

---

## Bijlage A - Korting op de factuur ZzV/Wmo

Om de korting op de factuur vanaf 2010 te kunnen doorvoeren dient een nieuw systeem ontwikkeld worden. Het is niet mogelijk om deze korting eerder te implementeren op de factuur dan januari 2010 aangezien de doorlooptijd van deze ontwikkeling ten minste een jaar bedraagt.

Over het zorgjaar 2009 wordt de korting achteraf uitbetaald. Cliënten ontvangen na afloop van het zorgjaar een creditfactuur over het volledige zorgjaar 2009. Met deze factuur wordt geen nieuwe zorg of correcties op aantal uren gefactureerd, alleen het kortingspercentage over 2009 wordt uitgekeerd. De factuur is qua layout en afhandeling gelijk aan een reguliere ZzV/Wmo factuur. Dat wil zeggen dat er wordt verrekend met een eventueel openstaand saldo van de cliënt, en bij correcties achteraf over 2009 wordt het kortingspercentage meegenomen in de berekening. Dit betekent dat correcties op 2009 niet tot een nieuwe aparte creditfactuur leiden, maar meegenomen worden op de lopende factuur in 2010.

De creditfactuur moet als extra factuur tussen de bestaande processen van het aanmaken van kennisgevingen, beschikkingen en facturen worden ingepland.

De korting wordt per factuurregel berekend. Dit maakt rapportages op detailniveau over de ingehouden korting per opdrachtgever (gemeenten, CVZ) mogelijk. Op de factuur naar de cliënt wordt het totale kortingsbedrag en percentage getoond.

De korting resulteert in een lagere afdracht naar de opdrachtgevers. Gemeenten zullen hiervoor op macro niveau gecompenseerd moeten worden, bijvoorbeeld door een verhoging van het Wmo budget voor de gemeenten. Hierover heeft in de stuurgroep nog geen besluitvorming plaatsgevonden. Het CAK raadt aan om gemeenten via het Gemeentefonds te compenseren voor gederfde inkomsten.

In de ZzV en Wmo folders voor 2009 moet het kortingspercentage en de wijzigingen in de parameters worden vermeld. De melding over de buitengewone uitgavenregeling in de folder wordt gewijzigd: alleen de Wmo hulpmiddelen zijn nog aftrekbaar. De teksten voor de folders moeten eind oktober 2008 gereed zijn: in deze versies moet waarschijnlijk nog een voorbehoud worden gemaakt voor wat betreft de wijzigingen.

---

## Bijlage B - Korting op de eigen bijdrage ZmV

### *Functioneel*

Op de eigen bijdrage ZmV moet een korting van 10 procent worden gegeven. Het kortingspercentage kan verschillend zijn voor 65-plussers en 65-minners. Het kortingspercentage kan ook 0 worden.

Voor alleenstaande cliënten wordt de eigen bijdrage volgens de huidige methode berekend. Aan het eind van de berekening, na toepassing van alle overige kortingen en toeslagen, moet vervolgens worden bekeken in welke categorie (65+ of 65-) de cliënt valt, en dit percentage moet van het berekende bedrag worden afgetrokken.

Voor cliënten met een partner wordt ook de huidige rekenmethode gevolgd. De eigen bijdrage wordt berekend gebaseerd op beide inkomens. Aan het einde van de berekening wordt de eigen bijdrage per cliënt berekend, gebaseerd op zijn deel van het inkomen. Als laatste moet dan worden bekeken in welke categorie (65+ of 65-) hij valt, en afhankelijk daarvan wordt de korting verleend op de eigen bijdrage per cliënt.

De onder- en bovengrenzen worden niet gewijzigd als gevolg van de korting.

Bij de bepaling of een cliënt in aanmerking komt voor een peiljaarverlegging, moet worden uitgegaan van de eigen bijdrage zonder kortingspercentage.

Op de beschikking moet worden vermeld welk kortingspercentage is toegepast, en het bedrag van de korting. Op de factuur moet vermeld worden dat de kortingsregel is toegepast, met een verwijzing naar de beschikking voor het berekende bedrag. Een kortingspercentage van 0 dient niet op de beschikking en de factuur te worden vermeld.

De beschikkingen voor 2009 worden normaliter begin november 2008 verstuurd. Dit kan worden uitgesteld tot begin december. Als op dat moment nog niet met zekerheid gezegd kan worden dat de kortingsregeling doorgang vindt zoals beschreven in de AMvB, zal de regeling met terugwerkende kracht tot 1 januari 2009 worden ingevoerd, op het moment dat er wel zekerheid is. Hierbij wordt een nieuwe beschikking aangemaakt en een creditfactuur gestuurd. Deze creditfactuur wordt verrekend met een eventueel openstaand saldo van de cliënt.

