

Vergaderjaar 2009–2010

**31 706**

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

**Nr. 38**

### **LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 14 april 2010

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup>, heeft een aantal vragen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake afschrift van de brief aan de Eerste Kamer met antwoorden op vragen n.a.v. de voortgangsrapportage Wtgc (2009Z24104).

De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 13 april 2010. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Smeets

De griffier van de commissie,  
Teunissen

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Vlies, B.J. van der (SGP), Kant, A.C. (SP), Ferrier, K.G. (CDA), Ondervoorzitter, Joldersma, F. (CDA), Vries, J.M. de (CDA), Smeets, P.E. (PvdA), Voorzitter, Miltenburg, A. van (VVD), Schippers, E.I. (VVD), Smilde, M.C.A. (CDA), Timmer, A.J. (PvdA), Koşer Kaya, F. (D66), Willemse-van der Ploeg, A.A.M. (CDA), Veen, E. Van der (PvdA), Schermers, J.P. (CDA), Gerven, H.P.J. Van (SP), Wolbert, A.G. (PvdA), Zijlstra, H. (VVD), Ouweland, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Sap, J.C.M. (GL), Roos-Consensulder, B. De (SP) en Harbers, M.G.J. (VVD).

Plv. leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Velzen, K. van (SP), Atsma, J.J. (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout, J.D.M.P. (CDA), Ormel, H.J. (CDA), Dijken, M.J. van (PvdA), Verdonk, M.C.F. (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink, I. (VVD), Vietsch, C.A. (CDA), Arib, K. (PvdA), Ham, B. van der (D66), Uitslag, A.S. (CDA), Yücel, K. (PvdA), Omtzigt, P.H. (CDA), Langkamp, M.C. (SP), Vermeij, R. (PvdA), Krom, P. de (VVD), Thieme, M.L. (PvdD), Mos, R. De (PVV), Luijben, A.P.M. (SP), Heerts, A.J.M. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Halsema, F. (GL), Wit, J.M.A.M. de (SP) en Neppéus, H. (VVD).

## Vragen over Bureau's Jeugdzorg (BJZs)

1, 14 en 41

*Waarom bestaat er nog steeds geen landelijke registratie van AWBZ-indicaties voor BJZ-cliënten? Wat zijn de financiële gevolgen voor deze cliënten?*

*Wat is de reden dat het proces nog niet afgerond is? Door wie en op welke wijze wordt een uniform bestand samengesteld?*

*Om welke reden is het de minister voor Jeugd en Gezin, de MOgroep Jeugdzorg en het IPO niet gelukt om indicaties te betrekken bij de tegemoetkoming? Is er een probleem met de uniformiteit van de indicaties?*

De indicatiestelling AWBZ door de BJZs is niet gebaseerd op de AWBZ. De bevoegdheid terzake van de BJZs is vastgelegd in de Wet op de jeugdzorg.

In het verlengde hiervan is niet wettelijk geregeld dat BJZs de beleidsregels indicatiestelling toepassen. Daar komt bij dat het beleid ten aanzien van de BJZs is gedecentraliseerd naar de provincies, die daarbij de vrijheid hebben al dan niet eisen te stellen aan de wijze waarop de BJZs gegevens vastleggen. Dit heeft tot gevolg dat er bij de BJZs sprake is van onderlinge verschillen op dit vlak.

Het voorgaande heeft voorts als consequentie dat het tot nu toe ontbreekt aan een landelijke registratie van AWBZ-indicaties voor BJZ-cliënten. Daarom kunnen de AWBZ-indicaties die voor 2009 zijn afgegeven door BJZs niet worden betrokken bij de bepaling van het recht op een tegemoetkoming voor het jaar 2009.

Overigens zijn het CIZ en MOgroep Jeugdzorg met financiële steun van mijn ministerie bezig om de digitale aanmeldfunctionaliteit van het CIZ geschikt te maken voor introductie bij de BJZs. Op grond van de planning zoals vastgelegd in het gezamenlijk projectplan van het CIZ en MOgroep Jeugdzorg «Zicht op ieder kind – koppeling IJ en AF voor uniforme indicatiestelling AWBZ jeugdzorg», zal bedoelde koppeling dit voorjaar bij de nieuwe release van IJ plaatsvinden. De bedoeling is dat medio 2010 alle BJZs met de digitale aanmeldfunctionaliteit werken. Als dit is gerealiseerd worden de gegevens van de BJZs uitgewisseld via de AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR) en komt landelijke beleidsinformatie beschikbaar. Vooruitlopend op de automatische koppeling zullen de indicaties geldend vanaf 1 januari 2010 moeten worden gecontroleerd en zondig worden aangevuld. De AWBZ-indicaties die zijn afgegeven door BJZs kunnen zo vanaf het tegemoetkomingsjaar 2010 (uit te betalen eind 2011) worden betrokken bij het bepalen van de tegemoetkoming.

Evenals de minister van Jeugd en Gezin hecht ik aan het betrekken van BJZ-cliënten met een AWBZ-indicatie bij de Wtcg. Bij de wettelijke verankering van de voorstellen ter verbetering van de afbakening van de doelgroep van de Wtcg zal ik de BJZs toevoegen als indicatie-orgaan voor AWBZ-indicaties.

## Vragen over berekeningen Taskforce

2 en 3

*De voorstellen van de Taskforce verbeteringen afbakening Wtcg leiden ertoe dat op termijn 159.000 mensen extra een tegemoetkoming krijgen. Het totale bereik van de regeling komt met een herberekening van Vektis op ongeveer twee miljoen mensen. Wat is de reactie van de staatssecretaris op de mening van de CG-Raad dat de 50 miljoen euro die is gereserveerd voor de verbetering van de afbakening ook daadwerkelijk een uitbreiding van de groep moet opleveren? Het is de vraag of de herberekening van Vektis hieronder valt.*

*Is de staatssecretaris bereid de 19,4 miljoen euro die nu wordt aangewend voor de herberekening van Vektis daadwerkelijk te investeren in de verbetering van de afbakening? Zo nee, waarom niet en zo ja, is het dan mogelijk om voor meer criteria een terugwerkende kracht te laten gelden en in ieder geval in 2010 een oplossing te vinden voor de groepen die nu reeds worden genoemd voor de specifieke faciliteit?*

Tijdens de parlementaire behandeling is voor de afbakening van de tegemoetkoming steeds uitgegaan van op dat moment (eind 2008) bestaande landelijke uniforme registraties over zorggebruik. Tegelijkertijd is voor het verbeteren van de afbakening 50 miljoen euro beschikbaar gesteld en is de Taskforce verbetering afbakening Wtcg ingesteld om hierover te adviseren. Het advies van de Task Force tot verbetering van de afbakening heeft ertoe geleid dat op grond van de meerkosten in totaal 398.000 personen in aanmerking komen voor een tegemoetkoming. Inclusief de herberekening van Vektis bedraagt het aantal mensen dat een tegemoetkoming zal ontvangen 442.000 personen. Als gevolg van de uitbreiding neemt het budget voor de tegemoetkoming met 195 miljoen euro toe.

De Taskforce stelt de volgende verbeteringen voor:

1. Gebruik te maken van gegevens op het niveau van diagnosebehandel-combinaties (DBC's) en actieve bestanddelen van geneesmiddelen (ATC's) – in plaats van DKG's en FKG's – en deze gegevens te clusteren in «chronische groepen» om vervolgens deze chronische groepen op een gewogen manier te kunnen betrekken bij de bepaling van de hoogte van de tegemoetkoming. De afbakening van de beoogde doelgroep van de Wtcg is hierdoor nauwkeuriger. Het aantal tegemoetkomingen neemt hierdoor toe met 205.000.
2. Als gevolg van het gebruik van «chronische groepen» krijgen 85 000 personen in plaats van een lage tegemoetkoming een hoge tegemoetkoming.
3. Rolstoelen die worden verstrekt in het kader van de Wmo te betrekken bij de afbakening. Als gevolg van het toevoegen van rolstoelgebruik als afbakeningscriterium zal het aantal personen dat recht heeft op een tegemoetkoming stijgen met 28 000.
4. Het persoonsgebonden budget voor huishoudelijke verzorging in het kader van de Wmo te betrekken. Als gevolg hiervan zal het aantal personen dat recht heeft op een tegemoetkoming stijgen met 5000.
5. De indicaties voor AWBZ-zorg afgegeven door de BJZs te betrekken bij de afbakening. Het aantal rechthebbenden stijgt hierdoor met 32 000.
6. AWBZ indicaties in uren en dagdelen volgtijdelijk op te tellen. Als gevolg van het optellen van uren en dagdelen zullen 3000 personen extra een tegemoetkoming ontvangen.
7. Het meerjarige hulpmiddelengebruik mee te nemen waardoor 101 000 personen extra een tegemoetkoming zullen ontvangen.
8. Nog nader onderzoek te verrichten naar een mogelijkheid om de groep die mogelijk nog ten onrechte buiten de afbakeningscriteria valt, alsnog een tegemoetkoming te verlenen middels een specifieke faciliteit. Voor deze groep is ruim 5 miljoen euro gereserveerd wat gelijk staat aan 24.000 personen met een lage tegemoetkoming.
9. In de oorspronkelijke Vektis-berekeningen zat een onvolkomenheid waardoor 44 000 personen ten onrechte geen tegemoetkoming kregen. Het rechtzetten van deze onvolkomenheid kost 19 miljoen euro en is binnen de ruimte van 50 miljoen euro gevonden.

