

319

Besluit van 4 augustus 2010, houdende wijziging van het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten in verband met de verbetering van de selectiecriteria voor de aanspraak op een tegemoetkoming

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

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 20 april 2010, kenmerk Z/M-3001342;

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

De Raad van State gehoord (advies van 11 juni 2010, nummer W13.10.0172/I);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 22 juli 2010, kenmerk Z/M-3013906, uitgebracht mede namens Onze Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

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

A

Artikel 1 wordt gewijzigd als volgt:

1. Onder verlettering van de onderdelen b tot en met f tot c tot en met g wordt een nieuw onderdeel b ingevoegd, luidende:

b. *chronische groep*: een voor de verzekerde vergoede ATC of DBC, of een combinatie van een vergoede ATC en DBC die gebruikt wordt bij de behandeling van een specifieke chronische aandoening;

2. De onderdelen c en d (nieuw) worden vervangen door:

c. *ATC*: farmaceutische zorg die wordt geregistreerd met een ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification) als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel j, van de Regeling zorgverzekering;

d. *DBC*: diagnosebehandelingcombinatie als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel m, van de Regeling zorgverzekering;.

3. In onderdeel e (nieuw) wordt voor de puntkomma toegevoegd: dan wel een besluit als bedoeld in artikel 9b, vierde lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, genomen door een aldaar bedoelde stichting.

B

Artikel 2 wordt gewijzigd als volgt:

1. Het eerste lid wordt gewijzigd als volgt:

a. In de aanhef wordt «en de rechthebbende:» vervangen door: , de rechthebbende niet is overleden in het kalenderjaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft, en:.

b. De onderdelen a, b, c en d komen te luiden:

a. in dat jaar één of meer ATC's of in het jaar voorafgaande aan dat jaar één of meer DBC's vergoed kreeg die behoren tot een bij ministeriële regeling aangewezen chronische groep die recht geeft op een lage tegemoetkoming;

b. in dat jaar één of meer ATC's of in het jaar voorafgaande aan dat jaar één of meer DBC's vergoed kreeg die behoren tot twee of meer bij ministeriële regeling aangewezen chronische groepen die afzonderlijk geen recht geven op een tegemoetkoming;

c. in dat jaar een ATC of in het jaar voorafgaande aan dat jaar een DBC vergoed kreeg die behoort of die tezamen behoren tot een bij ministeriële regeling aangewezen chronische groep die geen recht geeft op een tegemoetkoming en daarnaast voor rekening van zijn zorgverzekeraar een bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddel in een bij die regeling te bepalen periode heeft verkregen of heeft laten repareren;

d. op 31 december van dat jaar heeft beschikt over een indicatie voor het gedurende dat jaar gebruiken van een rolstoel op grond van artikel 4, eerste lid, onderdeel b, van de Wet maatschappelijke ondersteuning;

c. Aan het slot van onderdeel e wordt een puntkomma geplaatst.

d. In onderdeel f, onder 2°, wordt «te bepalen jaar bedrag» vervangen door: te bepalen bedrag.

e. Onderdeel g komt te luiden:

g. in dat jaar al dan niet aaneengesloten 26 weken of meer op grond van een indicatiebesluit was aangewezen op één tot tien uren per week zorg als bedoeld in de artikelen 4, 5 of 6 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, met dien verstande dat:

1°. de indicatie voor één dagdeel zorg geldt als 2,5 uren zorg per week,

2°. het gemiddelde aantal uren waarvoor de indicaties zijn afgegeven, bepalend is voor het toekennen van de tegemoetkoming;.

f. Onderdeel h komt te luiden:

h. in dat jaar al dan niet aaneengesloten 26 weken of meer gedurende één tot tien uren per week in natura huishoudelijke verzorging als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel h, van de Wet maatschappelijke ondersteuning heeft ontvangen of daartoe op grond van een indicatiebesluit was aangewezen en een persoonsgebonden budget heeft ontvangen, met dien verstande dat voor het vaststellen van de periode van 26 weken wordt aangesloten bij de indeling in weken als bedoeld in artikel 4.1, derde lid, van het Besluit maatschappelijke ondersteuning, of.

g. Onderdeel j wordt verletterd tot onderdeel i.

2. Het tweede lid wordt gewijzigd als volgt:

a. In de aanhef wordt «en de rechthebbende in dat jaar:» vervangen door: , de rechthebbende niet is overleden in het kalenderjaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft, en de rechthebbende in dat jaar:.

b. Onderdeel a komt te luiden:

a. een of meer ATC's of in het jaar voorafgaande aan dat jaar een of meer DBC's vergoed kreeg die behoren tot:

1°. één of meer bij ministeriële regeling aangewezen chronische groepen die recht geven op een hoge tegemoetkoming, of

2°. twee of meer bij ministeriële regeling aangewezen chronische groepen die recht geven op een lage tegemoetkoming.

c. Onderdeel b komt te luiden:

b. al dan niet aaneengesloten 26 weken of meer op grond van een indicatiebesluit was aangewezen op tien of meer uren per week zorg als bedoeld in de artikelen 4, 5 of 6 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, met dien verstande dat:

1°. de indicatie voor één dagdeel zorg geldt als 2,5 uren zorg per week,

2°. het gemiddelde aantal uren waarvoor de indicaties zijn afgegeven, bepalend is voor het toekennen van de tegemoetkoming;.

d. Onderdeel c vervalt.

e. Onderdeel d wordt verletterd tot onderdeel c en komt te luiden:

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

f. Na onderdeel c wordt een nieuw onderdeel d toegevoegd, luidende:

d. vier onder twee of meer van de categorieën, genoemd in het eerste lid, met uitzondering van de volgende in het eerste lid bedoelde categorieën:

1°. een combinatie van de categorie, genoemd in onderdeel c en van de categorieën, genoemd in de onderdelen a en b;

2°. een combinatie van de categorieën, genoemd in de onderdelen g en h,

3°. een combinatie van de categorie, genoemd in onderdeel i, en één van de andere categorieën genoemd in het eerste lid.

3. In het derde lid wordt «het eerste lid, onderdelen g, h en j, en tweede lid, onderdeel a, onder 2° en 3°, en onderdelen b en c,» vervangen door: het eerste lid, onderdelen g en i, en het tweede lid, onderdelen b en c.

4. Na het vierde lid worden twee leden toegevoegd, luidende:

5. Een rechthebbende op wie het tweede lid, onderdeel a, onder 2°, of onderdeel d, van toepassing is, heeft slechts recht op een tegemoetkoming als bedoeld in de aanhef van dat lid.

6. Het eerste lid, onderdelen g en i, en het tweede lid, onderdelen b, en d, zijn van overeenkomstige toepassing op de indicatiebesluiten afgegeven door de stichting bedoeld in artikel 9b, vierde lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten die met ingang van 1 januari 2010 zijn afgegeven dan wel op die datum geldig zijn.

C

Artikel 3 wordt gewijzigd als volgt:

1. De aanhef van het eerste lid komt te luiden:

Zorgverzekeraars en de rechtspersoon, bedoeld in artikel 90a, eerste lid, van het Algemeen militair ambtenarenreglement, verstrekken van rechthebbenden die vallen onder de categorieën, genoemd in artikel 2, eerste lid, onderdelen a tot en met c, e en f, aan het CAK:

2. In het eerste lid, onderdeel f, wordt «artikel 2, tweede lid, onderdeel a» vervangen door: artikel 2, tweede lid, onderdelen a en d.

3. Het derde lid wordt gewijzigd als volgt:

a. in de aanhef wordt «artikel 2, eerste lid, onderdelen g, h of j, of artikel 2, tweede lid, onderdelen b of c» vervangen door: artikel 2, eerste lid, onderdelen g of i, of artikel 2, tweede lid, onderdeel b.

b. in onderdeel d, wordt «in het artikel 2, eerste lid, onderdeel j» vervangen door: in artikel 2, eerste lid, onderdeel i.

4. Na het derde lid worden, onder vernummering van het vierde lid tot zevende lid, drie nieuwe leden toegevoegd, luidende:

4. Gemeenten verstrekken aan het CAK van personen die vallen onder artikel 2, eerste lid, onderdeel d:

a. het burgerservicenummer of bij het ontbreken daarvan het sociaal fiscaal nummer,

b. naam en adres van de rechthebbende, en

c. de geboortedatum.

5. Gemeenten verstrekken aan het CAK van personen die in de zin van artikel 2, eerste lid, onderdeel h, of artikel 2, tweede lid, onderdeel c, een persoonsgebondenbudget voor huishoudelijke verzorging ontvangen:

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

b. de naam en het adres van de rechthebbende,

c. de geboortedatum,

d. de datum waarop en de duur waarvoor de indicatie is gegeven, en

e. het gemiddelde aantal etmalen, dagdelen en uren waarvoor de indicatie is gegeven.

6. Stichtingen als bedoeld in artikel 9b, vierde lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten verstrekken aan de indicatieorganen, bedoeld in het derde lid, van personen die zij voor zorg als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten hebben geïndiceerd:

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

b. de naam en het adres van de rechthebbende,

c. de geboortedatum,

d. de soort en omvang van de geïndiceerde zorg, en

e. de ingangs- en einddatum per geïndiceerde functie.

5. In het zevende lid (nieuw) wordt «artikel 2, eerste lid, onderdeel j,» vervangen door: artikel 2, eerste lid, onderdeel i.

D

Artikel 4, eerste lid, onderdeel b, komt te luiden:

b. de persoon die op 1 juli van het kalenderjaar recht heeft op een arbeidsongeschiktheidsuitkering naar een mate van arbeidsongeschiktheid van 35% of meer of op arbeidsondersteuning op grond van de Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten.

ARTIKEL II

De ministeriële regeling, bedoeld in artikel 2, eerste lid, onderdelen a, b en c, en tweede lid, onderdeel a, van het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten, wordt voor de eerste maal vastgesteld in het tweede kwartaal van 2011.

ARTIKEL III

1. Dit besluit treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van het Staatsblad waarin het wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2010.

2. Artikel I, onderdeel D, treedt in werking op het tijdstip waarop het bij koninklijke boodschap van 10 december 2009 ingediende voorstel van wet houdende Aanpassing van de Wet investeren in jongeren en enkele andere wetten ter verduidelijking en verbetering van enige punten (Kamerstukken I, 2009/10, 32 260, A) tot wet is verheven en in werking treedt en werkt terug tot en met 1 januari 2010.

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

's-Gravenhage, 4 augustus 2010

Beatrix

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink

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

Uitgegeven de *zeventiende* augustus 2010

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

Het advies van de Raad van State is openbaar gemaakt door terinzagelegging bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tevens zal het advies met de daarbij ter inzage gelegde stukken worden opgenomen in de Staatscourant.

NOTA VAN TOELICHTING

Algemeen

1. Inleiding

Op 1 januari 2009 is de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (hierna Wtcg) in werking getreden. Deze wet behelst onder andere een regeling voor de tegemoetkoming in de meerkosten die mensen hebben omdat ze chronisch ziek of gehandicapt zijn. In het Besluit chronisch zieken en gehandicapten (hierna: Bctg) wordt nader uiteengezet welke criteria bepalend zijn voor het toekennen van de algemene tegemoetkoming op grond van de Wtcg. In het najaar van het jaar 2010 zullen voor de eerste keer de tegemoetkomingen op basis van het zorggebruik in 2009 worden uitgekeerd.