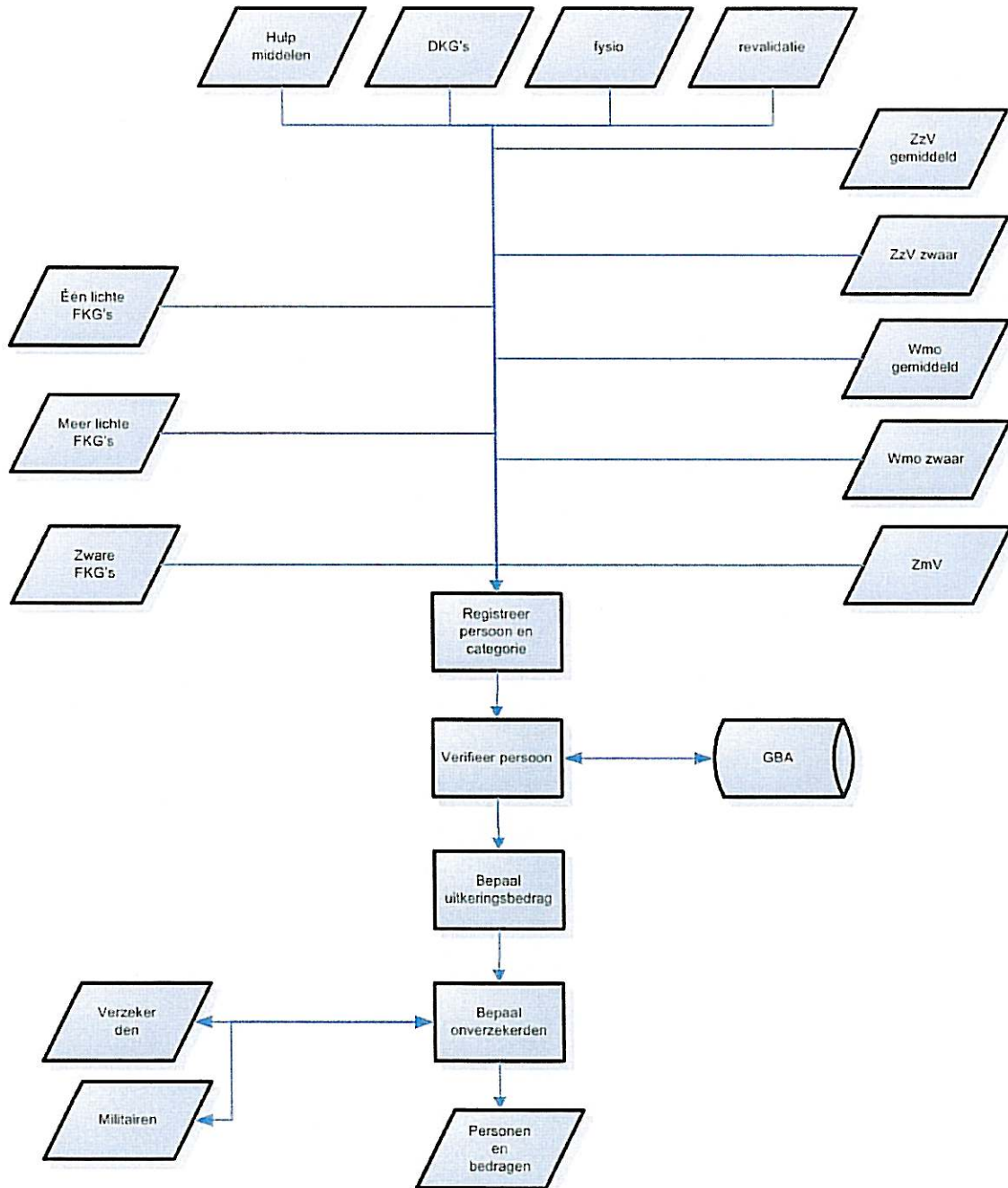
In de ZmV folder voor 2009 moet het kortingspercentage worden vermeld. De melding over de buitengewone uitgavenregeling in de folder komt te vervallen. De teksten voor de folder moeten eind oktober 2008 gereed zijn: in deze versie moet waarschijnlijk nog een voorbehoud worden gemaakt voor wat betreft de wijzigingen.