Vervolgens heeft de Taskforce op basis van de bevindingen van de geraadpleegde medische experts gesteld 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 met meerkosten of waarbij de ernst en de beperkingen zodanig uiteenlopen dat het niet opportuun is deze als chronische aandoeningen te classificeren. Dit heeft ertoe geleid dat 470 000 personen niet langer op grond van de criteria in de Wtcg als chronisch ziek worden gezien. Van deze 470 000 personen kregen 283 000 personen een tegemoet-koming, waardoor een besparing ontstaat van 126 miljoen euro.

De Taskforce stelt de volgende versoeringen voor:

10. Gebruik te maken van «chronische groepen» waardoor de afbakening van de beoogde doelgroep van de Wtcg nauwkeuriger wordt. Het aantal tegemoetkomingen neemt hierdoor af met 215 000.
11. Gebruik van de chronische groepen leidt ertoe dat 111 000 personen een lage tegemoetkoming ontvangen in plaats van een hoge tegemoetkoming.
12. Ten onrechte is in eerdere berekeningen geen rekening gehouden met het feit dat onverzekerden geen recht op een tegemoetkoming hebben. Hierdoor krijgen 23 000 personen geen tegemoetkoming waardoor de kosten dalen met 6 miljoen euro.
13. De jaarvoorwaarde betekent dat het recht op een tegemoetkoming alleen ontstaat als iemand gedurende het gehele kalenderjaar in leven is. Als gevolg van deze voorwaarde komen 90 000 personen minder in aanmerking voor een tegemoetkoming en wordt 23 miljoen euro bespaard.

De hierna volgende tabel laat het totaalbeeld zien, waarbij het saldo van de gewijzigde Zvw-afbakening (1+2+10+11) en de overige verbetervoorstellen (3 t/m 7) optelt tot het cijfer van 159 000 dat is genoemd in de voortgangsrapportage. Tegelijkertijd kan worden geconcludeerd dat het aantal mensen dat met ingang van tegemoetkomingsjaar 2010 een tegemoetkoming zal ontvangen aanzienlijk hoger is, namelijk (inclusief de specifieke faciliteit en de herberekening) 442.000 mensen<sup>1</sup>.

**Tabel 1. Taskforce voorstellen**

	Laag	Hoog	Totaal	budget
	Aantal personen x 1000			mIn
<i>A. Verbeteringen</i>				
1. CDG instroom	202	3	205	94
2. CDG verschuiving	- 85	85	0	17
3. Rolstoel	- 14	42	28	15
4. WMO PGB	- 18	22	5	6
5. AWBZ BJZ	27	5	32	11
6. ABWZ uren+dagdelen	- 2	4	3	1
7. Meerjarige hulpmiddelen	81	20	101	28
8. Specifieke faciliteit	24	0	24	5
<b>Subtotaal verbeteringen</b>	<b>215</b>	<b>181</b>	<b>398</b>	<b>176</b>
<i>B. Herberekening</i>				
9. Herberekening Vektis	3	41	44	19
<b>Subtotaal (A + B)</b>	<b>218</b>	<b>222</b>	<b>442</b>	<b>195</b>
<i>B. Versoeringen</i>				
10. CDG uitstroom	- 211	- 4	- 215	- 94
11. CDG verschuiving	111	- 111	0	- 22
12. Onverzekerden	- 17	- 6	- 23	- 6
13. Jaarvoorwaarden	- 55	- 34	- 90	- 23
<b>Subtotaal versoeringen</b>	<b>- 172</b>	<b>- 155</b>	<b>- 328</b>	<b>- 145</b>
<b>Totaal (A+B+C)</b>	<b>46</b>	<b>67</b>	<b>114</b>	<b>50</b>

<sup>1</sup> In tabel 1 is het aantal mensen dat in 2010 als gevolg van de verbetervoorstellen van de Taskforce over 2010 een tegemoetkoming zal ontvangen nader gepreciseerd. Deze precisering was mogelijk door een uitsplitsing van het saldo van het aantal mensen dat door de aanpassing van het afbakingscriterium «Zvw-zorggebruik» niet langer in aanmerking komt voor een tegemoetkoming (- 10 000) te splitsen in «verbeteringen» en «versoeringen».

## Vragen over hulpmiddelen

4 en 5

*Kan een reactie worden gegeven op het vermoeden van de CG raad dat met name de groep mensen met een hulpmiddel ondervertegenwoordigd is in de afbakening?*

*Ook met de verbetervoorstellen is het de vraag of iedereen met een hulpmiddel die meerkosten maakt ook daadwerkelijk een tegemoetkoming krijgt. Kan een overzicht worden gegeven van het totaal aantal mensen dat per criterium wordt gevonden en in welk jaar de uitkering hiervan plaatsvindt?*

Het hebben van alleen een hulpmiddel betekent niet automatisch het ondervinden van beperkingen of het hebben van meerkosten<sup>1</sup>. In de afbakening van de Wtcg is daarom bepaald dat een hulpmiddel in combinatie met ander Zvw-gebruik leidt tot een tegemoetkoming. De Taskforce heeft geadviseerd om het ontvangen of repareren van een hulpmiddel meerjarig mee te nemen bij de bepaling van het recht op een tegemoetkoming. Hierdoor ontvangen stapsgewijs uiteindelijk 101.000 extra personen met een hulpmiddel een tegemoetkoming.

Dat laat onverlet dat voor de groep personen met een ernstige visuele en/of auditieve handicap die verder geen gebruik maakt van geneeskundige zorg daaromtrent en eveneens geen aanspraak maakt op AWBZ-zorg en/of Wmo-zorg niet in aanmerking komen voor een tegemoetkoming. Zij zijn mogelijk ondervertegenwoordigd in de afbakening en er zijn geen gegevens over deze specifieke hulpmiddelen voorhanden. In de 2<sup>e</sup>-Wtcg-voortgangsrapportage was een onderzoek aangekondigd naar de specifieke faciliteit waarbij zal ook aandacht zou zijn voor groep personen met een ernstige visuele en/of auditieve handicap. Gelet op de huidige budgettaire situatie beraadt het kabinet zich op de specifieke faciliteit en terugwerkende kracht voor een deel van de verbetervoorstellen. Ik zal u laten weten wat de uitkomst daarvan betekent voor de specifieke faciliteit en de terugwerkende kracht zodra uw Kamer over de voorjaarsbesluitvorming wordt geïnformeerd.

Een overzicht van het totaal aantal personen dat per criterium wordt gevonden en in welk jaar de uitkering plaatsvindt kan niet worden gegeven. Vektis en het CIZ geven vanuit privacy-overwegingen immers geen zorggebruik door, maar alleen of er een recht is op een hoge of lage tegemoetkoming. Er is derhalve bij het CAK niet bekend welk zorggebruik hieraan ten grondslag ligt.

## Vragen over Wmo-rolstoelen en Wmo-PGB-HV

6 t/m 10 en 13

*Vindt de staatsecretaris het wenselijk als er een onderscheid wordt gemaakt in type rolstoel? Zo ja, welk onderscheid moet dat zijn?*

*Zijn bij de voorstellen ook de administratieve lasten voor gemeenten en burgers gemeten? Zo ja, is er sprake van toename of afname en in welke mate?*

*Welke redenen liggen ten grondslag aan het feit dat er geen nader onderscheid gemaakt mag worden tussen de typen rolstoelen ten behoeve van de uniforme registratie van rolstoelen?*

*Wat is de stand van zaken met betrekking tot de start van een uniforme registratie van de rolstoelen bij gemeenten?*

*Welke criteria worden door de gemeenten vastgesteld teneinde onderscheid te maken tussen de verschillende typen rolstoelen?*

*Waarom is het onderscheid in typen rolstoelen precies van belang?*

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2007–2008, 29 689, nr. 212

In de eerste Wtcg-voortgangsrapportage is aangegeven dat nog zou worden onderzocht of er een onderscheid te maken was tussen meerkosten bij gebruikers van verschillende typen rolstoelen. Het is immers denkbaar dat hierin relevante verschillen bestaan tussen personen die een rolstoel gebruiken voor een dagje uit in vergelijking met personen die voor hun algehele mobiliteit afhankelijk zijn van een rolstoel. De Taskforce heeft geadviseerd om geen onderscheid te maken in het type rolstoel. Het advies van de Taskforce is overgenomen. Een rolstoel is een individueel product dat aan de wensen van de klant moet worden aangepast. De meeste gemeenten maken ten behoeve van hun eigen administratie ook geen onderscheid tussen de verschillende typen rolstoel. Daar waar gemeenten dit wel doen, is het onderscheid niet eensluidend. Een onderscheid in verschillende typen rolstoel is dus moeilijk aan te geven en zou tot extra uitvoeringskosten bij de gemeenten leiden.

De gegevens die gemeenten nu vastleggen over de rolstoel zijn voldoende voor de Wtcg. Het bijhouden en doorgeven van deze gegevens ten behoeve van de Wtcg vraagt daarom minimale extra inzet van gemeenten. In een plan van aanpak zijn afspraken gemaakt met de VNG over welke gegevens op welke manier zullen worden doorgegeven aan het CAK. In het plan van aanpak is tevens geregeld dat de gemeenten in de loop van 2010 beginnen met het aanleveren van hun gegevens. Alle gegevens zijn dan voor juni 2011 beschikbaar bij het CAK en kunnen worden meegenomen bij het vaststellen van het recht op een tegemoetkoming over 2010, welke zal worden uitbetaald in november 2011.

11 en 12

*Wat zullen de financiële gevolgen zijn voor mensen die in 2009 PGB-HV hebben ontvangen?*

*Wat is de huidige stand van zaken met betrekking tot de start van een uniforme registratie van gegevens over Wmo-PGB-HV bij gemeenten?*

Op grond van de huidige afbakeningscriteria komen mensen op grond van een PGB-huishoudelijke verzorging niet in aanmerking voor een tegemoetkoming. In de afbakeningscriteria voor 2010 uit te keren november 2011 hebben deze mensen wel recht op een tegemoetkoming. Een 65-plusser heeft dan – afhankelijk van de omvang van het zorggebruik – recht op € 150 of € 350. Voor een 65-minner is dit € 300 of € 00.

Ook voor het Wmo-PGB-HV geldt dat de gegevens die gemeenten nu vastleggen voldoende zijn voor de Wtcg. In een plan van aanpak zijn afspraken gemaakt met de VNG over welke gegevens op welke manier zullen worden doorgegeven aan het CAK. Evenals voor de rolstoelen is in het plan van aanpak is tevens geregeld dat de gemeenten in de loop van 2010 beginnen met het aanleveren van hun gegevens. Alle gegevens zijn dan voor juni 2011 beschikbaar bij het CAK en kunnen worden meegenomen bij het vaststellen van het recht op een tegemoetkoming over 2010, welke zal worden uitbetaald in november 2011.

## **Mantelzorg**

15

*Welke alternatieven worden door de Stuurgroep Implementatie Wtcg geboden met betrekking tot de tegemoetkoming voor mantelzorg?*

De Stuurgroep heeft negatief geadviseerd over het opnemen van mantelzorg als afbakeningscriterium in de Wtcg. De bezwaren hieromtrent zijn zowel van uitvoeringstechnische als principiële aard. Het is namelijk zo dat het aantal uren mantelzorg niet objectief wordt vastgesteld door het CIZ. De registratie voor het mantelzorgcompliment biedt ook geen oplossing, omdat met ingang van 1 augustus 2009 alleen als voorwaarde

geldt, dat er sprake moet zijn van een AWBZ-indicatie langer dan 12 maanden, waardoor niet duidelijk is of iemand daadwerkelijk mantelzorg *ontvangt*. Dit leidt tot de conclusie dat het niet mogelijk is om mantelzorg als afbakeningscriterium te hanteren. De Stuurgroep heeft geen alternatief voor mantelzorg kunnen aangeven. Ik wil dus ook niet de verwachting wekken dat dit in de toekomst wel zou kunnen.

## **Revalidatiezorg**

16

*Hoeveel mensen krijgen jaarlijks revalidatiezorg in algemene ziekenhuizen? Wat is de gemiddelde duur van revalidatiezorg?*

In Nederland zijn 24 revalidatiecentra die medisch-specialistische zorg verlenen. Daarnaast zijn er 86 algemene ziekenhuizen en 6 academische ziekenhuizen die revalidatiezorg aanbieden. Van deze ziekenhuizen heeft 55 een samenwerkings-verband met een gespecialiseerd revalidatiecentrum. De gespecialiseerde revalidatiecentra zijn verantwoordelijk voor ongeveer 90% van de totaal geleverde revalidatiezorg; de overige 10% wordt geleverd in de 94 algemene en academische ziekenhuizen<sup>1</sup>. In de gespecialiseerde revalidatiecentra is in 2008 aan bijna 69.000 patiënten zorg verleend. De gemiddelde duur van een klinische revalidatiebehandeling bedraagt voor volwassenen 66 dagen en voor kinderen 76 dagen<sup>2</sup>. Voor de algemene en academische ziekenhuizen is er op dit moment onvoldoende informatie beschikbaar om specifieke uitspraken te kunnen doen over de patiëntenaantallen en de gemiddelde behandelduur. Dit hangt samen met het feit dat de DBC's voor revalidatie in algemene ziekenhuizen pas sinds 2009 in gebruik zijn. Aangezien het veelal om langlopende DBC's gaat, zijn hier nog weinig gegevens over beschikbaar. De Stuurgroep heeft Vektis gevraagd om nader onderzoek te doen naar de bruikbaarheid van DBC's revalidatie in algemene ziekenhuizen en komt hier op terug als de resultaten van dit onderzoek beschikbaar zijn. Daarna wordt u geïnformeerd over het eventueel betrekken van revalidatie in algemene ziekenhuizen in de afbakening van de Wtcg.

## **Terugwerkende kracht**

17 t/m 19

*Kan een overzicht worden gegeven welke afbakeningscriteria worden gezien om met terugwerkende kracht te laten gelden?*

*Welke uitvoeringsrisico's voorziet de Stuurgroep voor de groepen waarvan de uniforme gegevens over 2009 niet beschikbaar zijn?*

*Op welke wijze beoogt de Stuurgroep de ketenpartners en Centraal Administratie Kantoor (CAK) te ontzien bij het toepassen van de terugwerkende kracht? Voor wie is de taak weggelegd om communicatie hierover helder en duidelijk te laten verlopen? Wanneer wordt de keuze gemaakt welke afbakeningscriteria wel of niet worden toegepast?*

Het voorstel is om de verbeteringen waar het gaat om de DBC's en geneesmiddelen die aan de afbakening zijn toegevoegd of zijn verbeterd én het optellen van uren en dagdelen bij AWBZ-indicaties met terugwerkende kracht vanaf 2009 te laten ingaan. Deze gegevens zijn al door zorgverzekeraars en het ClZ vastgelegd en worden op advies van de Taskforce op een betere manier gecombineerd. Tijdens de voorjaarsbesluitvorming beslist het kabinet over de terugwerkende kracht voor deze verbetervoorstellen. Ik zal u laten weten wat de uitkomst daarvan betekent voor terugwerkende kracht zodra uw Kamer over de voorjaarsbesluitvorming wordt geïnformeerd.

<sup>1</sup> Verhouding op basis van de aantallen gedeclareerde revalidatie-behandeluren, RBU's.

<sup>2</sup> Gegevens afkomstig uit het Brancherapport Revalidatie 2008, dat in december 2009 is gepubliceerd door Revalidatie Nederland.

De Stuurgroep voorziet bij het toepassen van terugwerkende kracht voor de groepen waarvan de uniforme gegevens over 2009 niet beschikbaar zijn als groot uitvoeringsrisico dat er veel fouten worden gemaakt bij de bepaling van de tegemoetkoming. Vanwege de onvolkomen gegevens zullen er personen zijn die ten onrechte geen tegemoetkoming krijgen en wellicht ook vice versa. Deze mensen zullen zich melden bij de front-office van het CAK en een aanvraag indienen voor een tegemoetkoming. Deze aanvraag kan vervolgens niet goed worden geverifieerd bij de achterliggende nieuwe ketenpartner; die basisgegevens leveren immers mogelijk een verkeerde gevolgtrekking. De nieuwe ketenpartners zullen via het secundaire proces de gegevens over 2009 moeten uniformeren en aanvullen. De Stuurgroep heeft grote twijfels bij de haalbaarheid hiervan en vreest dat het secundaire proces volledig vast zal lopen. Daarom adviseert de Stuurgroep om alleen terugwerkende kracht toe te passen voor de verbetervoorstellen waarvoor al uniforme landelijke gegevens beschikbaar zijn (d.w.z. de Zvw-gegevens en de AWBZ-indicatiegegevens die worden vastgelegd bij het CIZ) en die louter anders worden geselecteerd en gecombineerd.

In zijn algemeenheid is vanaf het begin van de Wtcg direct gesteld dat communicatie en informatie belangrijke aspecten zijn. Het afschaffen van de fiscale aftrek voor buitengewone uitgaven wordt immers in de Wtcg gecompenseerd door een flink aantal maatregelen, waar de algemene tegemoetkoming er één van is. Het belang van goede communicatie geldt evenzeer voor de veranderingen in de afbakening vanaf 2010 en eventuele toepassing van terugwerkende kracht voor onderdelen van deze veranderingen.

Het kabinet is zich er van bewust dat het voor mensen verwarrend kan zijn als zij bij het eerste uitkeringsmoment (november 2010) bericht hebben gekregen dat zij een tegemoetkoming ontvangen, maar het jaar daarop niet meer in aanmerking komen. Er kunnen echter verschillende redenen zijn die verklaren waarom mensen het ene jaar wel en het volgende jaar niet in aanmerking komen voor een Wtcg tegemoetkoming.

In de eerste plaats kunnen fluctuaties in zorg- en geneesmiddelengebruik ertoe leiden dat een cliënt in het jaar  $t$  wel aan de criteria voor een tegemoetkoming voldoet, maar in het jaar  $t+1$  niet. Dit vloeit voort uit de keuze om de aanspraak op een tegemoetkoming jaarlijks vast te stellen op grond van landelijk beschikbare gegevens over het zorg- en geneesmiddelengebruik, en staat los van wijzigingen in de afbakeningscriteria van de Wtcg.

In de algemene communicatie wordt nu al duidelijk naar voren gebracht op grond van welke gegevens het recht op een tegemoetkoming in een specifiek jaar wordt vastgesteld. Dit om duidelijk te maken dat de aanspraak die men heeft in 2009 niet automatisch ook van toepassing is op 2010 en volgende jaren. De Wtcg-test is bedoeld om individuen een indicatie te geven of zij al dan niet – op basis van het zorggebruik dat zij invullen – recht hebben op een tegemoetkoming.

Een tweede mogelijkheid is – zoals nu het geval is met het doorvoeren van de afbakeningsvoorstellen van de Taskforce – dat de criteria voor het vaststellen van het recht op een tegemoetkoming worden gewijzigd. Als gevolg van een nadere precisering van de criteria kan het dan voorkomen dat een cliënt in het jaar  $t$  een tegemoetkoming ontvangt, maar in het jaar  $t+1$  niet meer in aanmerking komt, terwijl het zorg- en geneesmiddelengebruik niet is veranderd.

In de algemene communicatie over de Wtcg – die VWS voor zijn rekening neemt – zal het komende jaar aandacht worden besteed aan de veranderingen in de afbakeningscriteria van de Wtcg en de mogelijke consequenties die dit zal hebben voor iemands recht op een tegemoetkoming. Ook de Wtcg-test zal op de wijzigingen worden aangepast.



## **Secundaire proces**

20, 21, 23, 25, 35 en 58

*Op welke wijze wordt het amendement Omtzigt (31 706, nr. 30) uitgevoerd in 2010 totdat de portal gereed is?*

*Kan een beschrijving worden gegeven van het secundaire proces in geval van bezwaar?*

*Zal bij het bouwen van deze portal rekening worden gehouden met de webrichtlijnen? Wordt deze ook voorzien van de benodigde pictogrammen voor mensen met een functiebeperking?*

*Welke belemmeringen zijn er nog voor het gebruik van DigiD met betrekking tot de secundaire informatiestroom, gezien de problemen bij het stroomlijnen van de indicatieprocessen zorg en sociale zekerheid met digiD?*

*Op welk termijn zal de portal tussen CAK en de achterliggende ketenpartners om verdere vertraging te voorkomen bij de afwikkeling van bijvoorbeeld aanvraag klaar zijn?*

*Zal de werking van het portal tussen CAK en ketenpartners getest worden met mensen uit de doelgroep?*

Tussen het CAK en de ketenpartners wordt een portal ingericht voor de secundaire procesgang. Dit portal heeft als doel om informatieverzoeken, aanvragen of bezwaren van cliënten binnen het CAK en de keten op een snelle en efficiënte manier af te handelen en zo invulling te geven aan het amendement Omtzigt. Het functioneel ontwerp, dat beschrijft aan welke systeemtechnische eisen het portal dient te voldoen, is begin december 2009 afgerond. Hierna is het CAK gestart met de feitelijke ontwikkeling van het portal. Uiterlijk 1 november 2010 zal het portal gereed zijn om informatieverzoeken, aanvragen of bezwaren in behandeling te nemen. Vóór die tijd kan het amendement niet worden uitgevoerd. De eerste Wtcg-beschikkingen worden immers vanaf november 2010 verzonden en de uitkering van de algemene tegemoetkoming zal aansluitend aan het versturen van de beschikking plaatsvinden. Vanaf dat moment dient het voor cliënten mogelijk te zijn om via het portal vragen te stellen of bezwaarschriften in te dienen. Mensen die in november geen beschikking hebben ontvangen en menen dat dit ten onrechte is, kunnen vanaf november 2010 een aanvraag indienen via het portal. Volgens de hierboven geschetste planning is het portal ruimschoots op tijd klaar zijn om aanvragen, informatieverzoeken en bezwaren langs deze weg af te handelen.

De gang van zaken in het secundaire proces in geval van bezwaar is als volgt.

Een cliënt kan schriftelijk bezwaar aantekenen tegen een beschikking. Op het standaardformulier waarmee de cliënt dit kan doen, wordt expliciet gevraagd naar toestemming tot inzage van de gegevens over het zorggebruik van deze cliënt. Indien het CAK op basis van de meegestuurde informatie of aangeleverde informatie van ketenpartners (primaire proces) het bezwaar zelf inhoudelijk kan behandelen, zal zij dit zelf doen. Indien hiervoor de expertise of informatie van een van de ketenpartners noodzakelijk is, zal het CAK dit via het portal uitzetten bij de betreffende ketenpartner. Op basis van het advies van de betreffende ketenpartner zal het CAK het bezwaar afhandelen. Binnen de bezwaarprocedure wordt via de inzet van een onafhankelijke adviescommissie uitvoering gegeven aan de motie Klein Breteler.

Ook cliënten zullen via het gebruik van DigiD gebruik kunnen maken van online dienstverlening via het portal. Via een beveiligde webpagina kunnen cliënten bijvoorbeeld informatieverzoeken, aanvragen of bezwaren indienen. Voor het toepassen van DigiD zijn geen belemmeringen, omdat er tussen de ketenpartners inmiddels afspraken zijn

gemaakt over het gebruik en de implementatie hiervan in de keten. Er is geen relatie tussen het in vraag 25 genoemde project en de implementatie van DigiD voor de Wtcg. De doelstelling en afbakening van de DigiD-implementatie binnen het portal zijn helder. Tevens is er een planning, waarvan ook de ketenpartijen hebben aangegeven dat deze realistisch en haalbaar is.

Om de toegankelijkheid van het portal ook voor blinden en slechtzienden te borgen, zal zoveel als mogelijk rekening worden gehouden met de richtlijnen die gelden voor overheidswebsites. In de eisen die aan het portal gesteld zijn, is opgenomen dat het portal moet voldoen aan de richtlijnen op [www.drempelvrij.nl](http://www.drempelvrij.nl).

De werking van het portal zal in de testfase ook door de cliënten-panelen van het CAK worden getest.