Zoals reeds is aangegeven in de memorie van toelichting bij de Wtcg (Kamerstukken II, 2008/2009, 31706, nr. 3) was de oorspronkelijke afbakening van chronisch zieken en gehandicapten die recht hebben op de tegemoetkoming nog niet optimaal. Omdat er op dat moment – en overigens ook nu – nog geen gestandaardiseerde definitie voor chronische zieken en gehandicapten beschikbaar was, is er bij het opstellen van de regeling voor gekozen de groep van mensen met meerkosten af te bakenen op basis van bepaalde vormen van zorggebruik die landelijk en op uniforme wijze geregistreerd worden (zie het rapport «Compensatie regeling Chronisch Zieken en Gehandicapten», ook wel het «Vektisrapport» genoemd¹). Daarbij heeft de het kabinet aangegeven zich er van bewust te zijn dat er mensen zijn met aandoeningen en aanzienlijke meerkosten wier zorggebruik niet in de gehanteerde landelijke bestanden wordt geregistreerd en die daardoor niet in aanmerking komen voor de tegemoetkoming. Op basis van het Vektisrapport is geschat dat er een kleine 0,2 miljoen mensen zouden zijn die ten onrechte niet als chronisch ziek of gehandicapt worden herkend.

Zoals toegezegd tijdens de parlementaire behandeling van de Wtcg heeft het kabinet begin 2009 een commissie van onafhankelijke deskundigen ingesteld die gevraagd is voorstellen te doen met het oog op een verdere verbetering van de afbakening van de doelgroep, de zogenaamde Taskforce verbetering afbakening Wtcg (hierna: Taskforce)². Tegelijkertijd heeft de het kabinet structureel € 50 miljoen gereserveerd voor de groepen die ten gevolge van de verbeteringen in de afbakening alsnog voor een tegemoetkoming in aanmerking komen.

Eveneens is begin 2009 de Stuurgroep Implementatie Wtcg (hierna: de Stuurgroep) ingesteld met als taak om vroegtijdig mogelijke problemen bij de uitvoering van de Wtcg-tegemoetkoming te signaleren en oplossingen te ontwikkelen³. Ook is de Stuurgroep gevraagd de mogelijkheden in beeld te brengen van het opzetten van uniforme landelijke registraties voor onder andere rolstoelen, het meerjarig gebruik van hulpmiddelen en het persoonsgebonden budget voor huishoudelijke verzorging op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo-PGB-HV).

In de opdracht van de Taskforce is een aantal randvoorwaarden geformuleerd. Allereerst dienen – met het oog op een soepele uitvoering van de regeling en de daarvoor vereiste gegevensaanlevering – de aanvullende gegevens voor de afbakening van de doelgroep met behulp van uniforme landelijke databestanden te kunnen worden aangeleverd. Daarnaast is het van belang dat de beoogde verbetering van de afbakening tijdig implementeerbaar is. Tijdens de parlementaire behandeling van de Wtcg heeft het kabinet laten weten dat het denkbaar is dat

¹ Vektis, Compensatie regeling Chronische Zieken en Gehandicapten, Zeist, mei 2008.

² Taakopdracht Taskforce verbetering afbakening Wtcg: Kamerstukken I, vergaderjaar 2008–2009, 31 706, nr. M, bijlage.

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).

wanneer de beoogde verbetering van de afbakening niet tijdig gereed is, de tegemoetkoming met terugwerkende kracht zou worden toegekend.

Tot slot geldt als vereiste dat de vormgeving van de verbeterde afbakening voldoet aan de voorwaarden die voortvloeien uit de Wet bescherming persoonsgegevens.

De Stuurgroep heeft de uitvoeringsaspecten onderzocht van mogelijke verbeteringen in de afbakening van de doelgroep van de Wtcg. Het betrof de uitvoeringsaspecten van het opzetten van uniforme landelijke registraties van gebruik van rolstoelen op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo), het gebruik van een persoonsgebonden budget (hierna: PGB) voor huishoudelijke verzorging (hierna: HV) op grond van de Wmo, AWBZ-indicaties afgegeven door Bureaus Jeugdzorg (hierna: BJZs), meerjarig hulpmiddelen-gebruik, mantelzorg en revalidatiezorg in algemene ziekenhuizen. De Stuurgroep heeft haar bevindingen op 13 oktober 2009 aan de voorzitter van de Taskforce aangeboden opdat de Taskforce deze mee kon nemen in de integrale afweging en het advies over de verbetering van de afbakening.

De Taskforce heeft in overleg met medische experts voorstellen ontwikkeld tot verbetering in de afbakening van de doelgroep van de Wtcg. Het betreft een verbetering van de afbakening door middel van het herdefiniëren van de criteria die dienen voor het selecteren van de doelgroep op basis van het Zvw-zorggebruik. Het gaat daarbij alleen om een verbetering van de afbakening op basis van het geneesmiddelengebruik en ziekenhuiszorg.

De Taskforce heeft in december 2009 haar advies over mogelijke verbeteringen in de afbakening van de Wtcg aan de Staatssecretaris van VWS gezonden. De tweede voortgangsrapportage Wtcg, die op 11 december 2009 tezamen met het rapport van de Taskforce door de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Eerste en Tweede Kamer is aangeboden, bevat de reactie van de het kabinet op deze voorstellen.

Met dit besluit wordt het Btcg aangepast overeenkomstig de conclusies die naar aanleiding van het advies van de Taskforce zijn getrokken in de tweede voortgangsrapportage. Het betreft een verbetering van de afbakeningscriteria die bepalend zijn voor de vaststelling of iemand aanspraak heeft op een Wtcg-tegemoetkoming. Het gaat daarbij niet alleen om een verbetering van de oorspronkelijke criteria door een aanscherping/herdefiniëring van deze criteria (bijvoorbeeld ziekenhuiszorg en geneesmiddelengebruik), maar ook om het opnemen van nieuwe selectiecriteria (mensen met een PGB voor HV en rolstoelgebruikers in het kader van de Wmo), het toevoegen van een nieuwe groep gebruikers (cliënten BJZs met een indicatie AWBZ-zorg) en de definiëring van de jaarvoorwaarde.

Met deze voorstellen wordt een belangrijke stap gezet naar verbetering van de bestaande regeling onder de Wtcg. Het aantal mensen dat ten onrechte geen aanspraak kan maken op een tegemoetkoming wordt aanzienlijk teruggebracht. De groep mensen die over 2009 nog een tegemoetkoming ontvangt zonder dat zij noodzakelijkerwijs wordt geconfronteerd met meerkosten, wordt per 1 januari 2010 ingeperkt. Een verdere doorontwikkeling van de methodieken om de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming de komende jaren verder te verbeteren, blijft echter gewenst. Hieronder wordt nader op de onderscheidene voorstellen ingegaan.

Tevens is van de gelegenheid gebruik gemaakt de tekst van artikel 4 van het Btcg aan te passen aan de nieuwe regeling in de Wet Wajong die met ingang van 1 januari 2010 in werking is getreden.

2. Maatregelen ter verbetering van de afbakening van de doelgroep

a. Verbetering aanspraak op basis van ziekenhuiszorg en geneesmiddelen-gebruik (Zvw-zorggebruik)

1. De oorspronkelijke afbakening

De oorspronkelijke 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). Dit model wordt toegepast voor het verevenen van kostenverschillen tussen zorgverzekeraars in de Zvw. FKG's en DKG's zijn ontwikkeld als voorspellers van hoge zorgkosten voortkomend uit chronische aandoeningen. Om ingedeeld te worden in een FKG moet een verzekerde meer dan 180 dagdoseringen van een medicijn voor de desbetreffende ziekte voorgeschreven hebben gekregen. FKG's zijn ingedeeld in FKG-groepen op grond van aandoeningen waarvoor de geneesmiddelen worden gebruikt, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen lichte en zware FKG's. De indeling in licht en zwaar zegt iets over de voorspellende waarde ten aanzien van het zorggebruik met hoge kosten voor de zorgverzekeraar en de veronderstelde meerkosten van patiënten met deze aandoeningen. DKG's geven informatie over ziekenhuisopnamen samenhangend met chronische aandoeningen. DKG's zijn clusters klinische diagnosebehandelingcombinaties (DBC's) die gegroepeerd zijn op zorgkostenklassen en niet op medisch inhoudelijke gronden.

Hoge kosten voor verzekeraars zijn echter niet per definitie een goede indicator voor hoge meerkosten voor chronische zieken en gehandicapten. Tegelijkertijd veroorzaakt niet iedereen met hoge meerkosten door chronische ziekte of handicap hoge zorgkosten. Meerkosten als gevolg van chronische ziekte of handicap zijn immers kosten die bijvoorbeeld energieverbruik, beddengoed en dergelijke betreffen.

2. Voorstellen van de Taskforce

Teneinde te komen tot verbeterde selectiecriteria zijn in opdracht van de Taskforce alle diagnosebehandelingcombinaties (DBC's) en actieve bestanddelen van geneesmiddelen (ATC's) die bij de behandeling van een chronische aandoening worden gebruikt, geselecteerd. De verschillende lijsten van ATC-codes en DBC-diagnosecodes en DBC-behandelcodes zijn ingedeeld in zogenaamde Chronische Groepen (CG). Een CG is een ATC of DBC, of een combinatie van een ATC en DBC, die hoort bij een specifieke chronische aandoening. Deze chronische groepen zijn vervolgens door medische experts beoordeeld op de vraag in hoeverre de betrokken chronische ziekte of aandoening gepaard gaat met meerkosten¹. Uitgangspunt is daarbij gebleven dat de intensiteit van het gebruik van zorg een voorspeller is van het hebben van een chronische aandoening of handicap, de ernst van de beperkingen en de daarmee samenhangende meerkosten². Naar aanleiding daarvan zijn 25 «chronische groepen» (CG's) ontwikkeld. Deze zijn in onderstaand overzicht weergegeven. De indeling in chronische groepen maakt een medisch-inhoudelijke onderbouwing van de aanspraak op een Wtcg-tegemoetkoming mogelijk.

¹ Het onderzoek is in opdracht van de Taskforce uitgevoerd door consultancy organisatie De Praktijk die in oktober 2009 haar bevindingen heeft uitgebracht.

² Waarbij is uitgegaan van de definitie van chronische ziekte die ook in het Vektis-rapport is gehanteerd, namelijk: «Een langdurige, ernstige aandoening zonder kans op herstel». Deze definitie is vervolgens verfijnd door het CBS in het kader van het jaarlijkse POLS-onderzoek. De verfijning bestaat eruit dat de aandoening minstens 12 maanden moet duren om voor de titel «chronisch» in aanmerking te komen. Voor de definitie van het begrip «meerkosten» is eveneens uitgegaan van de definitie in het Vektis-rapport (definitie van Nivel).