### *Technisch*

De berekening van de eigen bijdrage, de tekst van de beschikking en de factuur worden aangepast met de hierboven beschreven wijzigingen.

**Bijlage C - Uitkering forfaitbedrag**

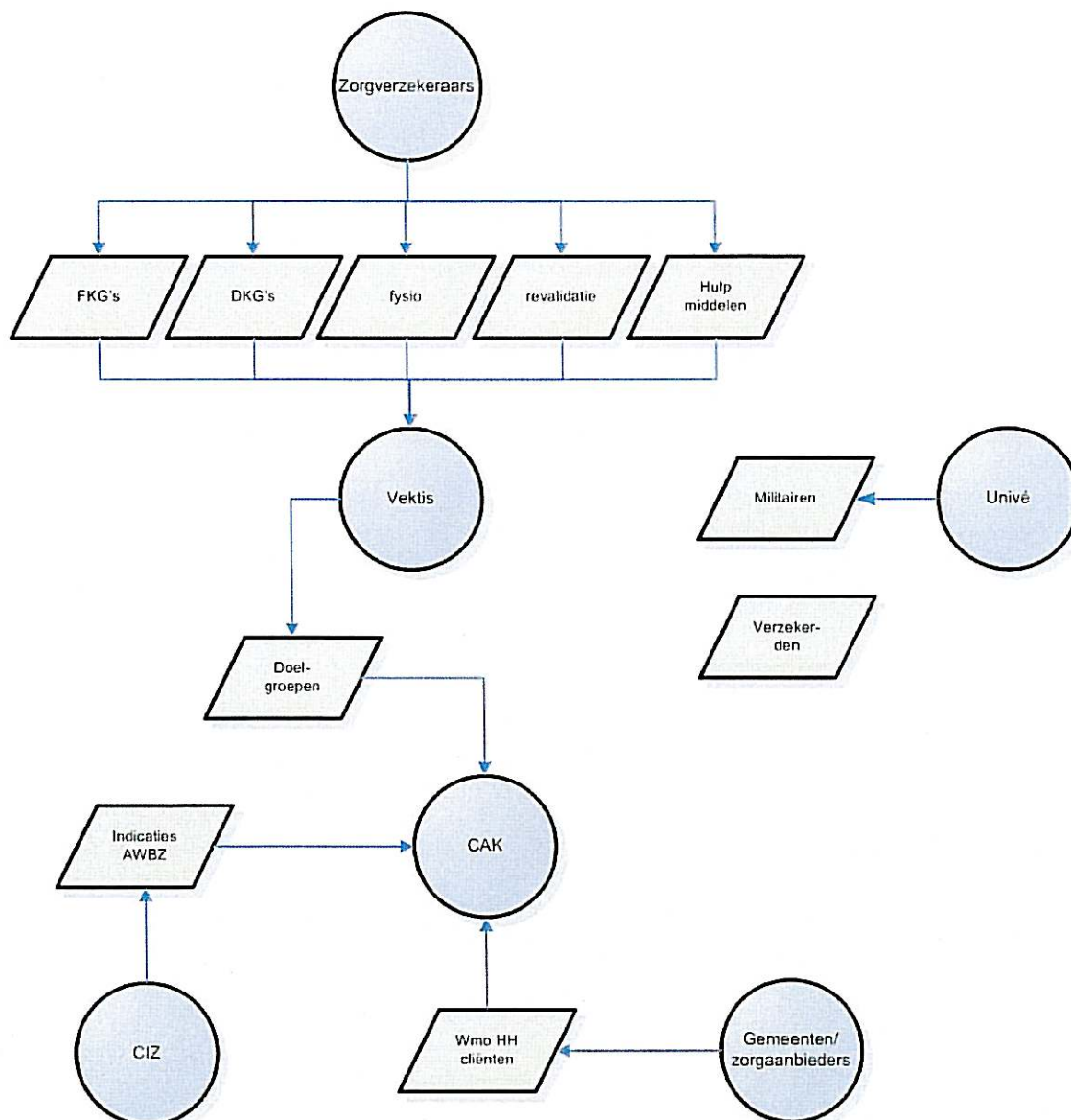
In onderstaand schema worden de doelgroepen getoond: van deze groepen moeten gegevens aan het CAK worden aangeleverd.



Personen worden aangeleverd met het BSN als identificatie, en zijn voorzien van een categorie (lichte FKG, zware FKG, fysiotherapie, gemiddeld zorggebruik ZzV, enz). Alle aangeleverde personen worden geverifieerd bij de GBA. Van de geverifieerde personen wordt met behulp van een beslissingsmatrix bepaald voor welk uitkeringsbedrag zij in aanmerking komen.