### **(Her)indicatie AWBZ**

22

*Welke gevolgen ontstaan door de herindicatie door het CIZ?*

Met ingang van 1 januari 2009 is de aanspraak op ondersteunende en activerende begeleiding komen te vervallen. Er is een nieuwe functie begeleiding waarvoor andere toegangscriteria en normen gelden. Ook de grondslag psychosociaal is komen te vervallen voor AWBZ-zorg. Hierdoor zal een aantal cliënten geen recht meer hebben op een AWBZ-indicatie en een aantal cliënten zal een indicatie krijgen voor minder uren of dagdelen dan voorheen. Hierdoor zal dus een groep cliënten niet meer voldoen aan dit AWBZ-criterium voor een tegemoetkoming of op basis van de AWBZ-indicatie in aanmerking komen voor een lagere tegemoetkoming dan voorheen (omdat niet meer aan de 10 uur grens wordt voldaan).

Voor het jaar 2009 is er sprake van overgangsrecht en een gewenningsregeling voor de nog lopende indicaties; deze AWBZ-indicaties worden dan ook nog meegenomen. Na het vervallen van het overgangsrecht of de gewenningsregeling zal de cliënt dus niet meer voldoen aan dit criterium voor een tegemoetkoming.

24

*Hoe wordt er in de voorlichting precies aandacht besteed aan de groep van (naar schatting) 5500 mensen die door een Regionale Indicatie Orgaan (RIO) een indicatie hebben gekregen?*

Zoals aangegeven in de voortgangsrapportage is de verwachting dat dit ongeveer 5500 indicaties betreft. Deze mensen kunnen zich melden bij het CAK. In de voorlichting zal deze doelgroep benaderd worden op diverse manieren:

de algemene online informatie op [www.wtcg.info](http://www.wtcg.info) (inclusief banners),  
de algemene inzet van posters, folders, advertorials en DVD,  
een gerichte mailing naar AWBZ instellingen,  
het ter beschikking stellen van de ontwikkelde materialen aan de ketenpartijen en koepelorganisaties.

## **Monitoring door Stuurgroep**

26

*Met welke frequentie zal de Stuurgroep het implementatietraject monitoren en worden de uitkomsten van de monitor verstrekt aan de Kamer?*

Het verloop van de algehele planning voor de implementatie van de Wtcg wordt maandelijks in de Stuurgroep gemonitord en besproken. Iedere ketenpartner afzonderlijk rapporteert ook maandelijks over de voortgang. In een halfjaarlijkse Wtcg-voortgangsrapportage wordt de Kamer geïnformeerd over de stand van zaken bij de voorbereidingen en of deze conform planning verlopen. In de volgende voortgangsrapportage (medio 2010) zult u weer worden geïnformeerd over de afronding van de tweede fase van het implementatietraject (oplevering en testen van systemen en koppelingen) en het verloop van de derde fase (klaarmaken voor uitvoering).

## **(Macro-)financiën van de nieuwe afbakening**

27 en 43

*Heeft de nieuwe afbakening van de groep chronisch zieken ook gevolgen voor de macrofinanciële kant van de tegemoetkoming?*

*De financiële mutaties worden weergegeven in de brief, wat is het geraamde totaalbedrag van de regeling?*

De voorstellen van de Taskforce passen binnen het gereserveerde bedrag en hebben derhalve geen gevolgen voor de macrofinanciële kant van de tegemoetkoming. In de begroting van VWS<sup>1</sup> is het budgettaire beslag voor de Wtcg in 2010 geraamd op 500 miljoen euro. Dit is inclusief de 50 miljoen euro die beschikbaar is voor de verbetering van de afbakening.

## **Nieuwe afbakening en risicoverevening**

28

*Hoe verhoudt zich deze afbakening ten opzichte van de afbakening die gemaakt is voor de risicoverevening van de Zorgverzekeringswet? Wordt deze op termijn ook aangepast als gevolg van deze nieuwe afbakening?*

De Wtcg-tegemoetkoming heeft tot doel om compensatie te bieden aan mensen die vanwege hun chronische aandoening of handicap meerkosten hebben. Meerkosten zijn kosten die samenhangen met de gezondheidsproblemen waar deze mensen mee kampen. Het gaat bijvoorbeeld om hogere stookkosten, vervoerskosten en extra kosten voor kleding en beddengoed. De Wtcg-tegemoetkoming is niet bedoeld als compensatie voor kosten die geheel of deels op grond van de Zvw, AWBZ of Wmo worden vergoed en evenmin voor de in die kaders geldende eigen betalingen.

De risicoverevening in de Zvw heeft een geheel ander doel dan de Wtcg-tegemoetkoming. Bij de risicoverevening gaat het erom de kostenverschillen die zorgverzekeraars hebben als gevolg van gezondheidsverschillen in hun verzekerdenportefeuille zo goed mogelijk weg te nemen (i.e. te verevenen). Anders dan bij de Wtcg-tegemoetkoming gaat het bij de risicoverevening dus juist wel om de kosten van Zvw-zorg. Dit laatste geldt overigens ook bij het verplicht eigen risico en de bijbehorende compensatie-regeling. Omdat de Wtcg-tegemoetkoming en de risicoverevening zich op geheel andere kosten richten, worden de criteria van de risicoverevening niet aangepast aan de hand van de verbeterde afbakeningscriteria voor de Wtcg.

<sup>1</sup> Vaststelling van de begrotingsstaten van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2010; Memorie van toelichting (Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 32 123 XVI, nr. 2)

## **Reikwijdte nieuwe afbakening**

29

*Wat zijn de gevolgen van het opnemen van aandoeningen in deze lijst, bijvoorbeeld chronisch vermoeidheidssyndroom, voor het in aanmerking komen van andere vergoedingen? Heeft deze lijst, behalve voor de tegemoetkoming eigen risico, nog andere reikwijdte?*

Het opnemen van aandoeningen in deze lijst heeft geen gevolgen voor de aanspraken op andere vergoedingen. Deze lijst heeft dan ook geen verdere reikwijdte dan de Wtcg-tegemoetkoming. Wat betreft de compensatieregeling voor het verplicht eigen risico wordt thans onderzocht of en hoe de voorstellen van de Taskforce verbetering afbakening Wtcg eventueel kunnen leiden tot herijking van de afbakeningscriteria voor die compensatieregeling. Dit is ook in de tweede voortgangsrapportage Wtcg aan u bericht.

Overigens heeft de Taskforce gemeld dat het opnemen van CVS in de afbakening alleen betrekking heeft op de kinder-DBC voor deze aandoening en niet geldt voor volwassenen. U bent hierover geïnformeerd in de brief van 26 januari (kenmerk Z/M-2983149).

## **Gevolgen versoeringen Zvw-afbakening**

30 en 39

*Wat zijn de gevolgen voor mensen met aandoeningen die door de Taskforce worden verwijderd uit de lijst (tabel 2)?*

*Op basis van de nieuwe afbakeningscriteria die de staatssecretaris overneemt krijgen 215.000 mensen nu niet meer een tegemoetkoming. Welke financiële consequenties heeft dat voor deze groep? Op welke wijze wordt er de communicatie richting deze groep gevoerd? In hoeverre zijn bezwaren te verwachten en welke lastendruk gaat dit met zich meebrengen?*

De aandoeningen die worden verwijderd uit de lijst worden vanaf tegemoet-komingsjaar 2010 niet meer betrokken bij de bepaling van het recht op een tegemoetkoming. Voor de mensen met deze aandoeningen betekent dit dat zij – afhankelijk van het overige zorggebruik – mogelijk een lagere tegemoetkoming ontvangen of geen tegemoetkoming meer ontvangen over het jaar 2010 (uit te betalen in 2011). Over tegemoetkomingsjaar 2009 (uit te betalen in 2010) worden deze aandoeningen overigens nog wel betrokken bij de afbakening.

De achterliggende reden voor deze aanpassing is dat de Taskforce -na overleg met medisch deskundigen- heeft aangegeven dat de betreffende aandoeningen niet chronisch zijn, danwel niet leiden tot duidelijke meerkosten of onvoldoende specifiek/aantoonbaar zijn om het hebben van meerkosten als gevolg van deze aandoening te kunnen onderbouwen. In de communicatie over tegemoetkomingjaar 2010 zal in zijn algemeenheid aandacht zijn voor de veranderingen in de afbakening. In de uitvoering zal te zijner tijd als gevolg van de veranderingen in de afbakening voor tegemoet-komingsjaar 2010 rekening worden gehouden met een grotere toeloop op het front-office van het CAK. Ook wordt rekening gehouden met een grotere toeloop op het secundaire proces voor informatieverzoeken en bezwaren na de uitbetaling van de tegemoetkoming over het jaar 2010 (eind 2011). Over de omvang is op dit moment nog niets te zeggen.

## **IMPACT-vragenlijst en ICF**

31 en 38

*Wat is de reactie van de staatssecretaris op de stelling van de Taskforce 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 Wtgc kan gelden? Hoe moeten de opmerkingen van de Taskforce worden gelezen met betrekking tot de ICF-criteria? Waarom zouden die op termijn niet kunnen worden gebruikt als basis voor de tegemoetkoming, omdat het immers over de beperking zou moeten gaan die de cliënt ervaart voor het functioneren?*

Zoals in de voortgangsrapportage is gesteld, is TNO momenteel bezig om de bruikbaarheid van ICF en de IMPACT-vragenlijst te onderzoeken. Ik wil nu niet op de uitkomsten van dit onderzoek vooruitgelopen. Pas als de resultaten van het onderzoek beschikbaar zijn, zal bekeken worden of en op welke wijze ICF en de IMPACT-vragenlijst meegenomen kunnen worden in de afbakeningscriteria.

De onderzoeksresultaten worden eind 2010 verwacht.

### **Onvolkomenheden in eerdere berekeningen**

32 en 37

*De onverzekerden waren op een onjuiste manier bij de afbakening van de AWBZ betrokken. Geldt dat ook voor de Zorgverzekeringswet? Kan worden toegelicht op welke manier AWBZ-zorg bij de afbakening onjuist is berekend?*

Bij de berekening van de budgettaire effecten van de voorstellen voor de Taskforce is gebleken dat in de oorspronkelijke berekeningen van de budgettaire effecten van de Wtgc een onvolkomenheid in de programmatuur zat. Als gevolg hiervan werd niet voor alle personen met een AWBZ-indicatie de juiste hoeveelheid zorg meegenomen. Dit zorgde voor een onderschatting van het aantal rechthebbenden binnen de huidige Wtgc. Het herstel hiervan betekende dat 3500 personen extra recht hebben op een lage tegemoetkoming en 41 000 personen op een hoge tegemoetkoming. Tevens waren de onverzekerden bij de eerdere berekeningen betrokken, terwijl zij geen recht hebben op een tegemoetkoming in het kader van de Wtgc. In Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Kamerstuk 31 706) is namelijk geregeld dat alleen een verzekerde als bedoeld in artikel 1, onderdeel f, van de Zvw en een militaire ambtenaar in werkelijke dienst recht kunnen doen gelden op een tegemoetkoming. In artikel 2 van deze wet is voorts geregeld aan welke criteria voldaan moet zijn om in aanmerking te komen voor een tegemoetkoming. Een onverzekerde is iemand die geen gebruik kan maken van de AWBZ en/of Zvw en dus ook niet kan voldoen aan de criteria die in de wet worden gesteld. In totaal zijn er ongeveer 180 000 onverzekerden in Nederland. Door de cijfers te schonen op de onverzekerden neemt het budgettaire beslag van de Wtgc af met 6,3 miljoen euro. Per saldo leiden de genoemde herberekeningen ertoe dat in totaal 21 000 meer personen in aanmerking komen voor een (hoge of lage) Wtgc tegemoetkoming. Het additionele budgettaire beslag bedraagt in totaal 13,1 miljoen euro.

### **Afbakeningsvraagstukken**

33, 34, 36, 40, 45, 46, 47, 48 en 49

*Is de staatssecretaris voornemens bij de uitwerking van de specifieke faciliteit expliciet in te gaan op de positie van mensen met Phenylke-*

*tonurie (PKU) waarbij ook wordt ingegaan op de mogelijkheid om via de bestaande RIVM registratie een groot deel van de groep te vinden?*

*Is de staatssecretaris bereid een onderzoek te laten verrichten naar een uitbreiding van de fiscale mogelijkheden om meerkosten in verband met dieetkosten te vergoeden?*

*Op welke wijze kunnen mensen met een zeldzame aandoening zich melden die menen recht te hebben op een tegemoetkoming? Op welk termijn vindt het nader onderzoek plaats?*

*Welke verbeteringen zijn er nog mogelijk in de criteria voor mensen met een visuele en auditieve beperking en mensen met een zeldzame aandoening? Kunnen deze mensen alsnog in aanmerking kunnen komen voor een tegemoetkoming?*

*Ten aanzien van de specifieke faciliteit wordt voorgesteld om een verklaring van de behandelend arts leidend te laten zijn. Welke opties zijn nog meer overwogen, en op welke wijze wordt hier gekeken naar de budgettaire ruimte van de komende jaren? Op welke termijn wordt dit voorstel nader uitgewerkt?*

*Wanneer zal deze specifieke faciliteit daadwerkelijk operationeel zijn en is er dan ook sprake van terugwerkende kracht?*

*Kunt u in overleg met Viziris en de CG-Raad aangeven hoe groot de groep blinden en slechtzienden is die met de verbeterde criteria niet voor de tegemoetkoming gevonden wordt?*

*Kan in overleg met Viziris en de CG-Raad worden aangeven hoe groot de groep mensen met een auditieve beperking is die met de verbeterde criteria niet voor de tegemoetkoming gevonden wordt?*

*Is het mogelijk dat de criteria mantelzorg en revalidatiezorg in een algemeen ziekenhuis worden meegenomen in het onderzoek naar de uitwerking van de specifieke faciliteit?*

Op basis van de voorstellen van de Taskforce verbetering afbakening is het aantal personen dat mogelijk ten onrechte geen aanspraak kan maken op een tegemoetkoming aanzienlijk teruggebracht. Tegelijkertijd blijven er mensen die als gevolg van hun chronische ziekte of handicap meerkosten maken, zonder dat hun zorggebruik in administraties is opgenomen op basis waarvan de aanspraak op een tegemoetkoming wordt bepaald. De Taskforce heeft geadviseerd om in overleg met de CG-Raad nog nader onderzoek te verrichten naar een mogelijkheid om de groep die nu nog buiten de afbakeningscriteria valt, alsnog een tegemoetkoming te verlenen middels een specifieke faciliteit. Doel van deze faciliteit is om een beperkte, helder afgebakende groep verzekerden die nu nog buiten de boot vallen alsnog van een tegemoetkoming te kunnen voorzien. Zoals hiervoor reeds is opgemerkt beraadt het kabinet zich op de specifieke faciliteit en terugwerkende kracht voor een deel van de verbetervoorstellen. Ik zal u laten weten wat de uitkomst daarvan betekent voor de specifieke faciliteit en de terugwerkende kracht zodra uw Kamer over de voorjaarsbesluitvorming wordt geïnformeerd.

Ten aanzien van de ziekte PKU geldt dat dit een zeldzame stofwisselingsstoornis is waarbij mensen een stringent dieet moeten volgen. Indien aan het volgen van een dieet meerkosten zijn verbonden ten opzichte van een normaal gezond voedingspatroon zijn die dieetkosten -net als onder de oude buitengewone uitgavenregeling- aftrekbaar voor de inkomstenbelasting. Per ziektebeeld en het daarvoor geldende dieet is een forfaitair bedrag aan meerkosten vastgesteld dat als dieetkosten kan worden afgetrokken. Met ingang van 1 januari 2010 is de betreffende lijst van ziektebeelden, diëten en in aftrek te brengen meerkosten herzien. De nieuwe lijst is opgesteld door het Nibud in samenwerking met het Voedingscentrum en in overleg met de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) en andere specialisten op het gebied van diëtetiek. Genoemde organisaties zetten de kosten van een dieet af tegen de kosten van een referentievoeding met als basis de aanbevolen hoeveelheden

voeding per dag voor een volwassen man in de leeftijd van 19 tot 50 jaar (de groep met de hoogste meerkosten). Het voedingscentrum baseert zich hierbij op de Richtlijnen Voedselkeuze (Voedingscentrum 2009) die zijn afgeleid van de Richtlijnen Goede Voeding (Gezondheidsraad 2006). De nieuwe referentievoeding is dus een gezonde voeding waarbij rekening is gehouden met het Nederlandse voedingspatroon. Dat is nieuw ten opzichte van de methodiek die voorheen werd gehanteerd, waarbij voor de referentievoeding werd uitgegaan van het eetpatroon van de gemiddelde Nederlander. Aangezien een gezonde voeding het uitgangspunt is in de dieetadviesing ligt het voor de hand dat de referentievoeding eveneens een gezonde voeding representeert. De meerkosten die een persoon heeft als gevolg van een dieet worden gevormd door het verschil tussen de prijs van het referentie-dieetadvies en die van de standaard referentievoeding, omgerekend naar een bedrag per jaar. De nieuwe methode van vaststelling kan ertoe leiden dat voor bepaalde diëten geen meerkosten meer gemaakt worden terwijl dat voorheen wel zo was. Deze diëten komen niet meer voor in de dieetkostentabel. Voor andere diëten geldt dat er nu wel -of hogere- meerkosten dan voorheen worden gerekend. Voor het genoemde voorbeeld van PKU (eiwitstofwisselingsstoornis) is een sterk eiwitbeperkt dieet noodzakelijk. De meerkosten als gevolg van het volgen van dat dieet zijn becijferd op € 2700 per jaar. Dat bedrag is vanaf 2010 aftrekbaar als dieetkosten. Dit bedrag is hoger dan het bedrag van € 2091 dat in 2008 en 2009 in aftrek kon worden gebracht.

Mantelzorg en revalidatie in algemene ziekenhuizen worden niet meegenomen in het onderzoek naar de uitwerking van de specifieke faciliteit.

Zoals bij vraag 15 reeds aangegeven is het niet mogelijk om mantelzorg als afbakeningscriterium mee te nemen. Ik wil zoals gezegd niet de verwachting wekken dat dit in de toekomst wel zou kunnen.

Ten aanzien van revalidatiezorg in algemene ziekenhuizen zal de Stuurgroep in de loop van 2010 adviseren over de uitvoeringsaspecten van het betrekken van deze zorg bij de afbakeningscriteria. Tot nu toe was er onvoldoende informatie beschikbaar om een oordeel te kunnen geven over de bruikbaarheid van de DBC's revalidatie algemene ziekenhuizen die met ingang van 2009 in gebruik zijn. De Stuurgroep heeft Vektis daarom gevraagd om hier nader onderzoek naar te doen en komt hier nog op terug als de resultaten van dit onderzoek beschikbaar zijn. U zult daarna worden geïnformeerd over het betrekken van revalidatie in algemene ziekenhuizen in de afbakening van de Wtgc.

## **Aantal rechthebbenden**

42

*Eén van de redenen voor het invoeren van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten was de versobering van de oude regeling, de Tegemoetkoming Buitengewone Uitgaven. Is het getal van rechthebbenden van 1,8 miljoen hoger of lager dan het aantal mensen dat gebruik maakte van de Tbu-regeling?*

De realisatiecijfers en ramingen met betrekking tot de buitengewone uitgavenregeling en de tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven zijn recentelijk nog met uw Kamer gedeeld<sup>1</sup>. Het aantal huishoudens dat in 2008 gebruik maakte van de Buitengewone Uitgavenregeling (BU) wordt geraamd op 3,9 miljoen huishoudens. Naar verwachting zullen in datzelfde jaar 774.000 huishoudens gebruik maken van de Tegemoetkoming Buitengewone Uitgavenregeling (TBU).

Het aantal huishoudens dat naar verwachting aanspraak zal hebben op een algemene tegemoetkoming over 2009 (uit te keren in 2010) is geraamd op 1,4 miljoen huishoudens. Het aantal *personen* dat aanspraak

---

<sup>1</sup> Herziening Zorgstelsel; Verslag schriftelijk overleg over het concept Besluit tegemoetkoming specifieke zorgkosten (Kamerstuk 2009–2010, 29 689, nr. 285, Tweede Kamer).

zal hebben op een tegemoetkoming is geraamd op 1,8 mln<sup>1</sup>. In de Tweede Voortgangsrapportage is gemeld dat op basis van de voorstellen van de Taskforce vanaf tegemoetkomingsjaar 2010 (uit te keren in 2011) per saldo 159 000 personen extra een tegemoetkoming zullen krijgen.

### **Voorlichting**

50 en 57

*Wat zijn de bezoekersaantallen van de website en waarom is niet gekozen voor een portal?*

*Op welke wijze zal de voorlichting rondom de verschuiving in de forfaits van 2010 tot 2011 plaatsvinden?*

Het Wtcg dossier op de website van het ministerie van VWS is recentelijk opnieuw ingericht en geactualiseerd. Doel is de informatie op een heldere en toegankelijke manier te presenteren zodat de gebruiksvriendelijkheid van de website geoptimaliseerd wordt. Naast [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl) is de website via de url's [www.wtcg.info](http://www.wtcg.info) en [www.dewtcg.nl](http://www.dewtcg.nl) te bereiken. De vindbaarheid van de informatie (ook door veel gebruikte zoekmachines zoals Google) is hiermee verder verbeterd. Van december 2009 -het moment dat de nieuwe website is gelanceerd- tot en met februari 2010 is de website door 17 542 bezoekers geraadpleegd. In het hele jaar 2009, dus voordat de nieuwe website live was, hebben in totaal 127 214 personen de Wtcg pagina's bezocht. De Wtcg-test, die mensen kunnen invullen om een eerste aanwijzing te krijgen of zij mogelijk in aanmerking komen voor een tegemoetkoming, is prominenter op de website geplaatst zodat deze beter vindbaar is. In de drie maanden sinds de lancering van de nieuwe website (december 2009-februari 2010) hebben in totaal 28 425 personen de Wtcg-test ingevuld. Ter vergelijking, in de twaalf maanden daarvoor (november 2008-november 2009) was dit 26 473 keer.

Er zijn verschillende redenen om de online communicatie over de Wtcg te laten verlopen via de bestaande VWS website, in plaats van hier een aparte webportal voor te laten ontwikkelen. Ter verduidelijking, de term «portal» wordt in het kader van deze vraag geïnterpreteerd als een aparte thema-website over een specifiek onderwerp, die een overzicht geeft van de beschikbare informatie en fungeert als een wegwijzer naar relevante andere websites of informatiepunten.

De online communicatie over de Wtcg heeft als doel om burgers te informeren over de verschillende aspecten van de Wtcg en over wat deze wet voor hen kan betekenen. De bestaande VWS website biedt voldoende mogelijkheden om de verschillende onderdelen van de Wtcg te belichten en burgers zonnodig door te verwijzen naar andere websites of naar de uitvoeringsorganisaties. Het is derhalve niet nodig om hiervoor een aparte thema-website te lanceren. Een aparte thema-website zou bovendien extra ontwikkel- en beheerkosten met zich meebrengen. Daarnaast gaat het bij de Wtcg om de uitvoering van overheidsbeleid, waarbij het van belang is dat het voor burgers duidelijk is waar de informatie vandaan komt. Met andere woorden, de overheid moet duidelijk herkenbaar zijn als afzender van de boodschap. Dit kan het beste worden gewaarborgd door de communicatie te laten verlopen via de bestaande VWS website en niet via een losstaande website met een eigen opbouw en vormgeving. Om de online communicatie verder te optimaliseren wordt binnenkort een onderzoek gedaan naar de gebruiksvriendelijkheid en begrijpelijkheid van de website. Aan de hand van de resultaten van het onderzoek kan de website verder worden toegesneden op de beoogde doelgroepen van de Wtcg.

Zoals hierboven geschetst verloopt de algemene communicatie over de Wtcg primair via één website, namelijk [www.wtcg.info](http://www.wtcg.info). Hier kunnen

---

<sup>1</sup> Regeling van een tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten (Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten); Voorstel van wet (Kamerstuk 2008-2009, 31 706, nr. 2, Tweede Kamer).



mensen terecht voor algemene informatie over de Wtcg en voor antwoorden op veelgestelde vragen. De website [www.wtcg.info](http://www.wtcg.info) heeft derhalve een voorlichtend karakter. Daarnaast wordt bij het CAK een aparte webportal ingericht waar mensen persoonspecifieke informatie-verzoeken, aanvragen en bezwaren kunnen indienen. Zoals eerder in deze brief reeds is aangegeven fungeert dit portal voor cliënten als een online loket en als startpunt van de secundaire procesgang. De website en het portal hebben derhalve duidelijk andere doelstellingen.

In de algemene communicatie over de Wtcg zal het komende jaar nadrukkelijk aandacht worden besteed aan de veranderingen in de afbakeningscriteria van de Wtcg en de mogelijke consequenties die dit zal hebben voor iemands recht op een tegemoetkoming. De Wtcg-test (versie 2010) zal op de wijzigingen moeten worden aangepast.

51

*Staat er straks een lijst met geneesmiddel en dagdosering waarmee men in aanmerking komt voor compensatie op de site?*

De standaarddagdoseringen van de voor de FKG's relevante werkzame stoffen en de bijbehorende ATC-codes zijn op 11 januari 2010 op de VWS-website geplaatst bij de pagina over de regeling compensatie eigen risico (CER). Dit is de lijst voor 2008. De lijst voor 2009 zal naar verwachting in april beschikbaar zijn. Daarnaast is de Wtcg-test ontwikkeld ([www.testwtcg.nl](http://www.testwtcg.nl)), waarmee mensen kunnen nagaan of zij op basis van de door hen gebruikte dagdosering mogelijk in aanmerking zullen komen voor een Wtcg tegemoetkoming.

### **Compensatie eigen risico**

52 en 53

*Op welke wijze zijn de adviezen van de Taskforce van invloed op de uitkeringen van de compensatie eigen risico in 2010?*

*Als de Compensatie eigen risico (CER) uitkering in 2010 niet gebaseerd is op de adviezen van de Taskforce acht de staatssecretaris dan in het verlengde van de Wtcg compensatie met terugwerkende kracht voor de groepen voor wie dit gunstig uitvalt mogelijk?*

Zoals in de tweede voortgangsrapportage Wtcg is meegedeeld, zal worden nagegaan of en hoe de voorstellen van de Taskforce verbetering afbakening Wtcg kunnen leiden tot herijking van de afbakeningscriteria voor de compensatie-regeling eigen risico. Indien de uitkomst mocht zijn dat de afbakeningscriteria voor deze compensatieregeling worden aangepast, zal ook worden aangegeven met ingang van welk jaar deze aanpassingen kunnen worden doorgevoerd. Met betrekking tot de vraag naar de terugwerkende kracht wordt opgemerkt dat deze niet zonder wetswijziging mogelijk is. Hiervoor wordt verwezen naar de brief die ik op 29 september 2008 aan de Kamer heb gezonden (Kamerstukken II 2008/09, 29 689, nr. 223).

54

*Welke administratieve en financiële consequenties heeft het afschaffen van het eigen risico met de daarbij behorende ingewikkelde compensatieregeling voor chronisch zieken en mensen met een handicap?*

Indien het verplicht eigen risico en de compensatieregeling zouden worden afgeschaft, verminderen de administratieve lasten voor alle Zvw-verzekerden die een verplicht eigen risico moeten voldoen, ongeacht of ze chronisch ziek of gehandicapt zijn. De financiële consequenties die zouden optreden bij het afschaffen van het verplicht eigen risico en de

compensatieregeling zijn de volgende (uitgedrukt in de bedragen van 2010). De veronderstelling hierbij is dat verzekerden die voor de compensatieregeling in aanmerking komen, het maximum van het verplicht eigen risico volmaken. Bedoelde groep verzekerden hoeft in dat geval geen verplicht eigen risico van € 165 te voldoen en krijgt dan evenmin € 54 aan compensatie. Netto is deze groep verzekerden € 111 minder verschuldigd. De groep Zvw-verzekerden die niet in aanmerking komt voor compensatie, is ook geen verplicht eigen risico meer verschuldigd. Deze groep betaalt daardoor gemiddeld € 111 minder. Dat beide groepen hetzelfde bedrag minder betalen aan het verplicht eigen risico, komt door de systematiek van de compensatieregeling: het bedrag aan compensatie is het maximumbedrag van het verplicht eigen risico verminderd met bedrag dat de niet-gecompenseerde verzekerden gemiddeld aan verplicht eigen risico moeten voldoen.

Indien het verplicht eigen risico weg valt, missen de zorgverzekeraars de opbrengst daarvan. Hierdoor zal de nominale premie gemiddeld met circa € 111 moeten stijgen.

55 en 56

*Wat is de reden dat 800 mensen niet tijdig hun rekening voor de eigen bijdrage 2008 ontvangen hebben? Wat is de inkomstenderving voor de staat en wie is hiervoor verantwoordelijk?*

*Wat is het bedrag aan eigen bijdrage AWBZ 2008 en eerder dat niet voor 30 november 2009 is gefactureerd?*

Het CAK is afhankelijk van andere ketenpartners om de hoogte van de eigen bijdrage vast te kunnen stellen. Het proces begint met juiste gegevens (naam, adres, geboortedatum) van een persoon die zorg ontvangt. De instelling die zorg levert moet deze gegevens aan het CAK melden. Met deze gegevens kan het CAK via het GBA het BSN van deze persoon opvragen (een verkeerd gespelde naam levert geen BSN). Zonder een BSN kan het CAK bij de Belastingdienst niet het verzamelinkomen opvragen. De Belastingdienst moet dan een verzamelinkomen hebben vastgesteld. Ten slotte is het CAK nog afhankelijk van de instelling voor het doorgeven van het aantal geleverde uren zorg.

Het facturatieproces is voor deze 800 mensen door een ongebruikelijke onvolkomenheid in de programmatuur van het CAK niet van de grond gekomen. Omdat het onduidelijk is hoe hoog de eigen bijdrage van deze 800 mensen zou zijn geweest, is het niet aan te geven hoe hoog de inkomstenderving precies is.

Het verbeterplan van het CAK en de Stuurgroep ketenoverleg CAK (eigen bijdrage) richt zich mede op het voorkomen van dit soort problemen in de toekomst.

59

*Zijn de problemen in het registreren van magistraal bereide geneesmiddelen en hotelverpakkingen inmiddels verholpen?*

Er bestaat een verschil tussen de registratie van magistraal bereide geneesmiddelen en de registratie van kliniekverpakkingen. De grond- en hulpstoffen die apothekers gebruiken voor het magistraal bereiden van geneesmiddelen worden niet uniform geregistreerd door de zorgverzekeraars. Enkele zorgverzekeraars hanteren hiervoor hun eigen registratiesysteem. Ook is het zeer de vraag of de registratie van werkzame stoffen per individuele verzekerde volledig is. De *kosten* van magistrale geneesmiddelen worden in verband met het eigen risico wel per individuele verzekerde geregistreerd, maar dat betekent nog niet dat er een registratie van de *werkzame stoffen* op naam van individuele verzekerden bestaat. Voorwaarde om magistrale geneesmiddelen bij de afbakeningscriteria van de Wtcg en de compensatie eigen risico (CER) te kunnen betrekken is dat

de registratie van de werkzame stoffen bij de zorgverzekeraars uniform en volledig is. Grond- en hulpstoffen die apothekers gebruiken voor hun magistrale bereidingen en kliniekverpakkingen zijn in het kader van de risicoverevening uitgesloten van (her)berekening van de FKG's. Evenmin bestaat het voornemen de magistrale bereidingen bij de FKG's te betrekken. Om die reden zal het uniformeren en completeren van de registratie van de voor magistrale bereidingen gebruikte werkzame stoffen de komende jaren niet worden gerealiseerd. De zorgverzekeraars hebben andere prioriteiten, zoals de registratie van hulpmiddelen. Dit heeft als consequentie dat de registratie van magistrale geneesmiddelen de komende jaren nog niet op orde zal zijn. Magistrale geneesmiddelen kunnen daarom niet worden betrokken bij de afbakening van de Wtcg-tegemoetkoming en de CER. Omdat magistrale geneesmiddelen niet op ATC-code worden geregistreerd, kunnen deze geneesmiddelen ook niet worden meegenomen bij de chronische groepen die de Taskforce heeft voorgesteld voor de Wtcg-afbakening.

Ten aanzien van de kliniekverpakkingen geldt dat het dezelfde geneesmiddelen betreft als in «normale» verpakkingen. Enkel de hoeveelheid is verschillend. Normaal gesproken worden de geneesmiddelen uit kliniekverpakkingen verdeeld in kleinere porties ten behoeve van de in de instelling opgenomen patiënten, zoals de naam ook aangeeft. Evenals de regulier verpakte geneesmiddelen registreren de zorgverzekeraars de kliniekverpakkingen die openbare apotheken bij hen declareren op ATC-code en per individuele verzekerde. Omdat kliniekverpakkingen wel op ATC-code worden geregistreerd en gedeclareerd, zouden de kliniekverpakkingen eventueel bij de chronische groepen in de Wtcg-afbakening kunnen worden meegenomen. Dit zal nader worden onderzocht. Punt van aandacht is evenwel de kwaliteit van de registratie van gedeclareerde kliniekverpakkingen door zorgverzekeraars. Overigens is het aantal kliniekverpakkingen dat openbare apotheken bij zorgverzekeraars declareren verhoudingsgewijs zeer gering. Het gaat om enkele tientallen declaraties per jaar. Omdat de kliniekverpakkingen niet meetellen voor de FKG's, kunnen geneesmiddelen in deze verpakkingsvorm niet worden betrokken bij de huidige afbakeningscriteria voor de compensatieregeling eigen risico. Voor die afbakeningscriteria wordt immers gebruik gemaakt van – onder meer – FKG's.

Ik vertrouw erop uw vragen hiermee afdoende te hebben beantwoord.