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	

Een groot aantal behandelingen en geneesmiddelen die duiden op een chronische aandoening en meerkosten wordt voortaan betrokken bij de bepaling van het recht op een tegemoetkoming (zie de kolommen «aan de afbakening toegevoegd» en «afbakening completer gemaakt» in onderstaande tabel). Daarnaast zijn er behandelingen en geneesmiddelen die voorheen wel werden betrokken bij de bepaling van de hoogte van de tegemoetkoming, maar die als afbakeningscriterium zijn verwijderd omdat ze niet duiden op een chronische aandoening of waarvan onvoldoende sprake is van meerkosten (zie de kolommen «verwijderd – niet chronisch» of «verwijderd – onvoldoende meerkosten»). Tot slot zijn er behandelingen en geneesmiddelen verwijderd die – omdat ernst en beperkingen daarvan zodanig uiteenlopen – onvoldoende specifiek zijn om zo als chronische aandoening te kunnen aanmerken (zie de kolom «verwijderd – onvoldoende specifiek»).

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

Tabel 2: Belangrijkste aanpassingen afbakeningscriterium Zvw-zorggebruik

Aan de afbakening toegevoegd	Afbakening completer gemaakt	Verwijderd – niet chronisch	Verwijderd – onvoldoende meerkosten	Verwijderd – onvoldoende specifiek
<ul style="list-style-type: none"> – zeer ernstige vetzucht – chronische niet-kwaadaardige bloedziekten – chronische vermoeidheidssyndroom bij kinderen – alle poliklinische en dagbehandelingen van DBC's – Ernstige botontkalking (DBC's en geneesmiddelen) – complexe wervelkolom chirurgie – geneesmiddelen bij chronische hepatitis – geneesmiddelen bij vaatvernauwing – geneesmiddelen bij endocriene tumoren en acromegalie – immunoglobulines – geneesmiddelen bij myasthenia gravis – geneesmiddelen bij zeldzame stofwisselingsziekten 	<ul style="list-style-type: none"> – kanker (DBC's en geneesmiddelen) – reuma (DBC's en geneesmiddelen) – transplantaties – thuisbeademing – ADHD – immunotherapie – alle geneesmiddelen-groepen bijgewerkt op basis van nieuwe middelen en middelen uit de handel – alle geneesmiddelen-groepen beoordeeld op ddd-grens¹ 	<ul style="list-style-type: none"> – longembolie – obstipatie – kortdurende pijn behandeling – niertrauma – acuut 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 bij decubitus – DBC's bij artrose – DBC's bij botontkalking

¹ DDD (Daily Defined Dose) is de veronderstelde gemiddelde onderhoudsdosering per dag voor een geneesmiddel gebruikt voor volwassenen en voor de belangrijkste indicatie van dat geneesmiddel. Zie artikel 1, eerste lid, onderdeel i, van de Regeling zorgverzekering.

In de voorstellen van de Taskforce is voor een aantal geneesmiddelen het minimum aantal gebruikte gestandaardiseerde dagdoseringen (ddd's) verlaagd. Voor de bepaling of de betrokken verzekerde een chronische aandoening heeft die gepaard gaat met meerkosten is dit minimum aantal ddd's thans vastgesteld op meer dan 180 per jaar. Voor een aantal geneesmiddelen, bijvoorbeeld ter behandeling van kanker, wordt voorgesteld het minimum aantal ddd's aanzienlijk te verlagen.

Omdat geneesmiddelenverstrekking in ziekenhuizen niet op persoonsniveau in landelijke registraties is opgenomen, is deze in de voorstellen niet betrokken bij de bepaling of iemand recht heeft op een tegemoetkoming. Met de includering van poliklinische en dagbehandelingen wordt deze onvolkomenheid echter naar verwachting voor een belangrijk deel gecompenseerd.

Door uit te gaan van een chronische groep waarin beide zorgvormen (ATC's en DBC's) bij een bepaalde chronische aandoening zijn gebundeld, is een samenhangende beoordeling van geneesmiddelen- en ziekenhuiszorggebruik mogelijk. De specifieke combinatie van de vergoede ATC en de vergoede DBC binnen een specifieke CG bepaalt of deze CG leidt tot een tegemoetkoming en de hoogte van die tegemoetkoming (zie onder 3 «De nieuwe weging»).

Als gevolg van deze voorstellen neemt het aantal mensen dat recht heeft op een tegemoetkoming naar verwachting toe met in totaal 205.000. Tegelijkertijd daalt het aantal mensen dat niet langer aanspraak kan maken op een tegemoetkoming met 215.000. Hierdoor daalt per saldo het aantal mensen dat als gevolg van de voorstellen van de Taskforce inzake Zvw-zorggebruik recht heeft op een tegemoetkoming 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 naar verwachting met 17.000. Het aantal mensen dat een hoge tegemoetkoming ontvangt, daalt met 27.000.

3. De nieuwe weging

De voorstellen tot verbetering van de afbakeningscriteria leiden ertoe dat de aanspraak op een tegemoetkoming op basis van Zvw-zorggebruik niet langer wordt gebaseerd op FKG's en DKG's, maar op DBC's en ATC's.

De verschillende lijsten van ATC-codes en DBC-diagnosecodes en DBC-behandelcodes zijn ingedeeld in zogenaamde Chronische Groepen.

Een CG is een ATC of DBC, of een combinatie van een ATC en DBC, die hoort bij een specifieke chronische aandoening. Zie voor het overzicht van de 25 chronische groepen onder 2 «Voorstellen van de Taskforce».

Binnen de chronische groepen worden de DBC's en ATC's met elkaar gewogen. Per DBC en ATC is vastgesteld of deze zwaar of licht meeweegt binnen een CG. Voor ATC's wordt onderscheid gemaakt tussen licht en zwaar zoals dat ook in de oorspronkelijke afbakening bij FKG's gebeurt. Ook voor DBC's wordt een onderscheid gemaakt tussen licht en zwaar. Dit onderscheid wordt nader uitgewerkt in de ministeriële regeling op grond van artikel 2 van dit besluit. Aan poliklinische en dagbehandelings-DBC's wordt een lichte weging toegekend en DBC's die gepaard gaan met een klinische opname hebben een zware weging.

De specifieke combinatie van de ATC en de DBC binnen een bepaalde CG bepaalt of deze CG leidt tot een tegemoetkoming en de hoogte van die tegemoetkoming.

Een lichte ATC en/of een lichte DBC binnen een CG worden verondersteld gepaard te gaan met lage meerkosten en leiden daarom niet tot een tegemoetkoming. Een lichte ATC of DBC en een zware ATC of DBC worden

verondersteld gepaard te gaan met gemiddelde meerkosten en leiden daarom tot een lage tegemoetkoming. Een zware ATC en een zware DBC binnen dezelfde CG leiden tot een hoge tegemoetkoming. Deze wegings-systematiek wordt in onderstaand schema weergegeven.

Binnen 1 CG	Geen DBC	Een lichte DBC	Een zware DBC
Geen ATC	geen tegemoetkoming	geen tegemoetkoming	een lage tegemoetkoming
Een lichte ATC	geen tegemoetkoming	geen tegemoetkoming	een lage tegemoetkoming
Een zware ATC	een lage tegemoetkoming	een lage tegemoetkoming	een hoge tegemoetkoming

Voor een nadere uitwerking wordt verwezen naar de ministeriële regeling op grond van artikel 2 van dit besluit.

In hoeverre een specifieke combinatie van een ATC en een DBC binnen een CG leidt tot een CG die recht geeft op een tegemoetkoming alsmede de hoogte van die tegemoetkoming, is nader geregeld in artikel 2 van de Rtcg.

Als voor een verzekerde zorggebruik is geregistreerd binnen meerdere CG's, dan kunnen die CG's in samenhang leiden tot een (hogere) tegemoetkoming. Twee of meer CG's die zelfstandig tot een lage tegemoetkoming leiden, zorgen gezamenlijk voor aanspraak op een hoge tegemoetkoming. Een CG die zelfstandig niet leidt tot een tegemoetkoming leidt in combinatie met een hulpmiddel tot een lage tegemoetkoming. Een verzekerde van wie zorggebruik is geregistreerd binnen twee of meer CG's die afzonderlijk geen aanspraak geven op een tegemoetkoming, kan door de twee CG's bij elkaar op te tellen alsnog aanspraak maken op een lage tegemoetkoming. In hoeverre een combinatie van meerdere CG's dan wel een CG met een hulpmiddel leidt tot een tegemoetkoming en de hoogte daarvan wordt nader geregeld in artikel 2 van dit besluit.

In onderstaand schema is samengevat wanneer aanspraak bestaat op een lage tegemoetkoming dan wel op een hoge tegemoetkoming¹:

Lage tegemoetkoming bij (artikel 2, eerste lid, Btcg):

Eén CG die aanspraak geeft op een lage tegemoetkoming
Twee CG's of meer die op zichzelf geen aanspraak geven op een tegemoetkoming
Eén CG die op zichzelf geen aanspraak geeft op een tegemoetkoming in combinatie met hulpmiddel.
Indicatie voor 1 tot 10 uren per week AWBZ-zorg, 26 weken of meer (geen opname)
Zorggebruik huishoudelijke verzorging Wmo (natura of PGB) 1 tot 10 uur, 26 weken of meer
Fysiotherapie of oefentherapie
Revalidatie in revalidatiecentrum (met of zonder opname)
Personen met een indicatie voor een rolstoel op grond van de Wmo
Indicatie voor 1 of meer etmalen per week AWBZ-zorg, 26 weken of meer (opname)

Hoge tegemoetkoming (artikel 2, tweede lid, Btcg):

Eén of meer CG's die aanspraak geven op een hoge tegemoetkoming
Twee of meer CG's die aanspraak geven op een lage tegemoetkoming
Indicatie voor 10 uur of meer AWBZ-zorg 26 weken (geen opname)
Zorggebruik huishoudelijke verzorging Wmo (in natura of PGB) 10 of meer uur-26 weken of meer

¹ Teneinde een totaal beeld te geven zijn in dit overzicht ook de overige voorstellen die in dit besluit zijn opgenomen, verwerkt.

Daarnaast zal een combinatie van de onderscheiden categorieën (vergelijk het huidige artikel 2, tweede lid, onderdeel a) kunnen leiden tot een hoge tegemoetkoming. Daarvan zijn uitgezonderd de combinatie van de categorieën, genoemd in de onderdelen g en h, alsmede een combinatie van de categorieën, genoemd in onderdeel c, en een combinatie van de categorie, genoemd in onderdeel i, en een van de andere categorieën genoemd in het eerste lid.

De opsomming in het tweede lid is limitatief. Dit impliceert dat andere dan in dit voorschrift opgenomen combinaties niet tot een hoge tegemoetkoming kunnen leiden. Iemand met een CG die recht geeft op een lage tegemoetkoming in combinatie met een CG die geen recht geeft op een tegemoetkoming en tevens in dat jaar gebruik heeft gemaakt van een hulpmiddel heeft derhalve geen recht op een hoge tegemoetkoming.