Van alle personen die in aanmerking komen voor een forfaitbedrag moet worden gecontroleerd of zij een zorgverzekering hebben. Een openstaand punt is wie deze controle gaat uitvoeren.

Onderstaand worden de diverse partijen weergegeven die zijn betrokken bij de gegevensaanlevering.



De berichtenuitwisseling met de diverse ketenpartners dient volgens dezelfde standaarden plaats te vinden. Op deze manier kan het CAK relatief eenvoudig de diverse gegevens verwerken, en personen uit de diverse categorieën matchen. De uiteindelijke bepaling van het forfaitbedrag is dan een kwestie van het doorlopen van de beslissingsmatrix. De beslissingsmatrix wordt hieronder schematisch weergegeven.

De verzekerden worden ingedeeld in 4 categorieën van intensiteit: laag, gemiddeld, hoog en zeer hoog intramuraal.

*Laag*

De verzekerde:

1. is ingedeeld in één of meer van de lichte FKG's die betrekking hebben op glaucoom, schildklieraandoeningen, psychische aandoeningen, diabetes, cara en hartaandoeningen of,
2. heeft bepaalde hulpmiddelen gebruikt.

*Gemiddeld*

De verzekerde:

1. is ingedeeld in één of meer lichte FKG's en heeft bovendien bepaalde hulpmiddelen gebruikt;
2. is ingedeeld in één of meer zware FKG's, die betrekking hebben op reuma, Parkinson, nieraandoeningen, hiv/aids, kanker, cystische fibrose, transplantatie, groeihormonen, ziekte van Crohn, aandoeningen van hersenen of ruggenmerg en epilepsie;
3. is ingedeeld in één of meer DKG's;
4. is behandeld in een revalidatiecentrum;
5. heeft fysiotherapie of oefentherapie uit het wettelijk verzekerde pakket van de Zvw vergoed gekregen, omdat de verzekerde een aandoening heeft die voorkomt op de lijst met chronische aandoeningen;
6. is in een jaar voor 26 weken of meer geïndiceerd voor één tot tien uren extramurale AWBZ-zorg;
7. is in een jaar voor 26 weken of meer geïndiceerd voor één tot vier dagdelen extramurale AWBZ-zorg, of
8. is in een jaar voor 26 weken of meer één tot tien uren huishoudelijke verzorging op grond van de Wmo gekregen.

*Hoog*

De verzekerde:

1. is ingedeeld in meer dan één van de hierboven genoemde categorieën bij "gemiddeld", met uitzondering van de combinaties tussen 8 en 6 of 7;
2. is voor 26 weken of meer geïndiceerd voor tien of meer uren extramurale AWBZ-zorg;
3. is voor 26 weken of meer geïndiceerd voor meer dan vier dagdelen extramurale AWBZ-zorg;
4. heeft 26 weken of meer tien of meer uren huishoudelijke verzorging op grond van de Wmo gekregen.

*Zeer hoog intramuraal*

In deze categorie vallen alle verzekerden die geïndiceerd zijn voor 26 weken of meer intramurale AWBZ-zorg.

Zoals hierboven uiteengezet wordt voorgesteld bij AmvB de hoogte van de tegemoetkomingen vast te stellen. Deze wordt gekoppeld aan de indeling in de bovenstaande categorieën. Voor verzekerden die zijn ingedeeld in de categorie 'laag', zijn de meerkosten van een zodanig beperkte omvang, dat voor deze meerkosten een beroep op de eigen verantwoordelijkheid kan worden gedaan. De tegemoetkoming voor verzekerden die zijn ingedeeld in de categorie 'gemiddeld', is € 250 indien zij jonger zijn dan 65 jaar. Dit is ook het geval indien ze in dat kalenderjaar 65 jaar werden. De verzekerden ontvangen € 100 indien zij ouder zijn dan 65 jaar. Voor verzekerden die zijn ingedeeld in de categorie 'hoog', is de tegemoetkoming €

450. Voor verzekerden ouder dan 65 jaar is dit € 300. Verzekerden die zijn ingedeeld in de categorie 'zeer hoog intramuraal', ontvangen € 250 indien zij jonger zijn dan 65 jaar (of in dat jaar 65 jaar werden) en € 100 indien zij ouder zijn dan 65 jaar. Per verzekerde wordt de beslissingsmatrix doorlopen om het forfaitbedrag vast te stellen:

