taskforce belangrijke aanknopingspunten ziet bij dit instrument. De Taskforce adviseert dan ook de resultaten van het onderzoek door TNO te betrekken bij de verbetering van de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming.

In de vijfde plaats adviseert de Taskforce om in overleg met de CG-Raad nog nader onderzoek te verrichten naar een mogelijkheid om de groep die nu nog ten onrechte buiten de afbakeningscriteria valt, alsnog een tegemoetkoming te verlenen middels een specifieke faciliteit. Mogelijk kunnen voor deze mensen heldere – en op objectieve wijze vast te stellen – afbakeningscriteria worden ontwikkeld. De lijst van 440 zeldzame aandoeningen van erfelijke ziekten die door de Vereniging Samenwerkende Ouderen Patiëntorganisaties (VSOP) is opgesteld zou daarbij betrokken kunnen worden. Een dergelijke duidelijk afgebakende groep zou bijvoorbeeld kunnen bestaan uit mensen met een zeer ernstige auditieve en/of visuele beperking. De Taskforce is vooralsnog geen voorstander van een meldpunt waarbij vooraf niet is vastgesteld op basis van welke aandoeningen verzekerden aanspraak kunnen maken op een tegemoetkoming en waarvoor dit per individu moet worden bepaald. Een dergelijk meldpunt is lastig uitvoerbaar en brengt (daardoor) hoge uitvoeringskosten met zich mee. Bovenal is het daar te vroeg voor. De komende jaren zal de regeling in de ogen van de Taskforce verder kunnen worden verbeterd. Meldingen van mensen die menen ten onrechte niet in aanmerking te komen voor een tegemoetkoming, moeten bij die verbetering worden betrokken.

Voor de verbetering van de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming is € 50 miljoen beschikbaar. De voorstellen van de Taskforce passen binnen deze beschikbare ruimte. Daarbij heeft de Taskforce ook rekening gehouden met de volgende twee aspecten. In de eerste plaats is Vektis bij de berekening van de effecten van de aanpassing van de afbakeningscriteria op een onvolkomenheid in de oorspronkelijke berekeningen gestuit. De AWBZ-zorg werd in die berekeningen op een onjuiste manier bij de afbakening betrokken. Daarnaast werd in de berekeningen tot nu toe geen rekening gehouden met onverzekerden en het feit dat zij geen aanspraak kunnen maken op een tegemoetkoming. Voor een integraal overzicht van de budgettaire effecten van de hiervoor beschreven voorstellen van de Taskforce, alsmede de effecten voor de aantallen mensen die recht hebben op een tegemoetkoming verwijs ik u naar hoofdstuk 3.

¹ De ICF is een begrippenkader waarmee het functioneren van mensen en de eventuele problemen die zij in het functioneren ervaren kunnen worden beschreven. TNO heeft op basis van deze ICF-classificatie IMPACT ontwikkeld. Dit is een vragenlijst waarmee personen zelf op een systematische wijze een overzicht kunnen maken van hun mogelijkheden en beperkingen in activiteiten en participatie.

3. VOORSTEL VERBETERINGEN VAN DE AFBAKENING VAN DE WTCG

In dit hoofdstuk ga ik in op de voorstellen en adviezen van de Taskforce en de Stuurgroep. Ik geef eerst een reactie op de aanbevelingen van de Taskforce voor de korte termijn (i.e. een reactie op de eerste drie aanbevelingen van de Taskforce). Daarbij worden zowel de budgettaire gevolgen als de gevolgen voor het aantal verzekerden dat een tegemoetkoming ontvangt geschetst. Daarna ga ik in op de mogelijke verbeteringen van de afbakening op de langere termijn en de mogelijkheden met betrekking tot de inrichting van een specifieke faciliteit (i.e. een reactie op de vierde resp. de vijfde aanbeveling van de Taskforce).

3.1 Verbeteringen op korte termijn

Ik ben voornemens de eerste drie aanbevelingen van de Taskforce zoals gepresenteerd in hoofdstuk 2 integraal over te nemen. Hieronder geef ik waar nodig een nadere toelichting bij de betreffende voorstellen.

Zvw-zorggebruik

Dankzij de voorstellen van de Taskforce op het terrein van de ziekenhuiszorg en het geneesmiddelengebruik bestaat nu een medisch-inhoudelijke onderbouwing van de aanspraak op een tegemoetkoming op basis van het Zvw-zorggebruik. De Taskforce stelt immers niet alleen voor om poliklinische en dagbehandelingen behorend bij de voor de tegemoetkoming relevante aandoeningen toe te voegen en de minimaal vereiste standaarddagdosering bij geneesmiddelen aan te passen, maar ook een groot aantal aandoeningen en geneesmiddelen toe te voegen. In het oog springende voorbeelden van toe te voegen aandoeningen betreffen het «chronisch vermoeidheidssyndroom», «chronische niet- kwaadaardige bloedziekten» en «complexe wervelkolomchirurgie». Voorbeelden van toe te voegen geneesmiddelen betreffen geneesmiddelen bij «zeldzame stofwisselingsziekten» en bij «chronische hepatitis». Zoals in hoofdstuk 2 al aan de orde kwam, stelt de Taskforce overigens ook voor om aandoeningen die nu onder een DKG of een FKG vallen, maar die niet chronisch zijn, of die niet tot meerkosten voor de betrokkenen leiden niet langer te betrekken bij de bepaling van het recht op een tegemoetkoming. In hoofdstuk 2 zijn reeds als voorbeeld daarvan genoemd «acuut hartfalen» bij het specialisme cardiologie en «niertrauma» bij het specialisme urologie. Andere voorbeelden zijn geneesmiddelen bij «glaucoom» en slaapmiddelen.

Als gevolg van deze voorstellen neemt het aantal mensen dat recht heeft op een tegemoetkoming in totaal toe met 205 000.¹ Tegelijkertijd neemt het aantal mensen dat niet langer aanspraak kan maken op een tegemoetkoming af met 215 000.² Hierdoor daalt het aantal mensen dat als gevolg van de voorstellen van de Taskforce inzake ziekenhuiszorg en geneesmiddelengebruik recht heeft op een tegemoetkoming per saldo met 10 000. Daarnaast zijn er verschuivingen in het aantal mensen dat een lage en een hoge tegemoetkoming ontvangt. Het aantal mensen dat een lage tegemoetkoming ontvangt, stijgt met 17 000.³ Het aantal mensen dat een hoge tegemoetkoming ontvangt, daalt met 27 000.⁴ Deze voorstellen leiden per saldo tot een besparing van € 5,6 miljoen.

Ik ben mij er zeer van bewust dat het voor mensen vervelend is als zij als gevolg van de voorstellen van de Taskforce niet langer in aanmerking komen voor een tegemoetkoming. Zoals hiervoor al aan de orde kwam, gaat het daarbij om aandoeningen die nu onder een DKG of een FKG vallen, maar die niet chronisch zijn (zoals acuut hartfalen of niertrauma), of die niet tot meerkosten voor de betrokkenen leiden (zoals geneesmid-

¹ Het gaat daarbij om mensen die eerst geen tegemoetkoming ontvingen en als gevolg van de verbetervoorstellen een lage tegemoetkoming ontvangen (+202 000) en om mensen die eerst geen tegemoetkoming ontvingen en voortaan een hoge tegemoetkoming zullen ontvangen (+ 3 000).

² Het gaat om mensen die eerst de lage tegemoetkoming ontvingen en als gevolg van de voorstellen niet langer in aanmerking komen voor een tegemoetkoming (- 211 000) en om mensen die eerst de hoge tegemoetkoming ontvingen en voortaan geen aanspraak meer maken op een tegemoetkoming (- 4 000).

³ Dit is het gevolg van vier factoren: het aantal mensen dat eerst geen en nu een lage tegemoetkoming ontvangt (+ 202 000), het aantal mensen dat eerst een laag en nu geen tegemoetkoming meer ontvangt (- 211 000), het aantal mensen dat eerst een lage en nu een hoge tegemoetkoming ontvangt (+ 85 000) en tot slot het aantal mensen dat eerst een hoge en nu een lage tegemoetkoming ontvangt (- 111 000).

⁴ Dit is wederom het gevolg van vier factoren: het aantal mensen dat eerst geen en nu een hoge tegemoetkoming ontvangt (+ 3 000), het aantal mensen dat eerst een hoge en nu geen tegemoetkoming meer ontvangt (- 4 000), het aantal mensen dat eerst een lage en nu een hoge tegemoetkoming ontvangt (+ 85 000) en tot slot het aantal mensen dat eerst een hoge en nu een lage tegemoetkoming ontvangt (- 111 000).

delen bij glaucoom). Ik ben echter met de Taskforce van mening dat dit een juiste aanpassing betreft, gelet op het doel om de tegemoetkoming zo goed mogelijk te richten op chronisch zieken en gehandicapten die geconfronteerd worden met meerkosten. Ook deel ik de conclusie van de Taskforce, dat als gevolg van deze voorstellen de afbakening op dit onderdeel aanzienlijk is verbeterd.

Volledigheidshalve wil ik op deze plaats ook ingaan op het begin dit jaar door de CG-Raad geopende meldpunt. Bij dit meldpunt konden zich mensen melden die menen ten onrechte geen aanspraak te kunnen maken op een tegemoetkoming. Deze meldingen zijn in opdracht van de Taskforce beoordeeld. Grofweg 75% daarvan wordt met de voorstellen van de Taskforce op het terrein van de ziekenhuiszorg en het geneesmiddelengebruik verholpen. Voor de overige meldingen bieden deze aanpassingen geen uitkomst. Daarvoor zijn vier verschillende redenen aan te wijzen. Ongeveer 1% van de klachten betrof ziektebeelden die geen chronisch karakter hebben. Circa 12% van de klachten had wel betrekking op chronische ziektebeelden, maar gaan in de ogen van de door de Taskforce betrokken experts niet of slechts in beperkte mate met meerkosten gepaard. De overige 12% van de klachten is op zich gegrond, maar zoals reeds in hoofdstuk 2 aan de orde kwam, betreft dit aandoeningen waarbij de ernst van de beperkingen zozeer uiteenlopen, dat het naar het oordeel van de geraadpleegde experts niet opportuun is deze als chronische aandoeningen te oormerken. De betreffende aandoeningen worden daarom niet betrokken bij de bepaling van het recht op een tegemoetkoming. Overigens is de verwachting van de door de Taskforce geraadpleegde medische experts dat deze mensen in veel gevallen in aanmerking komen voor een tegemoetkoming op basis van de overige aangepaste afbakeningscriteria. De klachten werden evenwel helaas niet nauwkeurig genoeg omschreven om ze daarop te kunnen testen.

Rolstoelen en PGB-Wmo-HV

In de eerste voortgangsrapportage werd met het oog op het zo goed mogelijk bereiken van de doelgroep van de Wtcg nog nadrukkelijk rekening gehouden met de mogelijkheid van een differentiatie in het rolstoelgebruik. Uit nader onderzoek en overleg met VNG is naar voren gekomen dat differentiatie in principe mogelijk is, maar dat dit een aanzienlijke verzwaring van de uitvoeringslasten met zich meebrengt. Onlangs heb ik met de VNG afgesproken dat gemeenten met ingang van 2010 de gegevens van *alle* rolstoelgebruikers op uniforme wijze gaan registreren, met als doel om deze gegevens te betrekken bij de bepaling van het recht op de tegemoetkoming. Als gevolg van het toevoegen van rolstoelen als afbakeningscriterium zal het aantal mensen dat recht heeft op een tegemoetkoming stijgen met 28 000. Gemeenten zullen met ingang van 2010 ook de gegevens over PGB-Wmo-HV op uniforme wijze gaan registreren. Als gevolg hier zal het aantal mensen dat recht heeft op een tegemoetkoming stijgen met 5 000. Met de toevoeging van beide afbakeningscriteria neemt het budgettaire beslag van de Wtcg toe met € 20,2 miljoen.

AWBZ-indicaties van BJZ-cliënten

Zoals in hoofdstuk 1 aan de orde kwam, heeft de Stuurgroep geadviseerd om het jaar 2010 te gebruiken om een uniforme registratie door alle BJZ's te realiseren. In navolging daarvan heb ik onlangs met de minister van Jeugd en Gezin gesproken met de MOgroep Jeugdzorg en het IPO. Zij zijn helaas op dit moment niet in staat afspraken te maken over de wijze waarop de door de BJZ's per 1 januari 2010 afgegeven indicaties kunnen worden betrokken bij het bepalen van het recht op de tegemoetkoming. Ik zal met de minister van Jeugd en Gezin het overleg voortzetten over de

vraag hoe dit zo snel mogelijk gerealiseerd kan worden. Mocht het onverhoopt niet mogelijk zijn om de AWBZ-indicaties van BJZ-cliënten met ingang van 1 januari 2010 te betrekken bij de uitvoering van de tegemoetkoming, dan zal dit gebeuren zodra de beoogde elektronische koppeling tussen het systeem van de BJZ's en het systeem van het CIZ tot stand is gebracht. Zodra geregeld is dat de AWBZ-indicaties van BJZ-cliënten betrokken worden bij het bepalen van het recht op de tegemoetkoming, stijgt het aantal rechthebbenden met 32 000. Deze verbreding van de afbakening kost circa € 10,8 miljoen per jaar.

Overige voorstellen

Ook andere criteria waarvoor uw Kamer aandacht heeft gevraagd, te weten het optellen van AWBZ-indicaties in uren en dagdelen, alsmede het meerjarige gebruik van hulpmiddelen zullen met ingang van 2010 worden betrokken bij de bepaling van het recht op een tegemoetkoming. Ook deze voorstellen acht ik een waardevolle verbetering van de afbakeningscriteria van de tegemoetkoming. Als gevolg van het optellen van uren en dagdelen zullen 3 000 mensen extra een tegemoetkoming ontvangen en door het meerjarig hulpmiddelengebruik 101 000 mensen extra. Met de toevoeging van beide afbakeningscriteria is in totaal € 28,9 miljoen gemoeid.

Herberekening Vektis en onverzekerden

Hoewel ik de onvolkomenheden in de oorspronkelijke Vektis-berekeningen bij de AWBZ-zorg en de onverzekerden betreur, acht ik het onvermijdelijk dat deze thans bij het totale budgettaire beeld betrokken worden. Hierdoor stijgt het aantal mensen dat recht heeft op een tegemoetkoming met 21 000. De hieruit voortvloeiende additionele budgettaire kosten bedragen € 13,1 miljoen.

Jaarvoorwaarde

Ik ben met de Taskforce van mening dat de invoering van een jaarvoorwaarde gewenst is. In de eerste plaats kom ik daarmee tegemoet aan de wens van nabestaanden niet te worden geconfronteerd met een tegemoetkoming in kosten die door de overledene zijn gemaakt. Daarnaast heb ik met de Wtcg altijd voor ogen gehad om chronisch zieken en gehandicapten met meerkosten financieel te ondersteunen en niet zozeer hun nabestaanden. Hierdoor daalt het aantal mensen dat recht heeft op een tegemoetkoming met 90 000. Deze maatregel zorgt voor een budgettaire ruimte van € 22,7 miljoen.

Tabel 3 bevat volledigheidshalve een integraal beeld van de budgettaire gevolgen van de verschillende maatregelen, evenals de gevolgen van elke individuele maatregel voor het aantal verzekerden dat aanspraak kan maken op een tegemoetkoming. Voorafgaand daaraan wil ik graag het volgende opmerken.

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten in de Eerste Kamer heb ik laten weten dat uit een vergelijking van het Vektis-bestand en de gegevens van het Permanent Onderzoek van de Leefsituatie (POLS) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt, dat ongeveer 200 000 mensen ten onrechte buiten de afbakening van de doelgroep van de Wtcg vallen. Een deel van deze mensen wordt geconfronteerd met substantiële meerkosten en zou daarom in aanmerking dienen te komen voor een tegemoetkoming.

Op grond van de huidige afbakeningscriteria komen circa 1,8 miljoen mensen in aanmerking voor een tegemoetkoming. Als gevolg van de voorstellen van de Taskforce zullen nog eens 374 000 mensen een tegemoetkoming gaan ontvangen die daar op basis van de huidige afbakeningscriteria ten onrechte niet voor in aanmerking komen.¹ Tegelijkertijd zijn er 215 000 mensen die op grond van de huidige afbakeningscriteria wel in aanmerking komen voor een tegemoetkoming, maar naar het oordeel van de door de Taskforce geraadpleegde medische experts niet tot de doelgroep van de Wtcg behoren. Per saldo zal, zoals uit regel 7 van tabel 3 blijkt, het aantal mensen dat als gevolg van de maatregelen van de Taskforce een tegemoetkoming ontvangt dus met 159 000 toenemen. Als daar ook de verzekerden bij worden opgeteld die door de herberekening van Vektis alsnog een tegemoetkoming ontvangen (zie regel 9), dan krijgen per saldo in totaal 203 000 mensen extra een tegemoetkoming. Ik ben met de Taskforce van mening dat hierdoor sprake is van een substantiële verbetering van de afbakening van de doelgroep van de Wtcg.

Tabel 3. Mutaties in het aantal mensen (x 1 000) dat aanspraak kan maken op een tegemoetkoming en budgettaire gevolgen (X 1000 0000), structurele situatie

	Veranderingen in aantal mensen met een tegemoetkoming (x 1000)			Budget gevolgen (x € 1 mln)
	Laag	Hoog	Totaal	
Voorstellen voor verbetering door de Taskforce				
1. Afbakening op basis van ZVW-zorggebruik verbeteren	+ 17	- 27	- 10	- 5,6
2. Gebruikers van een rolstoel minimaal een lage tegemoetkoming toekennen	-14	+42	+28	14,6
3. WMO-PGB Huishoudelijke verzorging bij afbakening betrekken	-18	+22	+5	5,6
4. AWBZ-indicatie BJZ's betrekken bij afbakening	+27	+ 5	+ 32	10,8
5. Optellen van AWBZ-indicaties in uren en dagdelen mogelijk maken	-2	+4	+3	1,4
6. Bij de afbakening rekening houden met meerjarig hulpmiddelengebruik	+81	+20	+101	27,5
7. Totale gevolgen afbakeningsmaatregelen (= 1t/m⁶)	+91	+ 67	+ 159	54,3
Overige mutaties				
8. Herberekening Vektis	+ 3	+ 41	+ 44	19,4
9. Onverzekerden	- 17	- 6	- 23	- 6,3
10. Jaarvoorwaarde	- 55	- 34	- 90	- 22,7
11. Totale gevolgen van overige mutaties (=8+9)	- 69	+ 1	- 68	- 9,6
12. De inrichting van een specifieke faciliteit**	+ 24	0	+ 24	-5,3
13. Totale mutatie (=10+11)	+46	+ 68	+ 115	50,0

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

** Dit is een stelpost. Op basis van een grove inschatting kan worden gesteld dat voor dat bedrag circa 24 000 mensen extra een lage tegemoetkoming zouden kunnen ontvangen.

Terugwerkende kracht

Het advies van de Stuurgroep om daar waar mogelijk de verbetervoorstellen met terugwerkende kracht toe te passen wil ik in beginsel graag tot uitvoering brengen. Bij de voorjaarsbesluitvorming in april 2010 zal het kabinet hierover een besluit nemen. Ik zal uw Kamer hier zo snel mogelijk na afronding de besluitvorming over informeren. In geval van een positief besluit betekent dit dat de voorstellen van de Taskforce inzake ziekenhuiszorg en geneesmiddelengebruik, alsmede het optellen van uren en dagdelen bij AWBZ-indicaties met terugwerkende kracht zullen worden ingevoerd. Overigens merk ik daarbij op dat deze terugwerkende kracht alleen van toepassing zal zijn op die onderdelen van de voorstellen die gunstig uitvallen voor de verzekerde. Ik zal de Stuurgroep Implementatie te zijner tijd opdracht geven om de afbakeningsvoorstellen rond Zvw-zorggebruik en het optellen van AWBZ-indicaties in uren en dagdelen uit te werken en in te voeren. Deze maatregel kost eenmalig €53 miljoen.

¹ Dit is het totaal als gevolg van de verbeteringen inzake ziekenhuiszorg en geneesmiddelengebruik (+ 205 000), rolstoelen (+ 28 000), WMO-PGB-HV (+ 5 000), AWBZ-indicaties voor BJZ-cliënten (+ 32 000), optellen van AWBZ-indicaties in uren en in dagdelen (+ 3 000) en meerjarig hulpmiddelengebruik (+ 101 000).

Mantelzorg

Tijdens de parlementaire behandeling van de Wtcg heeft uw Kamer aandacht gevraagd voor het betrekken van mantelzorg als afbakeningscriterium bij het bepalen van het recht op de tegemoetkoming. De gedachte achter deze wens vind ik in de kern sympathiek. Daarom heb ik de Stuurgroep opdracht gegeven de mogelijkheden daartoe te onderzoeken. In zijn eerste rapportage, die ik afgelopen voorjaar heb ontvangen, heeft de Stuurgroep reeds gewag gemaakt van een aantal aandachtspunten. In aansluiting daarop heb ik tijdens het algemeen overleg op 23 september jongstleden met de vaste commissie voor VWS van de Tweede Kamer, aangegeven dat ik aarzelingen heb bij het betrekken van mantelzorg bij de bepaling van het recht op een tegemoetkoming. De reden daarvoor is, dat er op dit moment nog geen zicht is op de vraag hoe de recente ingevoerde wijziging in de indicatiestelling ten aanzien van het mantelzorgcompliment uitwerkt.¹ Dit wetende en het negatieve advies terzake van de Stuurgroep indachtig, moet ik helaas concluderen dat het betrekken van mantelzorg bij de bepaling van het recht op een tegemoetkoming op dit moment een weinig kansrijke optie lijkt te zijn.

3.2 Verbeteringen op langere termijn

Ik neem het advies van de Taskforce om te bezien in hoeverre ICF-classificaties kunnen worden betrokken bij de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming graag over. Naar verwachting zal TNO eind 2010 rapporteren over de resultaten van het onderzoek naar de mogelijke rol van het reeds ontwikkelde instrument IMPACT bij de verbetering van de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming.² Ik zal u daarna informeren over mijn conclusies met betrekking tot dit onderwerp.

3.3 Onderzoek naar mogelijkheden voor een specifieke faciliteit

Ik deel de conclusie van de Taskforce dat met de geschetste verbeteringen van de afbakening een belangrijke volgende stap is gezet. Dat neemt niet weg dat deze nog niet volmaakt is. In dat kader steun ik graag het voorstel van de Taskforce om in overleg met de CG-Raad te onderzoeken of het mogelijk is om een specifieke faciliteit in te richten voor een beperkte, helder afgebakende groep verzekerden die op basis van de bestaande afbakeningscriteria ten onrechte geen aanspraak kunnen maken op een tegemoetkoming. Deze nader af te bakenen groep verzekerden zou zich dan bijvoorbeeld met een verklaring van de behandelende arts bij een nog te bepalen instantie, wellicht het CAK, moeten melden om alsnog in aanmerking te kunnen komen voor de tegemoetkoming. Ik zal binnen de daarvoor beschikbare budgettaire ruimte in 2010 een voorstel ontwikkelen.

Ik ben met de Taskforce van mening dat het thans niet opportuun is een meldpunt in te stellen waar vooraf geen uitputtende lijst voor is opgesteld. Bij een dergelijk meldpunt zou per individu moeten worden bepaald of aanspraak gemaakt kan worden op een tegemoetkoming. Dit is zeer lastig uitvoerbaar en brengt (daardoor) hoge uitvoeringskosten met zich mee. Zoals ik hiervoor reeds heb opgemerkt, zal ik uw Kamer in 2010 een voorstel doen toekomen voor de inrichting van een speciale faciliteit op grond waarvan de afbakening van de doelgroep verder vervolmaakt kan worden.

¹ Voor een nadere toelichting wordt verwezen naar de passage over mantelzorg in hoofdstuk 1.

² IMPACT staat voor «ICF measure on Participation and Activities». IMPACT is een vragenlijst waarmee mensen zelf op systematische wijze een overzicht kunnen maken van hun mogelijkheden en hun beperkingen.

4. OVERIGE ONDERWERPEN

4.1 Voorlichting

De afgelopen zomer heeft de Stuurgroep Communicatie de activiteiten voor de tweede fase van de voorlichting rond de Wtcg nader uitgewerkt.¹ Het doel is om met verschillende communicatiemiddelen een zo groot mogelijke groep mensen te bereiken. Om de juiste informatie bij de verschillende doelgroepen onder de aandacht te brengen wordt samengewerkt met diverse instanties, waaronder het CAK, het UWV, gemeenten, SZW, het CIZ, ZN, Unie KBO, het Platform VG, de CG-raad en de Belastingdienst. Concreet betekent dit onder andere dat er in de eindejaarscampagne over veranderingen in de zorg in 2010 – net als vorig jaar – aandacht is voor de Wtcg en dat advertenties en advertorials worden geplaatst in huis-aan-huis bladen en vakbladen. Daarnaast zal de brochure «De Wtcg, wat hebt u daarmee?» verschijnen in een populaire versie, in een braille versie en in de vorm van een DVD. Ook zullen er (desgevraagd) presentaties worden gegeven bij doelgroepgerichte bijeenkomsten om de Wtcg uit te leggen en toe te lichten.

Omdat verschillende groepen mensen op verschillende momenten de gevolgen van (onderdelen van) de nieuwe regeling ondervinden is een gefaseerde en doelgroepgerichte communicatie van groot belang.

Wtcg op het internet

De Tweede Kamer heeft tijdens het AO op 23 september jongstleden aandacht gevraagd voor de toegankelijkheid en vindbaarheid van informatie over de Wtcg-terugbetaling en de andere onderdelen van de Wtcg op het internet.

Mede naar aanleiding daarvan is de inrichting van het internetdossier «*Wet terugbetaling chronisch zieken en gehandicapten*» op www.minvws.nl aangepast op het te verwachten zoekgedrag van verschillende doelgroepen.

De »Test terugbetaling chronisch zieken en gehandicapten« is verplaatst naar een prominentere plaats in het dossier.

Ook de «bewegwijzering» is verbeterd met directe links naar relevante andere webpagina's, bijvoorbeeld naar informatie over de korting eigen bijdrage of de mogelijkheden voor fiscale aftrek van specifieke zorgkosten 2009 bij de Belastingdienst.

Het uitgebreide internetdossier is te vinden via www.minvws.nl en www.veranderingenindezorg.nl, maar is voortaan ook te benaderen via www.wtcg.info en www.dewtcg.nl. De nieuwe inrichting van het internetdossier wordt nog bij de doelgroep getest. Voorts zal het internetgebruik het komende jaar regelmatig worden gemonitord en zonodig aangepast om aan de inhoudelijke informatievraag te kunnen voldoen en de vindbaarheid van informatie te vergroten.

Publicatie Standaarddagdoseringen op website

Tijdens het AO op 23 september 2009 heeft de Kamer ook gevraagd of de standaarddagdoseringen geldend voor de werkzame stoffen die bepalend zijn voor de indeling in FKG's op de website zullen worden geplaatst.

Deze standaarddagdoseringen van de voor de FKG's relevante werkzame stoffen en de bijbehorende ATC-codes zullen op korte termijn op de website van het ministerie van VWS worden geplaatst.

Daarmee zijn deze standaarddagdoseringen gemakkelijk voor de burger op te zoeken en hoeft men niet langer op de (Engelstalige) website van de Wereld Gezondheidsorganisatie te zoeken. Deze standaarddagdoseringen zijn zowel van belang in het kader van de Wtcg als voor de regeling Compensatie Eigen Risico (CER).

¹ Kamerstukken II, vergaderjaar 2008–2009, 31 706, nummer 17.

4.2 Brief Per Saldo

Algemeen

Vanwege het vervallen van de fiscale aftrekbaarheid van de eigen bijdragen AWBZ en Wmo is in de Wtcg geregeld dat er vanaf 1 januari 2009 korting wordt gegeven op de eigen bijdrage AWBZ en Wmo. Deze korting verschilt per situatie. Voor de eigen bijdrage extramurale zorg (AWBZ en Wmo) bedraagt de korting 33%. Voor intramurale zorg voor 65-bedraagt de korting 16% als de cliënt of zijn partner jonger is dan 65 jaar. Voor 65-plussers bedraagt de korting 8%.

Het verrekenen van de korting op eigen bijdrage voor de intramurale AWBZ is direct ingegaan op 1 januari 2009. De korting op de eigen bijdrage voor de extramurale AWBZ/Wmo zal vanaf 1 januari 2010 direct met de factuur worden verrekend. In april/mei van 2010 ontvangen de cliënten in één keer de korting over 2009 op hun bankrekening. Voor PGB's in de AWBZ geldt dat de zorgkantoren vanaf 1 juli 2009 de korting direct doorgeven aan de cliënt. Voor PGB's in de Wmo geldt – net als voor de korting op de eigen bijdrage Wmo – dat deze vanaf 1 januari 2010 direct met de factuur wordt verrekend en dat de korting over 2009 in april/mei van 2010 in één keer wordt uitgekeerd.

Aandachtspunten Per Saldo

Tijdens het Algemeen Overleg op 23 september is mij een brief overhandigd van Per Saldo met daarin een drietal aandachtspunten met betrekking tot de eigen bijdrage AWBZ en Wmo in relatie tot de Wtcg en de verantwoording over het PGB. Ik heb tijdens het AO aangegeven op deze aandachtspunten te zullen reageren en heb onderstaande reactie ook met Per Saldo besproken.

Ten eerste vraagt Per Saldo om de korting op de eigen bijdrage bij het PGB-AWBZ voor 2009 zo snel mogelijk door zorgkantoren te laten uitkeren. Per Saldo suggereert in haar brief dat de verrekening is verlaat. Naar aanleiding van dit signaal heeft mijn departement contact opgenomen met het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) dat verantwoordelijk is voor het verstrekken van de premiesubsidies. Dergelijke signalen waren bij het CVZ nog niet bekend. Het CVZ heeft vervolgens contact opgenomen met Per Saldo om te bezien welke zorgkantoren het betreft, zodat dit vraagstuk kan worden opgelost. Inmiddels is gebleken dat er bij een concessiehouder enige achterstand was. Deze is druk doende de achterstand op te lossen.

Het tweede aandachtspunt in de brief van Per Saldo heeft betrekking op een mogelijke onduidelijkheid over het tijdstip waarop gemeenten die bij de Wmo een netto-PGB hanteren hiervoor worden gecompenseerd. Hierover is wat mij betreft geen onduidelijkheid: gemeenten ontvangen, net als alle individuele cliënten, in 2010 de korting over 2009. De planning is dat in april en mei van 2010 in één keer de korting over 2009 wordt teruggestort. Gemeenten die bij de Wmo een netto-PGB hanteren zullen de korting daarna weer doorgeven aan hun cliënten.

Ten slotte stelt Per Saldo dat de mensen met een PGB voor Wmo-huishoudelijke verzorging geen algemene tegemoetkoming ontvangen. Dat is inderdaad nu nog niet het geval, omdat er over 2009 nog geen uniforme landelijke registratie is van gegevens over het PGB voor Wmo-huishoudelijke verzorging.

Zoals in hoofdstuk 3 van deze brief is aangegeven, ben ik voornemens om het Wmo-PGB-HH vanaf 2010 te betrekken bij de bepaling van de tegemoetkoming.

4.3 Relevante ontwikkelingen en Wtcg

Mogelijkheden integratie van CER en Wtcg

De Tweede Kamer heeft tijdens het AO op 23 september jl. de aandacht gevraagd voor de mogelijkheden om de CER en de Wtcg te integreren. Een eventuele integratie van de CER en de tegemoetkoming uit hoofde van de Wtcg heeft ongetwijfeld voordelen, in ieder geval wat betreft de uitvoering en begrijpelijkheid voor de burger. Bij integratie van beide regelingen hoeven de zorgverzekeraars nog slechts voor één regeling gegevens te leveren en hoeft het CAK slechts één regeling uit te voeren. Daarmee worden vergelijkbare werkzaamheden die thans voor twee regelingen moeten worden uitgevoerd, beperkt tot één regeling. Voorts wordt met een regeling voorkomen dat de burger voor de ene regeling vanwege zijn chronische aandoening wel voor compensatie in aanmerking komt, maar niet voor tegemoetkoming via de andere regeling. Een dergelijk verschil is lastig aan burgers uit te leggen.

Daar staat tegenover dat de CER en de tegemoetkoming uit hoofde van de Wtcg verschillende doelstellingen hebben. De CER is bedoeld om verzekeren die vanwege hun chronische aandoening naar verwachting meer jaren achtereen het verplicht eigen risico vol maken, een compensatie te bieden. De CER biedt dus compensatie voor het eigen risico in het kader van de Zvw. Bij de Wtcg gaat het om een tegemoetkoming voor meerkosten in het dagelijks leven die mensen met een chronische ziekte of handicap hebben. De Wtcg-tegemoetkomingen bieden geen compensatie voor kosten die – al dan niet geheel – uit hoofde van de Zvw, AWBZ en/of Wmo worden vergoed, en evenmin voor de uit dien hoofde verschuldigde eigen betalingen.

Daarnaast verschillen de doelgroepen van beide regelingen. De CER richt zich enkel op Zvw-verzekerden van 18 jaar en ouder, terwijl de Wtcg ook betrekking heeft op verzekerden jonger dan 18 jaar. De doelgroep van de Wtcg-tegemoetkomingen is niet enkel een andere dan die van de CER, de doelgroep omvat ook meer personen. Een integratie van de CER en de Wtcg heeft daarmee ook een financiële component.

De minister en ik zullen de gevolgen – waaronder de financiële – die voortvloeien uit deze verschillen in kaart brengen en deze afwegen. De uitkomst van deze afweging zal zo mogelijk worden opgenomen in de reeds eerder toegezegde brief over de verdere ontwikkeling van het verplicht eigen risico. Deze brief zal in het voorjaar van 2010 aan beide Kamers worden gezonden.¹

Ontwikkelingen DOT en de Wtcg

De minister van VWS is voornemens om met ingang van 2011 prestatiebekostiging in te voeren. In het kader van *DBC's op weg naar transparantie* (DOT) wordt de huidige DBC-structuur aangepast, waardoor het totale aantal DBC's zal afnemen. Dit kan ook gevolgen hebben voor de Wtcg, aangezien DBC's de bron zijn voor de bepaling van de (voor de tegemoetkoming relevante) ziekenhuiszorg. In dit kader is het met name van belang welke (diagnose)informatie op de declaratie van de zorgaanbieder naar de verzekeraar komt te staan. Zodra hier meer duidelijkheid over bestaat, zal ik u hierover informeren.

¹ Kamerstukken II, vergaderjaar 2007–2008, 29 689, nr. 194.

Invoering keten-DBC's en de Wtcg

Met ingang van 2010 wordt een start gemaakt met een nieuwe wijze van bekostiging voor chronische zorg. De keten-DBC is een nieuwe manier van bekostigen van chronische zorg, waarbij de integrale zorg voor chronische patiënten niet meer in stukjes per aanbieder wordt bekostigd. Het is de intentie dat met de invoering van keten-DBC's de zorg voor chronische patiënten «patiëntvolgend» wordt gefinancierd.

De vraag doet zich voor of de keten-DBC's voor chronische zorg die met ingang van 2010 worden gedeclareerd, bij de afbakening als criterium zouden kunnen worden betrokken. Deze keten-DBC's hebben immers betrekking op de zorg aan chronische patiënten.

In dit verband is van belang dat, zoals de minister ook met nadruk heeft vermeld, per 2010 niemand verplicht is via de keten-DBC's chronische zorg te leveren. De zorgactiviteiten ten behoeve van deze chronische patiënten kunnen ook gewoon via de bestaande tarieven worden gedeclareerd. Deze situatie duurt in ieder geval nog tot en met 2012.

Bij de verdere ontwikkeling van de keten-DBC's speelt daarnaast de vraag of fysiotherapie dan wel geneesmiddelen die deel uitmaken van een zorgstandaard waarvoor een keten-DBC gaat gelden, via die keten-DBC moeten worden bekostigd of niet. Het antwoord op deze vraag heeft gevolgen voor de registratie en als gevolg daarvan ook voor de manier waarop het recht op een Wtcg tegemoetkoming wordt vastgesteld. Thans is nog niet te zeggen of dit gesignaleerde potentiële probleem zich in de toekomst ook daadwerkelijk gaat voordoen. Dit zal afhangen van de verdere ontwikkeling van de keten-DBC's. Zodra daar meer duidelijkheid over te geven valt, zal ik uw Kamer informeren.

Facturering eigen bijdrage na 30 november 2009

In artikel 25 van de Wtcg is bepaald dat het CAK uiterlijk tot 30 november 2009 de eigen bijdrage over 2008 en eerdere jaren bij cliënten in rekening mag brengen. De reden daarvoor is, dat cliënten die voor deze zorg een factuur ontvangen en uiterlijk op 31 december 2009 betalen, deze kosten als specifieke zorgkosten voor het belastingjaar 2009 mogen af trekken. In 2010 geldt die aftrek niet meer.

Onlangs is gebleken dat er 800 cliënten zijn die AWBZ-zorg met verblijf krijgen, maar vanaf zorgjaar 2007 geen factuur en beschikking hebben ontvangen voor de eigen bijdrage. Dit werd veroorzaakt door een – ongebruikelijke – onvolkomenheid in de programmatuur van het CAK. Het is onhaalbaar gebleken om de relevante gegevens voor het bepalen van de hoogte van de eigen bijdrage (GBA en inkomensgegevens) nog vóór 30 november te achterhalen. Deze groep van 800 cliënten valt daardoor onder de uitvoering van artikel 25 van de Wtcg en zal geen factuur voor de eigen bijdrage over 2008 en eerdere jaren meer ontvangen. Cliënten die alsnog de eigen bijdrage over 2009 opgelegd krijgen, kunnen als te doen gebruikelijk desgewenst een betalingsregeling zonder extra kosten met het CAK afspreken.

Overigens zal het CAK voor meer cliënten de verschuldigde eigen bijdragen over 2008 en eerdere jaren niet meer op tijd kunnen factureren. Oorzaken daarvan zijn bijvoorbeeld het te laat aanleveren van zorggegevens, het niet tijdig ontvangen van inkomensgegevens en het niet kunnen uitvoeren van de GBA-verificatie. Naar verwachting is de omvang van deze groep cliënten beperkt.

Eerste uitbetaling tegemoetkoming arbeidsongeschikten door UWV

Namens de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid kan ik melden

dat het UWV in september de tegemoetkoming heeft uitbetaald aan rechthebbenden met een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Voor een kleine minderheid van deze rechthebbenden is de tegemoetkoming via de werkgever betaald. Het betreft hier een groep werknemers waarvoor de arbeidsongeschiktheidsuitkering in verband met aanvullingen via de werkgever wordt betaald. Aangezien het UWV betalingen maar aan één betaaladres kan verrichten, heeft het ook de tegemoetkoming via de betrokken werkgevers overgemaakt. Om werkgevers van dienst te zijn bij de extra werkzaamheden als gevolg van de doorbetaling aan rechthebbenden heeft het UWV, in overleg met werkgeversorganisaties, enkele ondersteuningsmaatregelen beschikbaar gesteld (waaronder een helpdesk). Hiermee is vertraging in de doorbetaling zoveel als mogelijk beperkt gebleven. Voor het jaar 2010 zal de wijze van uitvoering voor deze groep opnieuw worden bezien.