Deze voorstellen leiden tot een wijziging van de artikelen 1, 2 en 3 van het Btcg. Daarnaast zullen de maatregelen leiden tot een wijziging van de artikelen 2 en 3 van de Regeling tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten.

b. Rolstoelen die worden verstrekt in het kader van de Wmo

Mensen die vanwege hun chronische ziekte of handicap een rolstoel gebruiken, vallen thans niet binnen de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming. Reden hiervoor was niet dat deze mensen op grond van de problemen met hun gezondheid en de daarbij komende meerkosten niet als chronisch ziek of gehandicapt worden beschouwd, maar dat er geen eenduidige, landelijke registratie beschikbaar was van mensen die gebruik maken van een rolstoel. De motie Tang c.s. verzoekt – kort samengevat – het kabinet om het gebruik van een rolstoel of vergelijkbaar hulpmiddel als criterium mee te laten tellen bij de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming in de zin van de Wtcg¹.

Een rolstoel wordt doorgaans door gemeenten verstrekt op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo). Om burgers aan wie een rolstoel is verstrekt in aanmerking te laten komen voor de tegemoetkoming, is het noodzakelijk dat deze verstrekking door alle gemeenten wordt geregistreerd en de gegevens worden doorgegeven aan het CAK. De Stuurgroep heeft aangegeven dat het uitvoeringstechnisch mogelijk is om dit criterium vanaf tegemoetkomingsjaar 2010 te betrekken bij de bepaling van de tegemoetkoming.

Met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (hierna: VNG) is afgesproken dat gemeenten met ingang van 2010 de gegevens van mensen die beschikken over een geldige indicatie voor een rolstoel op uniforme wijze gaan registreren, met als doel om deze gegevens te betrekken bij de bepaling van het recht op de tegemoetkoming. De eerste aanlevering van de rolstoelgegevens over 2010 aan het CAK vindt dan uiterlijk op 1 juli 2011 plaats ten behoeve van de uitbetaling van de tegemoetkoming in 2011 (over het jaar 2010). Mensen die in 2009 reeds een rolstoel gebruikten, hebben nog geen recht op een tegemoetkoming (uitkeringsjaar 2010), omdat het onmogelijk is gebleken om de registraties over 2009 op tijd in orde te krijgen. Uit onderzoek van Vektis is gebleken dat er in Nederland thans circa 143.000 rolstoelgebruikers zijn. Tachtig procent van de 143.000 rolstoelgebruikers maakt al aanspraak op een tegemoetkoming op basis van één van de bestaande criteria van de Wtcg.

Met dit besluit wordt gerealiseerd dat mensen met een indicatie voor een rolstoel die door de gemeente op grond van artikel 4, eerste lid, onderdeel b, van de Wmo is verstrekt, vanaf tegemoetkomingsjaar 2010 ook binnen de afbakening van de doelgroep vallen en dus recht hebben op een tegemoetkoming.

¹ Kamerstukken II, 2008/09, 31706, nr. 28.

Als gevolg van de toevoeging van rolstoelen als afbakeningscriterium zal het aantal mensen dat recht heeft op een tegemoetkoming stijgen met 28.000.

c. Meerjarig gebruik van Zvw-hulpmiddelen

Er zijn hulpmiddelen die langer dan een jaar meegaan. Zorgverzekeraars registreren hulpmiddelen slechts in het jaar dat ze aan verzekerden verstrekt worden én in het jaar dat onderhoud aan een hulpmiddel plaatsvindt. Doordat niet jaarlijks kosten worden gedeclareerd met betrekking tot dat hulpmiddel, worden deze verzekerden niet ieder jaar herkend bij de bepaling van de doelgroep van de Wtgc. Daardoor wordt het hulpmiddelengebruik niet voor iedereen elk jaar bij de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming betrokken en krijgen deze verzekerden daardoor mogelijk niet jaarlijks een tegemoetkoming.

Het kabinet heeft tijdens de parlementaire behandeling van de Wtgc in de Tweede Kamer laten weten dat het de mogelijkheden van registeren van het meerjarig hulpmiddelengebruik zal onderzoeken. Inmiddels is een oplossing voor dit vraagstuk ontwikkeld waardoor bij de bepaling van het recht op een tegemoetkoming voortaan rekening kan worden gehouden met meerjarig gebruik van hulpmiddelen. Omdat er uitsluitend vanaf 2009 een uniforme registratie van (meerjarig) hulpmiddelengebruik beschikbaar is, zal er sprake zijn van een ingroeimodel. 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. Gedurende een termijn van drie jaar zullen de gegevens vervolgens worden bewaard. Gebleken is dat gedurende deze periode in de regel kosten voor het hulpmiddelengebruik worden gedeclareerd. Deze bewaartermijn zal bij separate wijziging in artikel 1a van de Regeling tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten worden opgenomen.

Bepaalde hulpmiddelen, zoals verzorgingsmiddelen als incontinentiemateriaal, worden incidenteel (eenmalig) gebruikt. Deze hulpmiddelen worden jaarlijks aangeschaft en gedeclareerd. De aanspraak op de tegemoetkoming kan bij gebruikers van deze hulpmiddelen dan ook worden gebaseerd op de gegevens van de verzekerden die in het jaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft, het hulpmiddel hebben gedeclareerd. Onderzocht zal worden of voor de bepaling van meerjarig gebruik van hulpmiddelen een aparte voorziening moet worden getroffen. In de formulering van artikel 2, eerste lid, onderdeel c, is met dit onderzoek rekening gehouden.

Als gevolg van de toevoeging van het meerjarig hulpmiddelengebruik zullen naar verwachting 100.000 mensen extra een Wtgc-tegemoetkoming ontvangen.

d. Wmo-PGB-HV

In tegenstelling tot voor huishoudelijke verzorging in natura is het, vanwege het ontbreken van een uniforme landelijke registratie, niet mogelijk gebleken om het gebruik van Wmo-PGB-HV bij de berekening van de tegemoetkoming over 2009 te betrekken. Voor Wmo-PGB-HV heeft de Stuurgroep aangegeven dat het uitvoeringstechnisch goed mogelijk is om dit criterium vanaf 2010 te betrekken bij de bepaling van de tegemoetkoming. Gemeenten dienen daartoe de gegevens over de toegekende huishoudelijke verzorging (persoonsgegevens en het aantal weken zorggebruik in uren PGB-HV) te registreren en door te geven aan het CAK. In overleg met ondermeer de VNG is besloten gemeentelijke administraties voor Wmo-PGB's te betrekken bij de afbakening. Gemeenten zijn

vanaf 1 januari 2010 gestart met de uniforme registratie van de gegevens over Wmo-PGB-HV. Deze aanpassing in de afbakening leidt ertoe dat vanaf uitkeringsjaar 2011 circa 5.000 verzekerden extra een tegemoetkoming zullen ontvangen.

e. Het optellen van uren en dagdelen bij AWBZ-indicaties

Voor de voorliggende wijziging van het Besluit konden indicaties in uren en dagdelen niet bij elkaar worden opgeteld om te bepalen of iemand in totaal een indicatie heeft voor meer of minder dan 10 uur of 4 dagdelen AWBZ-zorg per week. Om die reden ontving iemand met een indicatie voor 6 uur en een indicatie voor 3 dagdelen tot op heden een lage tegemoetkoming. Iemand met enkel een indicatie voor 10 uur ontving een hoge tegemoetkoming. Daarnaast werden indicaties in uren en dagdelen in de oorspronkelijke systematiek niet bij elkaar opgeteld om vast te stellen of iemand een indicatie voor AWBZ-zorg heeft voor meer of minder dan 26 weken per jaar. Verzekerden met opgeteld een AWBZ-indicatie van minder dan 26 weken kwamen tot op heden niet in aanmerking voor een tegemoetkoming. Zo kwam iemand met één indicatie voor 27 weken dus in aanmerking voor een tegemoetkoming, maar iemand met een indicatie voor 2 weken met 1 dagdeel en daarna een indicatie voor 4 uren gedurende 25 weken niet. Voorgesteld wordt de mogelijkheid om indicaties in uren en dagdelen op te tellen expliciet op te nemen in de regeling. Als gevolg daarvan zullen per saldo 2.500 personen extra een tegemoetkoming gaan ontvangen

f. AWBZ-indicaties voor BJZ-cliënten

Voor 2009, het eerste jaar dat er tegemoetkomingen worden uitgekeerd, zijn alleen de indicaties afgegeven door het CIZ aangewezen als criteria voor de tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten. Het CIZ geeft voor het merendeel van de AWBZ-cliënten de indicaties af. Echter, ook de Bureaus Jeugdzorg geven indicaties af voor AWBZ-zorg¹. Deze vallen op grond van de Wtcg tot op heden niet onder de criteria die bepalend zijn voor het vaststellen van de tegemoetkoming. Gezien de doelstelling van de wet ligt het in de rede ook deze indicaties mee te nemen bij de vaststelling van een tegemoetkoming. Het CAK, het CIZ en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben samen met de MOgroep Jeugdzorg een uitvoeringstoets verricht om te onderzoeken of en op welke wijze AWBZ-indicaties die worden verstrekt door de BJZs kunnen worden betrokken bij de vaststelling van de aanspraak op een tegemoetkoming.² De belangrijkste conclusie van dit onderzoek is dat er op dit moment nog geen uniforme 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 BJZs en het systeem van het CIZ, maar dit proces is nog niet afgerond. Naar verwachting zullen met ingang van 1 januari 2010 de BJZs in staat zijn de voor het toekennen van de tegemoetkoming noodzakelijke informatie aan het CIZ te verstrekken. Vanaf dat moment zullen de AWBZ-indicaties die worden verstrekt door de BJZ's dan ook worden betrokken bij de vaststelling van de aanspraak op een tegemoetkoming. Voor het indelen in categorieën die bepalend zijn voor de hoogte van de tegemoetkoming, zullen de BJZs deze AWBZ-indicaties dan aan het CIZ doorgeven. Het CIZ verwerkt deze bestanden en beoordeelt vervolgens of de afgegeven indicaties vallen onder de criteria van artikel 2, eerste lid, onderdeel g, of i, of het tweede lid, onderdeel b, van het Btcg. Het CIZ geeft vervolgens aan het CAK door welke personen op basis van het afbakeningscriterium recht moeten krijgen op een lage of hoge tegemoetkoming. Het CIZ meldt het CAK niet welke indicatie deze

¹ De BJZs worden op grond van artikel 4 Wet op de jeugdzorg in stand gehouden door een stichting die door de provincie wordt gesubsidieerd. Deze stichting heeft onder meer tot taak vast te stellen of een cliënt is aangewezen op een vorm van geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen waarop ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten dan wel ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet aanspraak bestaat. Deze stichting geeft dus het indicatiebesluit af (artikelen 5 en 6 Wet op de jeugdzorg).

² De MOgroep is de landelijke branchevereniging voor de jeugdzorg.

personen hebben. Door het toevoegen van de indicaties afgegeven door de BJZ zullen naar verwachting maximaal 32.000 jeugdigen extra aanspraak maken op de tegemoetkoming.

g. Jaarvoorwaarde

In de oorspronkelijke regeling is geregeld dat personen een tegemoetkoming krijgen als zij daar volgens de criteria recht op hebben, ook als zij in het jaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft zijn overleden. Indien zij lopende dit tegemoetkomingsjaar zijn overleden ontvangen hun nabestaanden deze tegemoetkoming. Het kabinet acht het laatste bij nader inzien in strijd met de bedoelingen van de regeling. De tegemoetkoming is immers bedoeld om chronisch zieken en gehandicapten in staat te stellen evengoed als anderen in de samenleving te laten participeren. Zij worden geconfronteerd met extra kosten in vergelijking met andere groepen. De regeling voorziet in een financiële tegemoetkoming in deze meerkosten zodat zij beter in staat zijn om maatschappelijk te participeren. De tegemoetkoming mag niet losgekoppeld worden van dit doel. De Wtcg beoogt niet na het overlijden van de rechthebbende op de tegemoetkoming diens nabestaanden financieel te ondersteunen. Het ligt daarom in de rede dat personen die gedurende het kalenderjaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft zijn overleden, uit te sluiten van het recht op een tegemoetkoming.

Door de invoering van een jaarvoorwaarde daalt het aantal mensen dat recht heeft op een tegemoetkoming met 90.000.

Overigens zal met het wetsvoorstel waarin de inhoud van voorliggend Besluit in de Wtcg zelf zal worden opgenomen ook deze jaarvoorwaarde in de Wtcg worden neergelegd.

3. Het verwerken van persoonsgegevens

De voorstellen tot verbetering in de afbakening van de doelgroep van de tegemoetkoming leiden ertoe dat nieuwe doelgroepen aanspraak kunnen maken op een Wtcg-tegemoetkoming. Gedacht kan worden aan de mensen met een PGB voor huishoudelijke verzorging, rolstoelgebruikers in het kader van de Wmo en cliënten van BJZs met een indicatie AWBZ-zorg. Het is noodzakelijk dat met het oog op de vaststelling of mensen die behoren tot deze doelgroepen recht hebben op een tegemoetkoming persoonsgegevens – waaronder medische gegevens – worden verwerkt. Bij de regeling van de daarvoor noodzakelijk uitwisseling van persoonsgegevens tussen betrokken instanties is zoveel mogelijk aangesloten bij de reeds in het Btcg neergelegde structuur. Deze structuur is er op gericht de noodzakelijke verwerking van persoonsgegevens zo veel mogelijk te laten plaatsvinden op het niveau waar de verantwoordelijkheid voor het registreren van de gegevens ook ligt. Alleen die gegevens worden uitgewisseld met andere instanties waarvan het noodzakelijk is deze te vergelijken met andere gegevens om de aanspraak op een tegemoetkoming te kunnen bepalen.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de registratie van de gegevens over rolstoelgebruik in het kader van de Wmo en het PGB huishoudelijke verzorging. De gemeenten zullen van een ieder die een betreffende indicatie heeft, het BSN, de NAW-gegevens en de geboortedatum aan het CAK verstrekken. De persoonsgegevens die aan het CAK worden geleverd dienen bij het CAK gescheiden te worden opgeslagen. Gegevens die worden gebruikt ten behoeve van de Wtcg worden niet gezamenlijk opgeslagen of gekoppeld met gegevens die verkregen zijn om andere regelingen uit te voeren. Het CAK zal vervolgens aan de hand van deze gegevens beoordelen hoe hoog de tegemoetkoming is. Daarbij wordt eveneens bekeken of betrokkene wellicht valt onder meerdere categorieën als bedoeld in artikel 2, tweede lid, onder d (nieuw), van het Btcg.

Een indicatie voor rolstoelgebruik kan bijvoorbeeld in combinatie met een indicatie voor AWBZ-zorg leiden tot een hoge tegemoetkoming. Deze indicatiegegevens worden door de gemeenten en het CIZ aan het CAK geleverd. Het CAK is verantwoordelijk voor het samenvoegen van deze bestanden. De verantwoordelijkheid voor de rechtmatige verwerking van de persoonsgegevens in het verzamelbestand berust bij het CAK.

Voor de BJZs is een aparte voorziening noodzakelijk. BJZs leveren de indicatiegegevens tezamen met het BSN, de NAW-gegevens alsmede geboortedatum van betrokkenen niet rechtstreeks aan het CAK maar verstrekken deze aan het CIZ. Voor deze constructie is gekozen omdat een uniforme landelijke registratie van AWBZ-indicaties nog ontbreekt. Deze sluit aan bij een in de toekomst te realiseren koppeling tussen het Informatiesysteem Jeugdzorg en het informatiesysteem van het CIZ, waardoor deze uniforme landelijke registratie van AWBZ-indicaties zal ontstaan. Het CIZ kan de AWBZ-indicaties afgegeven door BJZs vervolgens combineren met AWBZ-indicaties van andere BJZs en de AWBZ-indicaties die mogelijk nog bij het CIZ voor dezelfde cliënt zijn afgegeven. Het CIZ beoordeelt vervolgens of de afgegeven indicaties vallen onder de criteria van artikel 2, eerste lid, onderdeel g of i, of het tweede lid, onderdeel b, van het Btcg. Het CIZ geeft tenslotte aan het CAK door welke personen op basis van het afbakeningscriterium recht hebben op een lage of hoge tegemoetkoming. Het CIZ vermeldt het CAK daarbij niet welke indicatie deze personen hebben. Het CIZ geeft alleen aan het CAK door of deze mensen op grond van hun AWBZ-indicatie aanspraak maken op een lage of hoge tegemoetkoming.

Advies van het College Bescherming Persoonsgegevens

In zijn advies van 10 maart 2010 merkt het College bescherming persoonsgegevens (CBP) op dat de Wtcg voorziet in automatische besluitvorming als bedoeld in artikel 42 van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Deze wet dient gezien laatstgenoemd artikel-onderdeel echter wel te voorzien in maatregelen die strekken tot bescherming van het gerechtvaardigde belang van betrokkenen. Tevens dient in dit geval degene die verantwoordelijk is voor de gegevensverwerking, de betrokkenen de logica mee te delen die ten grondslag ligt aan de geautomatiseerde verwerking van de betreffende gegevens (art. 42, vierde lid, Wbp). Net zoals het dat reeds bij de totstandkoming van de Wtcg zelf heeft gedaan, adviseert het CBP om eerderbedoelde, de betrokkenen beschermende maatregelen, in de Wtcg zelf te regelen¹.

Zoals reeds in antwoord op eerderbedoeld advies van het CBP² en op een gelijklopende opmerking van de Raad van State ten tijde van de totstandkoming van de Wtcg³ is aangegeven, lijkt artikel 42 Wbp toch vooral geschreven voor situaties waarin op basis van automatische besluitvorming een profielschets van (bepaalde aspecten van) iemands persoonlijkheid wordt opgesteld. Het gaat dan bijvoorbeeld over een oordeel over de beroepsprestatie, kredietwaardigheid, betrouwbaarheid of gedrag, dat op zijn beurt weer – bijvoorbeeld – een rol zal spelen bij de vraag of iemand voor bepaald werk wordt aangenomen dan wel of hem een lening wordt verstrekt. Artikel 42 lijkt, gezien de toelichting op dat artikel⁴, niet zozeer te zien op situaties waarin op grond van automatische gegevensverwerking al dan niet een geldbedrag (i.c. de Wtcg-tegemoetkoming) wordt uitgekeerd. Niet voor niets staat in die toelichting dat de precieze betekenis van de bepaling in de jurisprudentie nadere inhoud zal moeten krijgen. Om die reden meende de regering ten tijde van het opstellen van de Wtcg, dat artikel 42 op de hier bedoelde situatie niet van toepassing is. Sindsdien zijn er geen ontwikkelingen geweest die aanleiding geven deze opvatting te wijzigen.

¹ Het in de gelegenheid stellen van betrokkene om, voordat het besluit definitief wordt, zijn zienswijze in te brengen, is overigens een maatregel die passend is in de situatie bedoeld in artikel 42, tweede lid, onderdeel a, Wbp. Anders dan het CBP in zijn advies lijkt te impliceren, hoeft dit dus niet per se een maatregel te zijn als bedoeld in artikel 42, tweede lid, onderdeel b, Wbp.

² Kamerstukken II 2008/09, 31 706, nr. 3, pp. 13 en 14.

³ Kamerstukken II 2008/09, 31 706, nr. 5, pp. 16 tot en met 18.

⁴ Kamerstukken II 1997/98, 25 892, pp. 169 en 170.

Overigens voorziet de Algemene wet bestuursrecht voldoende in bescherming van de belangen van betrokkenen: degenen die menen ten onrechte geen of een te lage tegemoetkoming te ontvangen, kunnen daartegen bij het CAK in bezwaar en vervolgens bij de administratieve rechter in beroep komen. Anders dan de Raad van State, zijn de vorige en de huidige regering van mening dat daarmee in casu voldoende aan de belangen van de betrokkenen tegemoet wordt gekomen.

In de voorlichting wordt aandacht besteed aan de criteria die worden gehanteerd bij de bepaling van het recht op een tegemoetkoming.

Daarnaast adviseert het CBP om nogmaals toe te lichten hoe wordt omgegaan met het hergebruik van rekeningnummers.

Het uitgangspunt is dat alle gegevens die worden gebruikt ten behoeve van de Wtcg niet gezamenlijk worden opgeslagen of worden gekoppeld met gegevens die door het CAK verkregen zijn om andere regelingen uit te voeren. Het rekeningnummer is hierop een uitzondering. De reden hiervoor is dat het CAK de tegemoetkoming automatisch uitkeert aan rechthebbenden. Hiervoor zijn naast de naam en het adres van de rechthebbende ook de rekeningnummers nodig.

Als het rekeningnummer van rechthebbenden niet al via de Zvw-gegevens is aangeleverd kan het CAK terugvallen op het rekeningnummer dat uit hoofde van de inning van de eigen bijdragen voor extramurale AWBZ-zorg en Wmo al bij het CAK bekend is.

Van mensen die op grond van hun indicatie voor intramurale AWBZ-zorg recht hebben op een tegemoetkoming, heeft het CAK niet altijd de rekeningnummers. Weliswaar bepaalt het CAK ook de eigen bijdrage voor AWBZ-zorg van deze groep, maar voor het grootste deel van de betrokkenen (circa 90%) wordt deze vervolgens niet ingehouden door het CAK, maar door de Sociale Verzekeringsbank (SVB) of het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV). Het grootste deel hiervan wordt door de SVB uitgevoerd. De SVB meldt nu al aan het CAK dat de eigen bijdrage is ingehouden. Aan deze reeds bestaande gegevensstroom wordt het rekeningnummer toegevoegd, zodat het CAK de tegemoetkoming kan overmaken naar de rechthebbenden. Ook het UWV zal hiertoe rekeningnummers aan het CAK verstrekken.

Aan het hergebruik van het rekeningnummer zal in de voorlichting aan burgers aandacht worden besteed.

4. Terugwerkende kracht

Het voornemen is de voorstellen tot verbeteringen in de afbakening met ingang van 1 januari 2010 effect te laten hebben. Deze verbetervoorstellen behelzen zowel uitbreidingen als versoeringen van aanspraken: 374.000 mensen die op basis van de oorspronkelijke afbakeningscriteria ten onrechte geen tegemoetkoming ontvangen, zullen hier alsnog voor in aanmerking komen, terwijl 215.000 mensen op grond van de voorstellen geen aanspraak meer kunnen maken. Tijdens de parlementaire behandeling van de Wtcg en in de eerste voortgangsrapportage is toegezegd om te onderzoeken of en op welke wijze een aantal maatregelen mogelijk met terugwerkende kracht kan gelden per 1 januari 2009. Gezien de toestand van de rijksfinanciën heeft het kabinet echter moeten concluderen dat de benodigde budgettaire ruimte hiertoe ontbreekt.

5. Procedure

Het gaat bij bovenstaande voorstellen om een wijziging van de criteria, genoemd in artikel 2, eerste lid, van de Wtcg. Deze criteria kunnen op grond van artikel 2, derde lid, van de Wtcg bij algemene maatregel van bestuur worden aangevuld indien dit met het oog op een betere werking

van deze wet op korte termijn noodzakelijk wordt geacht. Conform het vierde lid van artikel 2 van de Wtcg zal de plaatsing in het Staatsblad van dit besluit zo spoedig mogelijk worden gevolgd door een voorstel van wet waarin de uitbreiding van dit criterium wordt voorgesteld.

6. Kosten en administratieve lasten

Voor de verbetering van de afbakening van de aanspraak op een tegemoetkoming is € 50 miljoen beschikbaar. De voorstellen passen binnen deze beschikbare ruimte. Daarbij is 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. Op basis van de nieuwe berekeningen wordt duidelijk dat 44.000 mensen meer dan aanvankelijk was berekend aanspraak kunnen hebben op een tegemoetkoming. 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. Deze correctie leidt tot een daling van 23.000 mensen die recht hebben op een Wtcg-tegemoetkoming ten opzichte van eerdere berekeningen.

De volgende tabel is ontleend aan het eindrapport van de Taskforce en geeft een overzicht weer 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.

Tabel 3: Mutaties in het aantal mensen (x 1.000) dat aanspraak kan maken op een tegemoetkoming en budgettaire gevolgen (X 1.000.0000), structurele situatie¹

	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 BJZs 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 (= 1 t/m 6)	+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 ²	+24	0	+24	-5,3
13. Totale mutatie (=10+11)	+46	+68	+115	50,0

¹ 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.

² Dit is een stelpost voor een specifieke faciliteit voor een beperkte, helder afgebakende groep verzekerden die op basis van de aangepaste afbakeningscriteria nog steeds ten onrechte geen aanspraak kunnen maken op een tegemoetkoming. Vanwege de toestand van de rijksfinanciën is echter binnen het kabinet afgesproken geen vorm te geven aan deze specifieke faciliteit.

Op grond van de oorspronkelijke 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 oorspronkelijke afbakeningscriteria ten onrechte niet voor in aanmerking komen.¹ Tegelijkertijd zijn er 215.000 mensen die op grond van de oorspronkelijke 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 de tabel blijkt, het aantal mensen dat als gevolg van de maatregelen van de Taskforce een tegemoetkoming ontvangt dus met 159.000 toenemen. Daarmee kan worden geconcludeerd dat er sprake is van een substantiële verruiming van de afbakening van de doelgroep van de Wtcg.

De extra uitvoeringskosten als gevolg van de voorgestelde wijzigingen in de afbakening zijn minimaal, omdat zeer nauw wordt aangesloten wordt bij bestaande werkwijzen en lopende ontwikkelingen. Gemeenten en BJZs zullen worden gefaciliteerd voor het inregelen van de gegevens-uitwisseling.

De wijzigingenvoorstellen hebben ten opzichte van eerdere regelgeving minimale – zo niet geen – gevolgen voor de administratieve lasten.

De eerste Wtcg-beschikkingen over het jaar 2010 zullen vóór november 2011 verzonden worden. De uitkering van de tegemoetkoming zal aansluitend aan het versturen van de beschikking plaatsvinden. In dat verband moet rekening worden gehouden met een grotere toeloop op het secundaire proces voor informatieverzoeken en bezwaren in verband met de voorgestelde wijzigingen.

7. Voorlichting

Ten behoeve van duidelijkheid voor de doelgroep is het van belang dat de inwerkingtreding van bovengenoemde voorstellen vergezeld gaat met een uitgebreide op de doelgroep toegespitste voorlichtingscampagne.

De voorlichting over deze veranderingen zal aanvangen na de uitkering van de tegemoetkoming over het jaar 2009 in november 2010. Dit om verwarring en onrust te voorkomen over hoe de situatie nu is en wat pas later aan de orde is. Wel kan uiteraard al eerder in rechtstreeks contact met een betrokkene gewezen worden op mogelijke wijzigingen in zijn tegemoetkoming.

In de eindejaarscampagne over veranderingen in de zorg zal in 2010 – net als vorig jaar – aandacht zijn voor de Wtcg. Er zullen advertenties en advertorials worden geplaatst in huis-aan-huis bladen en vakbladen. Daarnaast zal de brochure «De Wtcg, wat hebt u daarmee?» worden aangepast aan de wijzigingen die uit het voorliggende besluit voortvloeien. Ook zullen de wijzigingen terug te vinden zijn in het internet-dossier «Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten» op www.wtcg.info (onderdeel van www.minvws.nl). In de aanloop naar het uitkeringsjaar 2011 zal de uitvoeringstechnische communicatie naar de ketenpartners worden verzorgd (in het bijzonder de gemeenten, de BJZs en CIZ).

In de algemene voorlichting zal nadrukkelijk aandacht worden besteed aan de groepen die als gevolg van de verbetering van de afbakening van de Wtcg met ingang van 2010 geen aanspraak meer hebben op een tegemoetkoming, terwijl zij in 2009 wel een tegemoetkoming hebben ontvangen.

¹ Dit is het totaal als gevolg van de verbeteringen inzake ziekenhuiszorg en geneesmiddelengebruik (+205.000, tegelijkertijd zijn er 215.000 mensen die volgende de huidige afbakeningscriteria een tegemoetkoming ontvangen, maar die volgens de door de Taskforce geraadpleegde medische experts niet tot de doelgroep van de Wtcg behoren), 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).

Ten slotte kunnen burgers voor nadere informatie of het stellen van vragen terecht bij Postbus 51, via www.postbus51.nl of telefonisch op 0800-8051. Postbus 51 beschikt over algemeen voorlichtingsmateriaal over de Wtcg, dat zowel via internet als telefonisch kan worden opgevraagd. Ook kan Postbus 51 vragen van burgers in veel gevallen direct beantwoorden. Bij meer specifieke vragen zorgt Postbus 51 ervoor dat deze worden doorgeleid naar de juiste instantie, om daar verder te worden afgehandeld.

Artikelsgewijs

Artikel I

A

Artikel 1, onderdelen b, c en d

In het systeem zoals dat tot inwerkingtreding van voorliggend Besluit luidde werden FKG's en DKG's gebruikt bij de afbakening van de aanspraak op basis van ziekenhuiszorg en farmaceutische zorg. FKG's (farmaceutische kostengroepen) en DKG's (diagnose kostengroepen) zijn respectievelijk geclusterde actieve geneesmiddelenbestanddelen (ATC's) en diagnosebehandelingcombinaties (DBC's). Na inwerkingtreding van voorliggend Besluit tot verbetering van de afbakeningscriteria, wordt de aanspraak op een tegemoetkoming op basis van Zvw-zorggebruik niet langer gebaseerd op FKG's en DKG's, maar op DBC's en ATC's die gebruikt worden bij de behandeling van chronische ziektebeelden en handicaps die gepaard gaan met meerkosten voor de verzekerde. Daartoe is het noodzakelijk de definitie van DBC's en ATC's in artikel 1 op te nemen en kunnen de begripsomschrijvingen van FKG's en DKG's vervallen.

De verschillende lijsten van ATC-codes en DBC-diagnosecodes en DBC-behandelcodes zijn ingedeeld in zogenaamde Chronische Groepen (hierna: CG's).

Een CG is een ATC of DBC, of een combinatie van een ATC en DBC die hoort bij een specifieke chronische aandoening. De specifieke ATC of DBC of de combinatie van de ATC en de DBC binnen een bepaalde CG bepaalt of deze CG leidt tot een tegemoetkoming en de hoogte van die tegemoetkoming. In artikel 1 wordt voorgesteld een definitie van een CG op te nemen. In artikel 2 van de Regeling tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten worden de onderscheidene CG's nader geregeld.

Artikel 1, onderdeel e

De definitie van «indicatiebesluit» dient te worden aangepast, nu ook indicatiebesluiten van de BJZs kunnen leiden tot een tegemoetkoming.

B en C

Artikel 2, eerste en tweede lid, aanhef – jaarvoorwaarde

Op basis van het systeem zoals dat luidde voor de inwerkingtreding van voorliggend Besluit ontvingen de erven de tegemoetkoming van personen die op basis van de afbakeningscriteria recht zouden hebben op een tegemoetkoming maar overleden zijn in het jaar waarop de tegemoetkoming betrekking had. Dit is onwenselijk en past niet binnen de doelstellingen van de Wtcg. Om die reden worden in de aanhef van artikel 2, eerste en tweede lid, de personen die gedurende het kalenderjaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft zijn overleden, uitgezonderd van het recht op een tegemoetkoming.

Artikel 4 van de Wtcg kent iemand die meent rechthebbende te zijn dan wel diens nabestaanden het recht toe bij het CAK te informeren naar de gronden waarop een tegemoetkoming is verleend of geweigerd. Dit voorschrift zal nog uitsluitend die nabestaanden kunnen betreffen van een chronisch zieke of gehandicapte die na het tegemoetkomingsjaar is overleden. Het ligt in de rede dat zij in staat worden gesteld het recht dat de overledene had op een tegemoetkoming, te effectueren.

Artikel 2, eerste lid, onderdelen a tot en met c – Verbetering aanspraak ziekenhuiszorg en geneesmiddelengebruik

In het systeem zoals dat luidde voor inwerkingtreding van voorliggend Besluit worden FKG's en DKG's gebruikt bij de afbakening van de aanspraak op basis van ziekenhuiszorg en farmaceutische zorg. FKG's en DKG's zijn respectievelijk geclusterde actieve geneesmiddelenbestanddelen (ATC's) en diagnosebehandelingcombinaties (DBC's). In de voorstellen tot verbetering van de afbakeningscriteria wordt de aanspraak op een tegemoetkoming op basis van Zvw-zorggebruik niet langer gebaseerd op FKG's en DKG's maar op DBC's en ATC's die horen bij chronische ziektebeelden en handicaps (chronische groepen) die gepaard gaan met meerkosten voor de verzekerde. Daardoor is een samenhangende beoordeling van geneesmiddelen- en ziekenhuiszorggebruik die verbonden zijn aan een bepaalde chronische aandoening, mogelijk (zie algemeen deel van deze toelichting). In de vorige systematiek van de Wtcg bestonden geen chronische diagnosegroepen en wogen geneesmiddelen- en ziekenhuiszorggebruik voor dezelfde aandoening op een bepaalde wijze bij het bepalen of een persoon al dan niet in aanmerking komt voor een (hoge of lage) tegemoetkoming. In de systematiek van chronische diagnosegroepen zijn deze beide zorgvormen bijeengebracht en is een wegingsystematiek ontwikkeld voor de wijze waarop op basis van CG's wordt bepaald of personen op grond van zorggebruik recht hebben op een lage of hoge tegemoetkoming. Binnen de chronische groepen worden de DBC's en ATC's met elkaar gewogen. Per DBC en ATC is vastgesteld of deze zwaar of licht meeweegt binnen een CG. In de artikelen 3 en 3a van de Regeling tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten en de daarbij behorende bijlagen wordt deze weging nader geregeld. Welke specifieke combinatie van vergoede ATC en vergoede DBC leidt tot een CG die recht geeft op een lage dan wel hoge tegemoetkoming dan wel geen recht geven op een tegemoetkoming, wordt nader geregeld in artikel 2 van de Regeling tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten.

Er zijn drie verschillende soorten CG's te onderscheiden:

1. Chronische Groepen die geen recht geven op een tegemoetkoming. Indien de verzekerde een ATC vergoed kreeg die in de ministeriële regeling wordt aangemerkt als «licht» dan leidt dat op zichzelf tot een Chronische Groep die geen recht geeft op een tegemoetkoming. Indien de verzekerde een DBC vergoed kreeg die in de ministeriële regeling wordt aangemerkt als «licht» dan leidt dat op zichzelf tot een Chronische Groep die geen recht geeft op een tegemoetkoming. Ook de combinatie van een lichte ATC en een lichte DBC voor dezelfde chronische aandoening leidt tot een Chronische Groep die op zichzelf geen recht geeft op een tegemoetkoming.

2. Chronische Groepen die recht geven op een lage tegemoetkoming. Indien de verzekerde een ATC vergoed kreeg die in de ministeriële regeling wordt aangemerkt als «zwaar» dan leidt dat op zichzelf tot een Chronische Groep die recht geeft op een lage tegemoetkoming. Indien de verzekerde een DBC vergoed kreeg die in de ministeriële regeling wordt aangemerkt als «zwaar» dan leidt dat op zichzelf tot een lage tegemoet-

koming. Een combinatie van een lichte ATC en een zware DBC of de combinatie tussen een zware ATC en een lichte DBC voor dezelfde chronische aandoening leidt tot een Chronische Groep die op zichzelf recht geeft op een lage tegemoetkoming.

3. Chronische Groepen die recht geven op een hoge tegemoetkoming. Indien de verzekerde een ATC vergoed kreeg die in de ministeriële regeling wordt aangemerkt als «zwaar» en daarnaast voor dezelfde aandoening een DBC vergoed kreeg die in de ministeriële regeling wordt aangemerkt als «zwaar» dan leidt dat op zichzelf tot een Chronische Groep die recht geeft op een hoge tegemoetkoming.

In artikel 2, eerste lid, onderdelen a tot en met c, van het onderhavige besluit is limitatief geregeld wanneer een verzekerde op basis van Zvw-zorggebruik aanspraak heeft op een lage tegemoetkoming. Dit is het geval indien hij in het kalenderjaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft:

- één of meer ATC's of in het jaar voorafgaand aan dat jaar één of meer DBC's vergoed kreeg die behoren tot een bij ministeriële regeling aangewezen chronische groep die recht geeft op een lage tegemoetkoming;

- één of meer ATC's of in het jaar voorafgaand aan dat jaar één of meer DBC's vergoed kreeg die behoren tot twee of meer bij ministeriële regeling aangewezen Chronische Groepen die afzonderlijk geen recht geven op een tegemoetkoming;

- een ATC of in het jaar voorafgaand aan dat jaar een DBC vergoed kreeg die behoort of die tezamen behoren tot een bij ministeriële regeling aangewezen Chronische Groep die geen recht geeft op een tegemoetkoming en in een bij ministeriële regeling te bepalen periode voor rekening van zijn zorgverzekeraar een bij die regeling aangewezen hulpmiddel heeft verkregen of heeft laten repareren.

In artikel 2, tweede lid, onderdeel a, is geregeld wanneer een verzekerde op basis van Zvw-zorggebruik aanspraak heeft op een hoge tegemoetkoming. Dit is het geval indien hij in het kalenderjaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft een of meer ATC's of in het jaar voorafgaand aan dat jaar een of meer DBC's vergoed kreeg die behoren tot:

- één of meer bij ministeriële regeling aangewezen Chronische Groepen die recht geven op een hoge tegemoetkoming, of

- twee of meer bij ministeriële regeling aangewezen Chronische Groepen die recht geven op een lage tegemoetkoming.

De opsomming in het tweede lid is limitatief. Dit impliceert dat andere dan in dit voorschrift opgenomen combinaties niet tot een hoge tegemoetkoming kunnen leiden. Iemand met een CG die recht geeft op een lage tegemoetkoming in combinatie met een CG dat geen recht geeft op een tegemoetkoming en tevens in dat jaar gebruik heeft gemaakt van een hulpmiddel, heeft derhalve geen recht op een hoge tegemoetkoming (zie ook het tweede lid, onderdeel d, onder 1°).

In artikel 2, tweede lid, onderdeel d (nieuw), is geregeld dat bepaalde combinaties van verschillende categorieën eveneens kunnen leiden tot een hoge tegemoetkoming (vergelijkbaar aan het artikel 2, tweede lid, onderdeel a, zoals dat luidde voor inwerkingtreding van voorliggend besluit).

De voorgestelde maatregelen worden uitgewerkt in artikelen 2 en 3 van de Regeling tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten. De voorgestelde wijzigingen van artikel 2 van dit besluit bevat de noodzakelijke basis daarvoor.

Onderdeel c (nieuw) is aangepast ten einde rekening te kunnen houden met het gebruik van hulpmiddelen als bedoeld in artikel 1a van de Regeling tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten die niet in het jaar waarop de tegemoetkoming ziet, door de zorgverzekeraar zijn vergoed, maar die naar verwachting in dat jaar wel degelijk in gebruik zijn geweest. In artikel 1a van de Regeling tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten zal dit meerjarig gebruik nader worden geregeld. Daarmee heeft iemand die in het jaar waarop de tegemoetkoming ziet of in (één van) de twee daaraan voorafgaande jaren een hulpmiddel dan wel de reparatie daarvan vergoed heeft gekregen, en die daarnaast nog in een CG valt die op zich geen recht op een tegemoetkoming geeft, eveneens recht op een lage tegemoetkoming. Daarmee omvat de regeling ook het meerjarig gebruik van hulpmiddelen.

Artikel 2, eerste lid, onderdeel d (nieuw) en artikel 3, vierde lid (nieuw) – rolstoelen

In het kader van de Wmo heeft de gemeente onder meer de taak voorzieningen te verlenen aan mensen met een beperking ten behoeve van het behouden en het bevorderen van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer (artikel 1, eerste lid, onderdeel g, onder 6°, van de Wmo). Ter compensatie van de beperking die deze persoon ondervindt in zijn zelfredzaamheid en zijn maatschappelijke participatie, treft de gemeente voorzieningen op het gebied van maatschappelijke ondersteuning die hem in staat stellen onder meer zich te verplaatsen in en om de woning (artikel 4, eerste lid, onderdeel b, van de Wmo). De deelname van mensen met een beperking aan het maatschappelijk verkeer zal bevorderd worden als zij zich met hun rolstoel gemakkelijk kunnen bewegen in hun woonomgeving en toegang hebben tot alle openbare faciliteiten.

Een rolstoelvoorziening is daarom een voorziening als bedoeld in artikel 4 van de Wmo. Een rolstoelvoorziening moet die persoon in staat stellen zich zelfstandig, zittend te verplaatsen in en om de woning. Er zijn verschillende soorten rolstoelvoorzieningen, bijvoorbeeld: sportrolstoel¹, handbewogen rolstoel², elektrische rolstoel³ en kinderroolstoel⁴. Hieronder vallen niet vervoervoorzieningen als de rolstoelscooter⁵ of de scootmobiel⁶. Daarbij kan het gaan om een rolstoel die van de gemeente is gekregen of om een persoon die een persoonsgebonden budget (pgb) of financiële tegemoetkoming heeft gekregen om de rolstoel aan te schaffen. In alle gevallen is het van belang dat betrokkene op 31 december van het kalenderjaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft, de beschikking heeft over de indicatie voor de rolstoel.

Aan artikel 3 wordt een nieuw vierde lid toegevoegd waarin is geregeld welke gegevens de gemeenten aan het CAK moeten aanleveren ten behoeve van de uitvoering van de Wtcg. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de registratie van de gegevens. Het CAK bepaalt op basis van de informatie van de gemeenten de hoogte van de tegemoetkoming. De gegevens moeten uiterlijk 1 juli volgend op het jaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft bij het CAK zijn aangeleverd. De persoonsgegevens dienen bij het CAK gescheiden te worden opgeslagen. Gegevens die worden gebruikt ten behoeve van de Wtcg worden niet gezamenlijk opgeslagen of gekoppeld met gegevens die verkregen zijn om andere regelingen uit te voeren, met uitzondering van het rekeningnummer dat bekend is ten behoeve van door het CAK te innen eigen bijdragen voor AWBZ of Wmo voor dié rechthebbenden, waarvan het rekeningnummer niet al via de zorgverzekeraars is aangeleverd.

¹ Een sportrolstoel is een rolstoel waarmee recreatieve sporten kunnen worden beoefend. Kenmerkend voor een sportrolstoel is in de regel dat de twee grote wielen van de rolstoel scheef staan (camber) waardoor de handen niet ingeklemd raken als langs een andere sportende rolstoeler worden gereden.

² Bijvoorbeeld een actiefrolstoel, een duwhoepelrolstoel en een duw(wandel)waggen. Een actiefrolstoel is een rolstoel voor mensen die in staat zijn zich langdurig zelfstandig te verplaatsen en niet willen worden voortgeduwd. Een actiefrolstoel is in het algemeen voorzien van kleine wielen voor en grote wielen met hoepels achter. Een duw-hoepelrolstoel is een rolstoel met twee grote wielen die met behulp van de hoepels die aan de grote wielen zijn bevestigd zelf voortbewogen kunnen worden. Een duw-hoepelrolstoel heeft ook duwhandvatten, waardoor de rolstoel ook kan worden voortgeduwd door een begeleider.

Een duw(wandelwaggen) is een rolstoel die niet zelf voortbewogen kan worden. Een begeleider zal de rolstoel moeten voortduwen.

Duw(wandel)wagens hebben vaak zwenkwielen voor of achter om het sturen te vergemakkelijken.

³ Een elektrische rolstoel is een rolstoel die elektrisch wordt aangedreven. De rolstoel kan rijden met een snelheid van in het algemeen 5 tot 10 km/uur en kan gebruikt worden voor afstanden tussen de 20 en 60 kilometer. Er bestaan drie soorten elektrische rolstoelen, namelijk rolstoelen voor binnen, binnen/buiten en voor alleen buitengebruik. Elektrische rolstoelen hebben vaak een elektronische besturing zoals een joystick en/of knoppen op een stuurkastje dat op de linker of rechter armleniging van de rolstoel is gemonteerd.

⁴ Een rolstoelvoorziening voor kinderen komt overeen met een rolstoelvoorziening voor volwassenen echter houdt rekening met de groei van het kind. Een kinderroolstoel beschikt meestal over diverse instel- en aanpasmogelijkheden.

⁵ Een rolstoelscooter of pendel is een elektrisch aangedreven gehandicaptenvoertuig. Met de rolstoel wordt de pendel ingereden, waarna men zich zelfstandig kan verplaatsen over een afstand van maximaal 50 kilometer. De maximumsnelheid van een rolstoelscooter is ongeveer 18 kilometer per uur.

⁶ Een scootmobiel is een open elektrische buitenwaggen met drie of vier wielen. Met een opgeladen accu kan een scootmobiel in het algemeen een afstand afleggen van 35 tot 50 kilometer, met een snelheid van ongeveer 8 tot 15 kilometer per uur.

Artikel 2, eerste lid, onderdeel g en tweede lid, onderdeel b – optellen uren en dagdelen AWBZ-indicatie

Gebleken is dat de formulering van artikel 2, eerste lid, onderdelen g en h, en het tweede lid, onderdelen b en c, van het Btcg zoals dat luidde voor inwerkingtreding van voorliggende wijziging niet goed aansloot bij de praktijk van het indiceren waarbij de omvang van de AWBZ-zorg waarvoor een zorgvrager in aanmerking komt zowel in uren als in dagdelen kan worden aangegeven. Daardoor kan er onduidelijkheid ontstaan over de hoogte van de tegemoetkoming in het geval dat iemand tegelijkertijd of opeenvolgend zowel indicaties in uren als in dagdelen heeft gekregen. Daarom wordt voorgesteld expliciet te regelen dat voor het bepalen van de totale omvang van zorg een optelling van indicaties in uren en dagdelen mogelijk is. Dit geschiedt door te bepalen dat een indicatie voor een dagdeel gelijk staat aan een indicatie voor 2,5 uur.

Door indicaties in dagdelen om te rekenen in indicaties in uren, zal voor de bepaling van het recht op en de hoogte van de tegemoetkoming aldus geheel kunnen worden gewerkt met indicaties in uren. Dientengevolge konden onderdeel h van het eerste lid en onderdeel c van het tweede lid zoals deze onderdelen voorheen luiden, vervallen.

Artikel 2, eerste lid, onderdeel h, artikel 2, tweede lid, onderdeel c, en artikel 3, vijfde lid (nieuw) – Wmo-HV-PGB

De gemeente is verplicht mensen die problemen ondervinden in hun zelfredzaamheid of maatschappelijke participatie te compenseren. In dat verband moet de gemeente mensen die niet in staat zijn een huishouden te voeren hulp bij het huishouden aanbieden (artikel 4, eerste lid, juncto artikel 1, eerste lid, onderdeel h, van de Wmo). Met hulp bij het huishouden wordt bedoeld het ondersteunen bij of het overnemen van huishoudelijke taken in de huishouding. Huishoudelijke hulp kan in verschillende vormen worden aangeboden. De gemeente is verplicht de burgers de keuze te geven tussen een voorziening in natura en een voorziening in de vorm van een persoonsgebonden budget. Een voorziening in natura is een voorziening die bestaat uit goederen of diensten, niet uit geld. De betrokkene hoeft dan niets zelf te regelen. Heeft iemand bijvoorbeeld hulp bij het huishouden nodig, dan komt iemand de toegekende hulp bieden. Het PGB houdt in dat de gemeente iemand één bedrag geeft voor de kosten van een voorziening. De betrokkene mag zelf weten waar hij de voorziening aanschafft. De hoogte van het PGB moet hem in staat stellen een voorziening te kopen vergelijkbaar met de voorziening die de gemeente in natura zou hebben verstrekt. In voorgesteld artikel 2, eerste lid, onderdeel h en tweede lid, onderdeel c is tevens huishoudelijke hulp in de vorm van een persoonsgebonden budget toegevoegd ten einde aan te geven dat zowel mensen die huishoudelijke verzorging van de gemeente in natura ontvangen als mensen die daarvoor een PGB krijgen, recht kunnen hebben op een Wtcg-tegemoetkoming. Verschil is dat bij de tegemoetkoming voor huishoudelijke verzorging in natura wordt uitgegaan van daadwerkelijk verleende zorg. Voor wat betreft de tegemoetkoming PGB huishoudelijke verzorging wordt echter uitgegaan van het aantal door de gemeente geïndiceerde uren en weken huishoudelijke verzorging. Combinaties van weken of uren PGB huishoudelijke verzorging (indicatie) én natura (zorggebruik) tellen mee voor het bepalen van een recht op een tegemoetkoming.

Aan artikel 3 is een nieuw vijfde lid toegevoegd waarin is geregeld welke gegevens de gemeenten aan het CAK moeten aanleveren ten behoeve van het kunnen vaststellen of er recht bestaat op een Wtcg-tegemoetkoming. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de registratie van

de gegevens. Het CAK bepaalt op basis van de informatie van de gemeenten de hoogte van de tegemoetkoming. De gegevens over de toegekende PGB's huishoudelijke verzorging worden periodiek bij het CAK aangeleverd, echter uiterlijk 1 juli volgend op het jaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft. Indien iemand bijvoorbeeld in 2010 een PGB huishoudelijke verzorging toegekend heeft gekregen, dienen de gegevens uiterlijk 1 juli 2011 te zijn aangeleverd.

Artikel 2, vijfde lid (nieuw)

Het vijfde lid voorkomt dat rechthebbenden die in enig jaar onder meer categorieën als bedoeld in het eerste lid vallen en dientengevolge wegens toepassing van artikel 2, tweede lid, onderdeel a, onder 2°, of toepassing van artikel 2, tweede lid, onderdeel d, recht hebben op een hoge tegemoetkoming, in plaats daarvan twee lage tegemoetkomingen (die tezamen een hoger bedrag vertegenwoordigen dan een hoge tegemoetkoming) kunnen claimen.

Artikel 2, zesde lid (nieuw) en artikel 3, zesde lid (nieuw) – BJZs

In artikel 1 van het besluit wordt wat betreft «indicatiebesluit» verwezen naar een besluit van een indicatieorgaan als bedoeld in het Zorgindicatiebesluit, waarbij wordt bedoeld op een indicatieorgaan in de zin van artikel 9a van de AWBZ. BJZs zijn geen indicatieorgaan in de zin van artikel 9a AWBZ. Daarom vallen de BJZs tot op heden buiten het bereik van de regeling. In het nieuwe vierde lid wordt geregeld dat ook de indicaties die door de stichting, bedoeld in artikel 9b, vierde lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zijn afgegeven, worden meegenomen voor het vaststellen of een iemand recht heeft op een tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten. Artikel 9, vierde lid, van de AWBZ bepaalt dat cliënten als bedoeld in artikel 1, onder d, van de Wet op de jeugdzorg slechts aanspraak op zorg – aangewezen krachtens artikel 5, tweede lid, onder b en c, van die wet – hebben indien de stichting die werkzaam is in de provincie waar de betrokken jeugdige duurzaam verblijft, een besluit heeft genomen waaruit blijkt dat die cliënt op die zorg is aangewezen. BJZs worden op grond van artikel 4 Wet op de jeugdzorg in stand gehouden door een stichting die door de provincie wordt gesubsidieerd. Deze stichting heeft onder meer tot taak vast te stellen of een cliënt is aangewezen op een vorm van geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen waarop ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten dan wel ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet aanspraak bestaat. Deze stichting geeft dus het indicatiebesluit af (artikelen 5 en 6 Wet op de jeugdzorg).

Tevens is in het nieuwe zesde lid van artikel 3 geregeld dat voor het indelen in categorieën die bepalend zijn voor de hoogte van de tegemoetkoming, de BJZs de daarvoor benodigde gegevens, waaronder de soort en omvang van de geïndiceerde zorg, van haar cliënten aan het CIZ verstrekken. Het CIZ verwerkt deze bestanden en beoordeelt vervolgens of de afgegeven indicaties vallen onder de criteria van artikel 2, eerste lid, onderdeel g, h of j of het tweede lid, onderdelen b of c van het Btcg. Het CIZ geeft vervolgens aan het CAK door welke personen op basis van het afbakeningscriterium recht hebben op een lage of hoge tegemoetkoming. Het CIZ vermeldt het CAK daarbij niet welke indicatie deze personen hebben. Het CIZ geeft op grond van artikel 3, derde lid, van het Btcg alleen aan het CAK door of deze mensen op grond van hun AWBZ-indicatie aanspraak maken op een lage of hoge tegemoetkoming.

Deze verplichting ontstaat pas voor het eerst in het jaar 2010, aangezien de BJZs pas voor het eerst in april van het jaar 2011 de benodigde gegevens aan het CIZ zullen verstrekken.

Ten slotte

De wijzigingen in artikel 2, eerste lid, onderdelen e en f, zijn van louter redactionele aard. Zij repareren kleine misslagen die in deze onderdelen zijn terechtgekomen na inwerkingtreding van het Besluit van 23 december 2009 houdende wijziging van het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten in verband met indicatie in klassen en enkele andere technische wijzigingen (Stb. 2010, 40).

D

In de nieuwe regeling in de Wet Wajong wordt de mate van arbeidsongeschiktheid niet vastgesteld. Artikel 4, eerste lid, onderdeel b, kan in ongewijzigde vorm derhalve niet op jonggehandicapten die recht op arbeidsondersteuning hebben worden toegepast. Voorgesteld wordt de tegemoetkoming aan alle jonggehandicapten die recht op arbeidsondersteuning hebben toe te kennen. Voor personen die een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van hoofdstuk 3 van de Wet Wajong ontvangen wijzigt niets, zij ontvangen de tegemoetkoming bij een mate van arbeidsongeschiktheid van 35% of meer.

Deze aanpassing zal met terugwerkende kracht per 1 januari 2010 in werking treden.

Artikel II

De ministeriële regeling, bedoeld in artikel 2, eerste lid, onderdelen a, b en c, en tweede lid, onderdeel a, van het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten, wordt voor de eerste maal vastgesteld in het tweede kwartaal van 2011.

Artikel III

In het eerste lid is bepaald dat deze algemene maatregel van bestuur in werking treedt met ingang van de dag na de datum van uitgifte van het Staatsblad waarin het wordt geplaatst en terug werkt tot en met 1 januari 2010.

De wijziging van het Besluit Wtcg met betrekking tot de Wajong kan pas in werking treden op het moment waarop het wetsvoorstel tot aanpassing van de Wet investeren in jongeren en enkele andere wetten ter verduidelijking en verbetering van enige punten (Kamerstukken I 2009/10, 32 260, A) tot wet is verheven en in werking treedt (tweede lid).

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink