

Vergaderjaar 2008–2009

**31 706**

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

**Nr. 32**

### **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 29 april 2009

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup>, bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 30 januari 2009 houdende een afschrift van een brief aan de Eerste Kamer inzake de taakopdracht van de Taskforce verbetering afbakening Wtcg (2009Z01568).

De op 10 maart 2009 toegezonden vragen zijn met de door de minister bij brief van 28 april 2009 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,  
Sjerp

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Smilde (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU), Sap (GL) en De Roos-Consemulder (SP).

Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Van Velzen (SP), Neppérus (VVD), Atsma (CDA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Vietsch (CDA), Van der Ham (D66), Uitslag (CDA), Gill'ard (PvdA), Omtzigt (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), De Krom (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Vacature (PvdA), Ortega-Martijn (CU), Halsema (GL) en de Wit (SP).

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
II. Reactie van de staatssecretaris	5

**I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES****Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de voorliggende brief, maar hebben naar aanleiding daarvan nog enkele vragen en opmerkingen.

Bent u bereid om de volgende aandachtspunten mee te laten wegen, te weten:

- a. een persoon die 20 weken per jaar een AWBZ indicatie heeft van bijvoorbeeld 12 uur per week en 20 weken een indicatie van 6 uur per week. Kan gekeken worden of deze persoon niet in aanmerking dient te komen voor een forfait?
- b. Het tijdstip van declareren leidt ertoe dat bij de revalidatiezorg ervoor gekozen is het voorvorige jaar als peiljaar te nemen. Dat is niet conform de afspraak met de Kamer. Bent u van mening dat ook de tijdigheid van het gebruik en de tegemoetkoming in acht genomen dienen te worden?

Een separaat probleem zou consumptie met het oog op het verkrijgen van forfaits kunnen worden. Bent u bereid om de commissie ook te laten onderzoeken hoe dit kan worden tegengegaan?

Een aantal mensen is van mening dat zij wel recht heeft op een vergoeding onder de compensatie eigen risico, maar ontvangt deze niet. Zij kunnen geen inzage krijgen in de onderliggende gegevens en worden dus van het kastje naar de muur gestuurd. Heeft de Taskforce hier ook een rol in en zo ja, welke?

Er zijn straks twee zeer op elkaar lijkende regelingen: de compensatie voor het eigen risico en de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten in werking (Wtcg). Kan gelijktijdig met de voorstellen voor de Wtcg gekeken worden naar de integratie van de twee regelingen en hoe de voorstellen van de Taskforce doorwerken in de compensatieregeling voor het eigen risico? Kan daarbij worden meegenomen welke onderdelen het integreren van de regelingen gemakkelijker of juist moeilijker maken?

Wanneer voorziet u de integratie van de twee regelingen?

Zal de Taskforce ook actief overleggen met de patiëntenverenigingen van bijvoorbeeld zeldzame aandoeningen? Is de Taskforce bereid een publieke consultatie uit te schrijven?

Er wordt in de taakomschrijving gesproken van toekenning van het forfait bij intensief gebruik van geneesmiddelen enerzijds en bij aandoeningen anderzijds. Deelt u de mening dat met name bij aandoeningen waar geen of weinig FKG-geneesmiddelen worden gebruikt de afbakening nadere duiding verdient? Hoe werkt in dat kader de toepassing volgens Anatomisch Therapeutisch Chemisch Classificatiesysteem (ATC)? Is dat toepasbaar op zowel de geneesmiddelenlijst en de aandoeningen? Hoe wordt de geneesmiddelenlijst up-to-date gehouden?

De leden van de CDA-fractie zijn van mening dat de farmaceutische kostengroepen (FKG's) primair bedoeld zijn voor de risicoverevening, maar daarnaast een goede voorspeller kunnen zijn voor de meerkosten. Echter, het kan niet zo zijn dat de FKG-systematiek die voor risicoverevening bedoeld is, aanzienlijk gewijzigd gaat worden voor de compensatie. Graag vernemen deze leden een heldere reactie op dit punt.

## Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de taakopdracht aan de Taskforce verbetering afbakening Wtgc. Deze leden hebben nog de volgende vragen:

### *Aanleiding*

Is het budget van € 50 miljoen leidend? Wat gebeurt er als blijkt dat dit bedrag onvoldoende is? Op welke gronden wordt ervan uitgegaan dat € 50 miljoen voldoende is, gezien het feit dat het aantal mensen dat recht zou hebben op een forfait onbekend is?

Op basis van het Vektis rapport kan worden afgeleid dat er een kleine 0,2 miljoen mensen zijn die nu buiten de afbakening van de regeling vallen. Op welke gegevens baseert Vektis haar conclusies? Kan worden aangegeven hoe de registratie bij zorgverzekeraars verloopt?

### *Het forfait en de aandachtspunten nader beschouwd*

Welke argumenten zijn er om te stellen dat huishoudelijke hulp en een gemiddeld zorggebruik betekent dat er meerkosten zijn? Om welke kosten gaat het hierbij?

Wat is de stand van zaken ten aanzien van de uitvoering van de motie Tang (31 706, nr. 28) ten aanzien van de registratie van rolstoelen?

Waarom zijn er momenteel geen gegevens beschikbaar over revalidatie in algemene ziekenhuizen, hoe wordt deze zorg nu gedeclareerd?

### *Concrete taakomschrijving*

Wanneer is er duidelijkheid ten aanzien van het gebruik van de ATC-codes? Waarom is voor 2009 gekozen voor FKG's in plaats van voor ATC-codes, gezien het feit dat ATC-codes geregistreerd worden en de mening van de CG-raad?

Waarom is het voor mensen met een zeldzame ziekte niet mogelijk op basis van een medische diagnose recht te hebben op een tegemoetkoming?

Hoe wordt onderzoek naar de «International Classification of Functioning, Disability and Health» (ICF)-classificatie verricht? Wat dient precies onderzocht te worden? Waarom wordt niet meteen overgegaan naar de ICF-classificatie als bekend is dat deze een systematische ordening mogelijk maakt in een standaardtaal? Welke door de Taskforce te onderzoeken knelpunten worden niet door de ICF-classificatie ondervangen? Is het waar dat niet alle medicijnen op correcte wijze worden geregistreerd (hotelverpakkingen en magistrale bereiding schijnen nu niet voor te komen in het Vektis bestand)? Wanneer wordt dit aangepast?

Op dit moment valt een groep hulpmiddelen gebruikers die op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of AWBZ voor compensatie in aanmerking komen buiten de afbakening. Kan aan de taakopdracht worden toegevoegd dat er ook wordt gekeken naar een betere indeling van hulpmiddelen die recht geven op compensatie (waaronder hulpmiddelen voor blinden, mensen met ernstige visuele beperkingen en mensen die gebruik maken van dialyse apparatuur?)

### *Randvoorwaarden*

Is nagedacht over de nadelige gevolgen voor mensen die geen forfait ontvangen in 2009, maar voor wie straks blijkt dat zij daar wel met terugwerkende kracht recht op hebben?

Hoe verloopt de bezwaarprocedure bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK)? Licht het CAK toe waarom een aanvraag wordt afgewezen? Is het

waar dat het CAK na bezwaar opnieuw alleen naar de Vektis-gegevens kijkt zodat onderliggende gegevens niet boven water komen?

#### *Tijdpad*

Hoe wordt gegarandeerd dat de Taskforce de afbakening en de wijze waarop geregistreerd wordt eind 2009 afgerond heeft en dat het zorggebruik over 2010 geregistreerd wordt?

Kan ervan worden uitgegaan dat het eindrapport van de Taskforce daadwerkelijk vóór de begroting van het ministerie van VWS is afgerond?

#### **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben met interesse de opdracht aan de Taskforce gelezen. Deze leden geven aan dat zij het nog steeds betreuren dat een wet al is aangenomen voordat maar liefst 200 000–400 000 mensen met een chronische ziekte en of handicap niet «gevonden» zijn». Zij wensen de Taskforce veel succes met het vinden van de groep, het is een grote opgave want het gaat hier om de koopkracht van mensen die het met hun gezondheid niet hebben getroffen en waardoor de financiële positie vaak niet florissant is.

Genoemde leden vragen nogmaals waarom het wel bekend is hoeveel mensen niet gevonden worden, terwijl ze blijkbaar niet in een «code» of functiegroep te vatten zijn. Mocht de Taskforce niet slagen, bent u dan bereid terug te vallen op de buitengewone uitgave regeling van voor 1 januari 2009?

Deze leden vragen wat er gebeurt met een grote groep die gevonden zal worden, wordt de € 50 miljoen dan over een grotere groep verdeeld? Zo ja, wat blijft dan van de belofte overeind dat mensen € 150 tot € 500 forfait kunnen krijgen? Zo neen, hoeveel geld heeft u beschikbaar voor een grotere groep?

Wie zal de Taskforce gaan spreken, worden de patiëntenbelangenorganisaties betrokken en hoe wordt hun inbreng gewogen? De CG-Raad heeft een groot onderzoek gedaan naar de mensen die niet in aanmerking komen voor de compensatie van het eigen risico. Worden deze uitkomsten betrokken bij het onderzoek of bent u niet van mening dat het hier dezelfde groep betreft? Gaat de Taskforce ook spreken met beroepsgroepen (specialisten ed.) die te maken hebben met chronisch zieken en gehandicapten, omdat zij zicht kunnen hebben op patiënten die niet in aanmerking komen?

Is de Taskforce ervan op de hoogte dat MS, zeldzame ziekten, hoog cholesterol (erfelijke vormen ook), reuma- en diabetespatiënten, mensen met hart en vaatziekten (erfelijke vormen ook) niet op de lijsten staan voor de compensatie? Is het niet eerlijker en ook begrijpelijker voor de mensen om gebruik te maken van een lijst van ziektes of aandoeningen om vast te stellen wie voor een tegemoetkoming in aanmerking komt? Zo neen, waarom niet?

Deze leden vragen of het de Taskforce ook gegeven is om een oordeel te vellen over de regeling Wtgc? Zo neen, waarom mogen zij daar geen uitspraken over doen? Zo ja, gaat u naar de aanbevelingen luisteren om de regeling (als het moet ook grondig) te herzien?

Genoemde leden missen de toezegging dat er ook gekeken zal worden naar het gebruik van hulpmiddelen die niet jaarlijks voorkomen in de aanschaf, omdat de hulpmiddelen meerdere jaren meegaan. Wordt die toezegging wel gestand gedaan?

Op welke wijze kan de Taskforce uitspraken doen over het functioneren van het CAK, de zorgverzekeraars en andere verantwoordelijken die belangrijk zijn voor het aanleveren van de gegevens waarop wordt beoordeeld of iemand chronisch ziek of gehandicapt is?

## II. REACTIE VAN DE STAATSSECRETARIS

### Algemeen

Ik dank de leden van de fracties van het CDA, de PvdA en de SP voor hun inbreng naar aanleiding van mijn brief van 30 januari 2009 inzake de taakopdracht Taskforce verbetering afbakening Wtgc. Hierna zal ik per fractie ingaan op de gestelde vragen. Los van de antwoorden op de afzonderlijke vragen merk ik in zijn algemeenheid het volgende op ten aanzien van de rol en de positie van de Taskforce. Aan de Taskforce is gevraagd onderzoek te doen naar de mogelijkheden om de doelgroep beter af te bakenen. Daarbij zijn enkele suggesties gedaan waar de Taskforce naar zou kunnen kijken. De leden van de Taskforce bepalen evenwel zelf op welke wijze zij aan de taakopdracht invulling geven en wie zij daarbij raadplegen. Vanzelfsprekend kan de Taskforce daarbij ook kennisnemen van de vragen en opmerkingen vanuit de Kamer en deze bij zijn werkzaamheden betrekken. Ik zal er voor zorgdragen dat dit verslag van een schriftelijk overleg met mijn reactie aan de Taskforce ter beschikking wordt gesteld. Het is vervolgens aan de leden van de Taskforce hoe men daarmee om wil gaan. Het spreekt voor zich dat ik niet vooruit kan lopen op de bevindingen van de Taskforce. Ik wacht de aanbevelingen af en ga daar uiteraard zeer serieus naar kijken.

### Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de voorliggende brief, maar hebben naar aanleiding daarvan nog enkele vragen en opmerkingen.

Bent u bereid om de volgende aandachtspunten mee te laten wegen, te weten:

- a. een persoon die 20 weken per jaar een AWBZ indicatie heeft van bijvoorbeeld 12 uur per week en 20 weken een indicatie van 6 uur per week. Kan gekeken worden of deze persoon niet in aanmerking dient te komen voor een forfait?

#### *Antwoord*

Op grond van het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten komt deze persoon in aanmerking voor een tegemoetkoming van € 300 aangezien hij gedurende het jaar in een indicatie heeft voor minimaal 26 weken AWBZ-zorg. Eerst heeft hij een indicatie voor 20 weken van 12 uur en dan 20 weken voor zes uur. Daarmee voldoet deze persoon aan het criterium van een indicatie 26 weken geïndiceerde zorg. Deze persoon heeft in totaal 40 weken in het jaar een indicatie voor AWBZ zorg.

- b. het tijdstip van declareren leidt ertoe dat bij de revalidatiezorg ervoor gekozen is het voorvorige jaar als peiljaar te nemen. Dat is niet conform de afspraak met de Kamer. Bent u van mening dat ook de tijdigheid van het gebruik en de tegemoetkoming in acht genomen dienen te worden?

#### *Antwoord*

Het bleek voor het criterium revalidatiezorg noodzakelijk om uit te gaan van het jaar voorafgaande aan het jaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft. Voor de tegemoetkoming over 2009 geldt dat personen aan wie in 2008 revalidatiezorg in een van de aangewezen revalidatiecentra voor rekening van de Zvw is verleend, in aanmerking komen voor een forfaitaire tegemoetkoming. De reden dat de tegemoetkoming over het jaar 2009 wordt gebaseerd op gegevens over revalidatiezorg verleend

in 2008, is dat met ingang van 2009 een groot deel van de revalidatiezorg via dbc's wordt gedeclareerd. Net als de ziekenhuis-dbc's kunnen deze revalidatie-dbc's maximaal een jaar openstaan voordat zij worden afgesloten en gedeclareerd. Een revalidatie-dbc die in december 2009 wordt geopend, kan tot uiterlijk december 2010 openstaan voordat deze wordt afgesloten en gedeclareerd. De tegemoetkoming over 2009 die in november 2010 wordt uitbetaald, kan daarom niet worden gebaseerd op de revalidatie-dbc's over 2009, maar wel op de declaraties over 2008 inzake revalidatiezorg in de aangewezen revalidatiecentra. Die declaraties zijn namelijk wel tijdig beschikbaar om de tegemoetkoming 2009 op te baseren.

Wat betreft het peiljaar voor de revalidatiezorg is er inderdaad een verschil tussen het aan de Tweede Kamer toegezonden concept-besluit en het vastgestelde Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten. Ik wil graag toelichten hoe dit verschil is ontstaan.

De nota naar aanleiding van het verslag en het concept-besluit zijn op dezelfde dag naar de Tweede Kamer gestuurd. In de nota naar aanleiding van het verslag (31 706, nr. 12) staat op blz. 31 vermeld dat het de planning was dat met ingang van 2009 een groot deel van de revalidatiezorg op basis van revalidatie-dbc's zou worden gedeclareerd. Dit is ook in de memorie van antwoord aan de Eerste Kamer meegedeeld (31 706, G). Zoals ik hiervoor uiteen heb gezet, heeft het feit dat met ingang van 2009 revalidatie-dbc's zijn ingevoerd, tot gevolg dat gegevens over revalidatiezorg verleend in 2009 niet als basis gebruikt kunnen worden voor de in november 2010 uit te keren tegemoetkoming over 2009. De redactie van artikel 2, eerste lid, onder e, van het concept-besluit was toen het naar de Kamer werd gestuurd, helaas nog niet in lijn met de betreffende passages in de nota naar aanleiding van het verslag. De formulering in het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten is uiteraard wel juist.

Meer in algemene zin wil ik naar aanleiding van de vraag van de leden van de CDA-fractie het volgende opmerken. Het recht op een Wtcg-tegemoetkoming wordt bepaald op basis van gegevens over relevant zorggebruik van de burger of over relevante zorgindicaties. Het heeft ontegenzeggelijk voordelen indien daarbij gebruik kan worden gemaakt van gegevens over zo recent mogelijk zorggebruik of zorgindicaties. Dat wil zeggen dat voor het recht op een tegemoetkoming in enig jaar, de gegevens over het relevante zorggebruik of zorgindicaties in datzelfde jaar bepalend zijn. Daarmee wordt bereikt dat de tegemoetkoming ook betrekking heeft op de meerkosten die betrokkene in dat jaar heeft gemaakt. Betrokkene heeft immers in datzelfde jaar zorg gebruikt die een aanwijzing is dat hij in verband met zijn aandoening of handicap waarop de zorgkosten betrekking hebben, meerkosten heeft gehad. En die meerkosten zullen dan in datzelfde jaar zijn opgetreden.

Ik kan de opvatting die in de laatste zin van de vraag ligt besloten, dan ook in beginsel onderschrijven.

Feit is echter dat niet in alle gevallen de gegevens over het zorggebruik in enig jaar tijdig genoeg bekend zijn om te kunnen worden meegenomen voor de bepaling op het recht op tegemoetkoming over datzelfde jaar. Dit is het geval bij de revalidatiezorg en de DKG's. Indien voor de tegemoetkoming over een bepaald jaar het zorggebruik in datzelfde jaar bepalend zou zijn, zou dat bij de revalidatiezorg en de DKG's tot gevolg hebben dat niet alle verzekerden die in een bepaald jaar zorg genoten, over datzelfde jaar voor een tegemoetkoming in aanmerking zouden kunnen komen. Dergelijke verschillen acht ik ongewenst. Om die reden is besloten om bij deze criteria niet uit te gaan van gegevens over het jaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft, maar van gegevens over het daaraan voorafgaande jaar. Indien hiervoor niet was gekozen, hadden de revalidatiezorg en de indeling in DKG's niet als criterium voor het recht op een Wtcg-tegemoetkoming over 2009 kunnen worden toegepast.

Een separaat probleem zou consumptie met het oog op het verkrijgen van forfaits kunnen worden. Bent u bereid om de commissie ook te laten onderzoeken hoe dit kan worden tegengegaan?

*Antwoord*

Bij de parlementaire behandeling van de Wtcg heeft het kabinet aangegeven zorgconsumptie met het oog op het verkrijgen van forfaits niet als reële dreiging te zien. Zo is destijds ten aanzien van fysiotherapie betoogd, dat door de gehanteerde criteria alleen fysiotherapie waarop in het kader van de Zvw aanspraak bestaat meeweegt bij het beoordelen van de vraag of iemand in aanmerking komt voor een forfait. Het gaat daarbij om ernstige aandoeningen, waarvoor het onbetwist is dat langdurige therapie nodig is. Dit geldt mutatis mutandis ook voor andere vormen van zorg. Daarbij heb ik geen reden om te veronderstellen dat zorgverleners zich lenen voor onnodige zorgverlening, of dat onterechte indicaties zullen worden verstrekt.

Een aantal mensen is van mening dat zij wel recht heeft op een vergoeding onder de compensatie eigen risico, maar ontvangt deze niet. Zij kunnen geen inzage krijgen in de onderliggende gegevens en worden dus van het kastje naar de muur gestuurd. Heeft de Taskforce hier ook een rol in en zo ja, welke?

*Antwoord*

De Taskforce onderzoekt de mogelijkheden voor een verbetering van de afbakening van de forfaitaire regeling van de Wtcg en zal zich niet richten op de compensatie van het verplicht eigen risico. De Stuurgroep Wtcg is ingericht om de uitvoering van het Wtcg zo goed mogelijk te laten verlopen. Het spreekt voor zich dat de Stuurgroep hierbij kijkt naar de leerpunten die naar voren zijn gekomen bij de uitvoering van de compensatie van het verplicht eigen risico.

De onderliggende zorggebruikgegevens zijn inderdaad in eerste instantie voor het CAK afgeschermd. Met het oog op de privacy van de verzekerde krijgt het CAK van de zorgverzekeraars en het CIZ alleen door of verzekerde in een categorie voor de tegemoetkoming valt. Op grond van welke gegevens dat is (bijvoorbeeld medicijnen of ziekenhuisopnames), weet het CAK niet. Dat kan lastig zijn als er vragen zijn over de tegemoetkoming. Op grond van artikel 4 van de Wtcg, dat naar aanleiding van het amendement Omtzigt is opgenomen, kan de verzekerde of zijn erfgenaam aan het CAK vragen op welke gronden een verzekerde de tegemoetkoming heeft gekregen. Met toestemming van de betrokkene zal het CAK indien noodzakelijk nagaan bij het CIZ of de zorgverzekeraars op grond van welke onderliggende gegevens een tegemoetkoming is verstrekt.

Er zijn straks twee zeer op elkaar lijkende regelingen: de compensatie voor het eigen risico en de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten in werking (Wtcg). Kan gelijktijdig met de voorstellen voor de Wtcg gekeken worden naar de integratie van de twee regelingen en hoe de voorstellen van de Taskforce doorwerken in de compensatieregeling voor het eigen risico? Kan daarbij worden meegenomen welke onderdelen het integreren van de regelingen gemakkelijker of juist moeilijker maken? Wanneer voorziet u de integratie van de twee regelingen?

*Antwoord*

De minister van VWS en ik zullen samen bezien of en hoe de voorstellen

van de Taskforce kunnen doorwerken in de compensatieregeling voor het eigen risico.

Het ligt in de rede om voor beide regelingen zoveel mogelijk gebruik te maken van dezelfde afbakeningscriteria, althans voor zover het Zvw-zorggebruik betreft.

Ik wijs er op dat er wel een wezenlijk verschil in doelstelling is tussen beide regelingen. De compensatieregeling voor het verplicht eigen risico is erop gericht verzekerden die vanwege hun aandoening of gezondheids-toestand naar verwachting meer jaren achtereen het maximum van het verplicht eigen risico volmaken, een compensatie te bieden. Omdat het verplicht eigen risico betrekking heeft op Zvw-zorg, zijn de afbakenings-criteria ook voornamelijk op intensief gebruik van Zvw-zorg gebaseerd. Met de compensatie worden de meerkosten die deze verzekerden met meerjarige, onvermijdbare (Zvw-)zorgkosten als gevolg van het verplicht eigen risico hebben ten opzichte van de gemiddelde verzekerden zonder meerjarige onvermijdbare (Zvw-)zorgkosten, gecompenseerd.

Bij de Wtcg gaat het om een tegemoetkoming van meerkosten die mensen met een chronische ziekte of handicap in het dagelijks leven hebben als gevolg van die chronische ziekte of handicap. De Wtcg biedt geen tegemoetkoming voor kosten die -al dan niet geheel- uit hoofde van de Zvw, AWBZ of Wmo worden vergoed. De Wtcg biedt dus geen compensatie voor eventuele eigen betalingen op grond van de Zvw, AWBZ of Wmo. Bovendien gaat het bij de Wtcg, anders dan bij de compensatie eigen risico, niet om meerjarig zorggebruik of meerjarige indicaties voor AWBZ-zorg. Deze verschillen kunnen de integratie van beide regelingen moeilijker maken.

Ook attendeer ik nog op de verschillende financiering van beide regelingen. De compensatie voor het verplicht eigen risico wordt uit het Zorgverzekeringsfonds gefinancierd, terwijl het bij de Wtcg-tegemoetkoming om begrotingsgeld gaat.

Omdat alle aspecten die samenhangen met een eventuele integratie van beide regelingen grondig moeten worden onderzocht, is het op dit moment nog niet mogelijk een uitspraak te doen of en wanneer een dergelijke integratie kan plaatsvinden.

Zal de Taskforce ook actief overleggen met de patiëntenverenigingen van bijvoorbeeld zeldzame aandoeningen? Is de Taskforce bereid een publieke consultatie uit te schrijven?

*Antwoord*

De Taskforce opereert onafhankelijk en bepaalt zijn eigen werkwijze. Gelet op de verschillende aspecten van zijn opdracht, kan ik mij voorstellen dat de Taskforce patiëntenverenigingen, zorgkoepels, uitvoerders en andere partijen in de zorg consulteert. Wie wordt geraadpleegd, op welke wijze en wanneer, is aan de Taskforce.

Er wordt in de taakomschrijving gesproken van toekenning van het forfait bij intensief gebruik van geneesmiddelen enerzijds en bij aandoeningen anderzijds. Deelt u de mening dat met name bij aandoeningen waar geen of weinig FKG-geneesmiddelen worden gebruikt de afbakening nadere duiding verdient?

*Antwoord*

In de taakopdracht is nadrukkelijk gewezen op de aandachtspunten bij de FKG-systematiek. Juist daarom is aan de Taskforce de suggestie meegegeven het gebruik van ATC-codes nader te bezien, zo mogelijk in samen-



hang met gegevens uit onderzoek naar zeldzame ziekten en gegevens over poliklinische en dagbehandelingen.

Hoe werkt in dat kader de toepassing volgens Anatomisch Therapeutisch Chemisch Classificatiesysteem (ATC)? Is dat toepasbaar op zowel de geneesmiddelenlijst en de aandoeningen? Hoe wordt de geneesmiddelenlijst up-to-date gehouden?

*Antwoord*

Op basis van het gebruik van extramuraal voorgeschreven geneesmiddelen worden mensen ingedeeld bij een FKG. De FKG's worden aangeduid met de naam van een aandoening waarvoor deze geneesmiddelen (veelal) worden voorgeschreven. De basisgegevens voor het bepalen van FKG's zijn de declaraties voor geneesmiddelen, die de verzekeraars elektronisch ontvangen van apothekers. Uit de declaratie blijkt de hoeveelheid en stofnaam van het door de apotheek afgeleverde medicijn. Aan de stofnaam kan de code van het Anatomisch Therapeutisch Chemisch Classificatiesysteem (ATC) worden gehangen. Dit systeem wordt onderhouden door de wereldgezondheidsorganisatie, het WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology gevestigd te Oslo. Voor de toekenning van het forfait op grond van de Wtcg wordt uitgegaan van dezelfde basisgegevens als die gebruikt worden voor de risicoverevening. Ook worden op dit moment veelal dezelfde geneesmiddelen voor de toekenning van forfaits in ogenschouw genomen als in de risicoverevening. Met dien verstande dat de geneesmiddelen behorend bij de FKG voor hoog cholesterol niet meetellen bij de toekenning van forfaits omdat deze geneesmiddelen vaak slechts preventief worden gebruikt. Door andere selecties van ATC-codes, dus geneesmiddelen, uit de basisbestanden te maken dan nu gebeurt bij de risicoverevening kunnen andere groepen chronisch zieken worden gevonden.

De leden van de CDA-fractie zijn van mening dat de farmaceutische kostengroepen (FKG's) primair bedoeld zijn voor de risicoverevening, maar daarnaast een goede voorspeller kunnen zijn voor de meerkosten. Echter, het kan niet zo zijn dat de FKG-systematiek die voor risicoverevening bedoeld is, aanzienlijk gewijzigd gaat worden voor de compensatie. Graag vernemen deze leden een heldere reactie op dit punt.

*Antwoord*

Ik ben het met de leden van de CDA-fractie eens dat de FKG-systematiek, die voor de risicoverevening is bedoeld, niet gewijzigd moet worden onder invloed van de afbakening van forfaits ten behoeve van de Wtcg of de compensatie van het eigen risico. Zoals ik hierboven uiteen heb gezet, is dit ook niet aan de orde. Er wordt uitsluitend gebruik gemaakt van dezelfde basisgegevens, de declaratiebestanden van de verzekeraars. Voor de risicoverevening, de Wtcg en de compensatie kunnen elk eigen selecties uit deze bestanden worden gemaakt ter bepaling van de vereveningsbijdrage aan verzekeraars, ter tegemoetkoming van chronisch zieken en gehandicapten respectievelijk ter compensatie van het verplicht eigen risico.

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de taakopdracht aan de Taskforce verbetering afbakening Wtcg. Deze leden hebben nog de volgende vragen:

### *Aanleiding*

Is het budget van € 50 miljoen leidend? Wat gebeurt er als blijkt dat dit bedrag onvoldoende is?

### *Antwoord*

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel in de Eerste Kamer heb ik desgevraagd aangegeven dat het kabinet veronderstelt het bedrag van € 50 miljoen toereikend is. Tevens is aangegeven dat als het budget onverhoopt niet toereikend zou zijn, het kabinet een en ander beter zal toespitsen binnen het gehele budget van € 2,3 miljard.

Op welke gronden wordt ervan uitgegaan dat € 50 miljoen voldoende is, gezien het feit dat het aantal mensen dat recht zou hebben op een forfait onbekend is?

### *Antwoord*

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel in de Eerste Kamer heb ik gezegd dat uit het Vektisrapport afgeleid zou kunnen worden dat een kleine 200 000 mensen thans nog buiten de afbakening van die forfaitaire regeling vallen. De CG-Raad heeft eerder een aantal van 400 000 personen genoemd. Daarbij verkeerde men in de veronderstelling dat de hulpmiddelenregistratie nog niet op orde zou zijn. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft laten weten dat deze registratie met ingang van 2009 wel op orde is. Hierdoor kan de helft van de door de CG-Raad genoemde groep wel worden gevonden. Het resterende aantal van 200 000 personen betreft circa 10% van de totale populatie die recht heeft op een forfait. In totaal is er zo'n € 500 miljoen voor de forfaits gereserveerd. Ervan uitgaande dat zo'n 10% van de mensen niet gevonden wordt, is het bedrag van € 50 miljoen een redelijke schatting.

Op basis van het Vektis rapport kan worden afgeleid dat er een kleine 0,2 miljoen mensen zijn die nu buiten de afbakening van de regeling vallen. Op welke gegevens baseert Vektis haar conclusies?

### *Antwoord*

Vektis heeft in het rapport «Compensatieregeling chronisch zieken en gehandicapten» een bestandsvergelijking gedaan tussen zijn eigen onderzoeksbestand en het POLS-bestand van het CBS. Op basis van het POLS-bestand zou de groep chronisch zieken en gehandicapten iets groter zijn dan uit de Vektis-cijfers naar voren komt. De omvang van de groep die Vektis niet vindt zou circa 1,1% van de Nederlandse bevolking zijn. Op een totaal van circa 16 miljoen inwoners, zou het dan gaan om circa 0,2 miljoen mensen die ten onrechte niet gevonden worden.

Kan worden aangegeven hoe de registratie bij zorgverzekeraars verloopt?

### *Antwoord*

Zoals het kabinet in de brief van 18 november heeft gemeld, heeft ZN in de tweede helft van 2008 bij haar leden navraag gedaan naar de stand van zaken bij de hulpmiddelenregistratie.<sup>1</sup> Doel van de navraag was het verifiëren van de mogelijkheid op basis van de huidige hulpmiddelenregistratie het gebruik van hulpmiddelen te hanteren als afbakeningscriterium voor chronisch zieken en gehandicapten. In deze navraag is conform de Regeling tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten specifiek gevraagd of verzekeraars hulpmiddelen op individueel verzekerden-

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II, 2008/09, 31 706, nr. 21.

niveau registreren. Bij brief van 6 november 2008 heeft ZN verslag gedaan van de uitkomsten van die navraag. De uitkomst was dat alle verzekeraars aangaven dat het hulpmiddelengebruik op individueel niveau wordt vastgelegd. Daarnaast is het mogelijk om, conform de rubricering in de zogeheten 08-staten en met de nader gespecificeerde uitzonderingen zoals hierboven aangegeven, tijdig gegevens aan te leveren voor de uitvoering van de forfaitaire regeling. Met rubricering in de 08-staten wordt bedoeld de indeling die het College voor zorgverzekeringen hanteert bij zijn jaarlijkse uitvraag bij zorgverzekeraars hulpmiddelenzorg. Tegen deze achtergrond heeft het kabinet aangegeven er vertrouwen in te hebben dat de hulpmiddelenregistratie tijdig op orde is. ZN heeft in de Stuurgroep Implementatie Wtcg recentelijk desgevraagd nogmaals bevestigd dat de registratie bij de verzekeraars goed verloopt.

*Het forfait en de aandachtspunten nader beschouwd*

Welke argumenten zijn er om te stellen dat huishoudelijke hulp en een gemiddeld zorggebruik betekent dat er meerkosten zijn?

*Antwoord*

In het rapport «Compensatieregeling chronisch zieken en gehandicapten» beschrijft Vektis dat de intensiteit van het zorggebruik een indicatie is voor de ernst van de beperking. De ernst van de beperking is vervolgens een goede voorspeller voor de meerkosten. Om de meerkosten te bepalen is door Vektis gebruik gemaakt van «Factsheet Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (NPCG)» van het NIVEL en het rapport «Meerkosten in kaart» waarin enquêtegegevens zijn verzameld door het NIBUD en iRv in opdracht van de CG-Raad. Huishoudelijke verzorging wordt beschouwd als een indicatie voor het hebben van een chronische aandoening en – daaruit voortvloeiend – meerkosten.

Om welke kosten gaat het hierbij?

*Antwoord*

In het Vektisrapport is beschreven dat op basis van twee onderzoeken is gekeken naar de meerkosten. Het betreft «Het Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten» (NPCG) van het NIVEL en het rapport «Meerkosten in kaart» waarin enquêtegegevens zijn verzameld door het NIBUD en iRv in opdracht van de CG-Raad. De meerkosten die door het Nivel zijn opgenomen, komen in hoofdlijnen overeen met de kosten die onder de buitengewone uitgavenregeling aftrekbaar waren. In het Nibud-onderzoek in opdracht van de CG-Raad is tot op zekere hoogte ook rekening gehouden met meerkosten op het terrein van participatie.

Wat is de stand van zaken ten aanzien van de uitvoering van de motie Tang (31 706, nr. 28) ten aanzien van de registratie van rolstoelen?

*Antwoord*

Op dit moment onderzoek ik samen met de VNG en het CAK op welke wijze een uniforme landelijke registratie van rolstoelen vormgegeven kan worden. Daarbij worden ook de gehandicaptenparkeerkaart en de Valyskaart als terugvaloptie betrokken indien het onverhoopt niet mogelijk zou blijken om een uniforme landelijke registratie op te zetten. In de voortgangsrapportage zal ik u hierover nader informeren.

Waarom zijn er momenteel geen gegevens beschikbaar over revalidatie in algemene ziekenhuizen, hoe wordt deze zorg nu gedeclareerd?

### *Antwoord*

Voor een deel van de revalidatiezorg in algemene ziekenhuizen bestonden in 2008 nog geen dbc's. Een deel van de revalidatiezorg in algemene ziekenhuizen werd daarom nog via de FB-systematiek bekostigd en niet gedeclareerd op basis van dbc's. Dat deel is daarom niet toe te rekenen aan individuele patiënten en kan om die reden niet worden gebruikt als basis voor een forfaitaire tegemoetkoming.

In de nota naar aanleiding van het verslag heb ik opgemerkt dat de Stuurgroep Implementatie Wtcg in overleg met zorgverzekeraars de mogelijkheden zou moeten nagaan voor het registreren van revalidatiezorg in algemene ziekenhuizen ten behoeve van de forfaitaire tegemoetkoming. Het was namelijk de bedoeling dat voor alle revalidatiezorg, zowel in revalidatiecentra als in algemene ziekenhuizen, per 1 januari 2009 revalidatie-dbc's zouden gaan gelden.

Deze planning is echter niet gehaald. Voor een deel van de revalidatie, bijvoorbeeld revalidatie in verband met epilepsie of longziekten, zijn de revalidatie-dbc's nog in ontwikkeling. Dit deel van de revalidatie wordt nog op dezelfde wijze als in 2008 gedeclareerd. Het deel van de revalidatiezorg waarvoor al wel revalidatie-dbc's gelden, wordt nu op basis van die revalidatie-dbc's gedeclareerd. Ik heb de Stuurgroep Implementatie Wtcg inmiddels gevraagd het voorgaande te betrekken bij de werkzaamheden terzake. Zodra hier meer over bekend is, zal ik u hierover informeren.

### *Concrete taakomschrijving*

Wanneer is er duidelijkheid ten aanzien van het gebruik van de ATC-codes?

### *Antwoord*

Aan de Taskforce is de suggestie meegegeven het gebruik van ATC-codes nader te bezien. Ik wacht de rapportage van de Taskforce met belangstelling af.

Waarom is voor 2009 gekozen voor FKG's in plaats van voor ATC-codes, gezien het feit dat ATC-codes geregistreerd worden en de mening van de CG-raad?

### *Antwoord*

In 2009 is gekozen voor de FKG's omdat, op basis van onderzoeken in het kader van de risicoverevening, is vastgesteld dat degenen die dergelijke medicijnen gebruiken met zeer hoge kans ook chronisch ziek zijn. Enige uitzondering van de FKG voor cholesterol, omdat de bijbehorende geneesmiddelen vooral preventief worden gebruikt. De basisgegevens voor het bepalen van FKG's zijn de declaraties voor geneesmiddelen, die de verzekeraars elektronisch ontvangen van apothekers. Uit de declaratie blijkt de hoeveelheid en stofnaam van het door de apotheek afgeleverde medicijn. Aan de stofnaam kan de code van het Anatomisch Therapeutisch Chemisch Classificatiesysteem (ATC) worden gehangen. Op het moment dat ook ATC-codes zouden worden gebruikt die nu niet meetellen voor de FKG's die in de risicoverevening worden gehanteerd, moet eerst worden vastgesteld hoe deze precies gerelateerd zijn aan een chronische ziekte. Er is dus meer tijd en aanvullend onderzoek nodig om de ATC-codes geschikt te maken als afbakeningscriterium.

Waarom is het voor mensen met een zeldzame ziekte niet mogelijk op basis van een medische diagnose recht te hebben op een tegemoetkoming?

*Antwoord*

Het kabinet heeft gekozen voor een automatische toekenning van een forfait als tegemoetkoming voor meerkosten uit hoofde van een chronische aandoening of handicap. Het recht op een forfait wordt daarom bepaald op basis van zorg die in uniforme landelijke bestanden geregistreerd is. Het gaat daarbij om zorggebruik op grond van de Zvw, indicaties voor de AWBZ en de registratie van eigen bijdrage voor huishoudelijke verzorging Wmo bij het CAK. Op deze wijze wordt niet-gebruik tegen gegaan. Dit in tegenstelling tot de buitengewone uitgavenregeling waarbij mensen zelf alles moesten invullen en aanvragen. Bij een aantal van 1,8 miljoen rechthebbenden is het administratief niet doenlijk om met handmatig verzamelde gegevens te werken. Het voorgaande laat onverlet dat ik de Taskforce in de taakopdracht verzocht heb om ook te bezien op welke wijze mensen met een zeldzame ziekte bij de afbakening van de doelgroep betrokken kunnen worden.

Hoe wordt onderzoek naar de «International Classification of Functioning, Disability and Health» (ICF)-classificatie verricht? Wat dient precies onderzocht te worden? Waarom wordt niet meteen overgegaan naar de ICF-classificatie als bekend is dat deze een systematische ordening mogelijk maakt in een standaardtaal? Welke door de Taskforce te onderzoeken knelpunten worden niet door de ICF-classificatie ondervangen?

*Antwoord*

Het onderzoek naar het gebruik van de ICF-classificatie zal moeten uitwijzen of, en zo ja, hoe deze methodiek een rol zou kunnen spelen in het kader van de Wtcg. Welke mogelijkheden de ICF-classificatie biedt en welke verbeteringen daarmee in het kader van de Wtcg kunnen worden bereikt is voorwerp van dat onderzoek. Het is aan de Taskforce om aan dit onderzoek nadere invulling te geven. Alvorens verdere stappen te kunnen zetten, zullen de uitkomsten van het onderzoek beschikbaar moeten zijn. Als het onderzoek uitwijst dat dit instrument bruikbaar is in het kader van de Wtcg, zal waarschijnlijk de nodige tijd gemoeid zijn met het implementeren daarvan. Over het tempo waarin en de schaal waarop dat verantwoord mogelijk is zal de Taskforce rapporteren.

Is het waar dat niet alle medicijnen op correcte wijze worden geregistreerd (hotelverpakkingen en magistrale bereiding schijnen nu niet voor te komen in het Vektis bestand)?

*Antwoord*

Wat betreft het intensief gebruik van bepaalde geneesmiddelen, is de indeling in FKG's bepalend voor de vaststelling van het recht op een Wtcg-tegemoetkoming. Hierbij is dus bepalend of een verzekerde in een FKG is ingedeeld. Consequentie van de keus om de indeling in FKG's ook als criterium voor de Wtcg te hanteren, is dat daarbij wordt aangesloten bij de eisen die in het systeem van de risicoverevening van zorgverzekeraars gelden voor de FKG-registratie. Voor de risicoverevening tellen grootverpakkingen en geneesmiddelen die magistraal worden bereid, niet mee voor de indeling in een FKG. Daardoor worden grootverpakkingen en magistrale bereidingen ook niet meegenomen bij het Vektis-bestand.

Wanneer wordt dit aangepast?

### *Antwoord*

Daar kan ik thans nog geen uitspraak over doen. Ik wacht de voorstellen van de Taskforce af voordat ik kan beoordelen of voor intensief geneesmiddelengebruik een betere afbakening mogelijk is dan met de FKG's bereikt kan worden. Indien zou worden afgestapt van de indeling in FKG's, is het wellicht mogelijk ook de grootverpakkingen en magistraal bereide geneesmiddelen mee te nemen.

Op dit moment valt een groep hulpmiddelen gebruikers die op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of AWBZ voor compensatie in aanmerking komen buiten de afbakening. Kan aan de taakopdracht worden toegevoegd dat er ook wordt gekeken naar een betere indeling van hulpmiddelen die recht geven op compensatie (waaronder hulpmiddelen voor blinden, mensen met ernstige visuele beperkingen en mensen die gebruik maken van dialyse apparatuur?)

### *Antwoord*

Bij de parlementaire behandeling van de Wtcg is de indeling van hulpmiddelen ten behoeve van de afbakening van de doelgroep uitgebreid aan de orde geweest. Daarbij is onder meer vastgesteld dat het merendeel van de hulpmiddelen onder de Zvw onderdeel is van de afbakeningscriteria voor de forfaitaire tegemoetkoming (waaronder de visuele hulpmiddelen). Zoals ik in zijn algemeenheid heb opgemerkt kan de Taskforce kennisnemen van de vragen en opmerkingen vanuit de Kamer en deze bij zijn werkzaamheden betrekken.

### *Randvoorwaarden*

Is nagedacht over de nadelige gevolgen voor mensen die geen forfait ontvangen in 2009, maar voor wie straks blijkt dat zij daar wel met terugwerkende kracht recht op hebben?

### *Antwoord*

Zoals ik bij de behandeling van de Wtcg in uw kamer heb aangegeven is de afbakening van de doelgroep goed, maar nog niet optimaal. Ik betreur dat, maar heb alles in het werk gezet om dit te verbeteren. Op dit moment onderzoekt de Taskforce op welke wijze wij de afbakening van de groep kunnen verbeteren. Op het moment dat de Taskforce zijn onderzoek heeft afgerond, zal ik bezien op welke wijze ik de groep die we nu mogelijk missen, indien dit uitvoeringstechnisch haalbaar is, met terugwerkende kracht tegemoet zal komen.

Hoe verloopt de bezwaarprocedure bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK)?

### *Antwoord*

Een rechthebbende krijgt een beschikking thuis gestuurd. Op deze beschikking staat binnen welke termijn en op welke wijze er bezwaar tegen de beschikking kan worden gemaakt. Als deze persoon bijvoorbeeld denkt dat hij recht heeft op een hogere tegemoetkoming, kan hij bezwaar aantekenen bij het CAK. Deze persoon dient dan schriftelijk bezwaar in en geeft daarbij aan waarom hij recht denkt te hebben op een hogere tegemoetkoming. Het CAK beoordeelt vervolgens op grond van inhoudelijke gronden van de Wtcg of deze persoon inderdaad recht op een hogere tegemoetkoming heeft.

Iemand die geen beschikking thuis heeft gekregen, kan een aanvraag doen voor een beschikking. Het CAK heeft op de website standaard aanvraag formulieren opgenomen.  
Tegen een afgewezen aanvraag staat ook bezwaar open.

Licht het CAK toe waarom een aanvraag wordt afgewezen?

*Antwoord*

Ja, een afwijzing van een aanvraag dient gemotiveerd te worden.

Is het waar dat het CAK na bezwaar opnieuw alleen naar de Vektis-gegevens kijkt zodat onderliggende gegevens niet boven water komen?

*Antwoord*

Het CAK is verantwoordelijk voor het toekennen van de tegemoetkoming. Het CAK zal daarom de gronden die de betrokkene aandraagt voor het bezwaar moeten beoordelen. Indien het daarvoor noodzakelijk is terug te gaan naar Vektis bestanden zal het CAK dit doen, maar het kan ook zijn dat dit niet voldoende is om de aanvraag te beoordelen en dan zal het CAK nader onderzoek moeten doen.

*Tijdpad*

Hoe wordt gegarandeerd dat de Taskforce de afbakening en de wijze waarop geregistreerd wordt eind 2009 afgerond heeft en dat het zorggebruik over 2010 geregistreerd wordt? Kan ervan worden uitgegaan dat het eindrapport van de Taskforce daadwerkelijk vóór de begroting van het ministerie van VWS is afgerond?

*Antwoord*

In de taakopdracht is aangegeven dat ten behoeve van een tijdige registratie van het zorggebruik over 2010 de Taskforce zijn werkzaamheden eind 2009 afgerond dient te hebben. Verder is aangegeven dat het eindrapport van de Taskforce beschikbaar zou moeten zijn ten behoeve van de tweede voortgangsrapportage inzake de Wtcg, waarvan het de bedoeling is deze voor de behandeling van de begroting van het ministerie van VWS voor 2010 naar de Tweede Kamer te sturen. Ik heb geen reden om aan te nemen dat deze planning niet haalbaar zou zijn. Daarnaast zal de Taskforce in mei tussentijds aan mij rapporteren. Deze bevindingen zal ik meenemen in de voortgangsrapportage Wtcg die ik rond 1 juni naar uw Kamer zal sturen.

*Vragen en opmerkingen van de SP-fractie*

De leden van de SP-fractie hebben met interesse de opdracht aan de Taskforce gelezen. Deze leden geven aan dat zij het nog steeds betreuren dat een wet al is aangenomen voordat maar liefst 200 000–400 000 mensen met een chronische ziekte en of handicap niet «gevonden» zijn». Zij wensen de Taskforce veel succes met het vinden van de groep, het is een grote opgave want het gaat hier om de koopkracht van mensen die het met hun gezondheid niet hebben getroffen en waardoor de financiële positie vaak niet florissant is.

Genoemde leden vragen nogmaals waarom het wel bekend is hoeveel mensen niet gevonden worden, terwijl ze blijkbaar niet in een «code» of functiegroep te vatten zijn.

*Antwoord*

De inschatting hoeveel mensen mogelijk ten onrechte geen forfait krijgen is gemaakt op basis van het Vektisrapport «Compensatieregeling chronisch zieken en gehandicapten». Op basis van een vergelijking met het POLS-bestand van het CBS zou de groep chronisch zieken en gehandicapten iets groter zijn dan uit de Vektis-cijfers naar voren komt. De omvang van de groep die Vektis niet vindt zou circa 200 000 personen bedragen. Om deze mensen ook daadwerkelijk een forfait te kunnen toekennen moeten objectieve criteria voorhanden zijn die zijn opgeslagen in landelijke, geautomatiseerde bestanden. Aan de Taskforce is gevraagd om hiernaar te kijken.

Mocht de Taskforce niet slagen, bent u dan bereid terug te vallen op de buitengewone uitgavenregeling van voor 1 januari 2009?

*Antwoord*

De buitengewone uitgavenregeling is per 1 januari 2009 afgeschaft omdat deze geen adequate tegemoetkoming bood aan de doelgroep chronisch zieken en gehandicapten. Het ligt dus niet in de rede terug te vallen op een regeling waarvan is gebleken dat die niet effectief is. Dit zou immers een verslechtering zijn ten opzichte van de regeling zoals die geldt met ingang van 1 januari 2009, met inbegrip van de als vangnet voorziene nieuwe fiscale aftrekregeling in de inkomstenbelasting. Daarenboven is er voor mij geen enkele aanleiding om te veronderstellen dat de Taskforce er niet in zou slagen om de beoogde verbetering van de afbakening van de doelgroep te realiseren.

Deze leden vragen wat er gebeurt met een grote groep die gevonden zal worden, wordt de € 50 miljoen dan over een grotere groep verdeeld? Zo ja, wat blijft dan van de belofte overeind dat mensen € 150 tot € 500 forfait kunnen krijgen? Zo neen, hoeveel geld heeft u beschikbaar voor een grotere groep?

*Antwoord*

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel in de Eerste Kamer heb ik desgevraagd aangegeven dat het kabinet veronderstelt het bedrag van € 50 miljoen toereikend is. Tevens is aangegeven dat als het budget onverhoopt niet toereikend zou zijn, het kabinet een en ander beter zal toespitsen binnen het gehele budget van € 2,3 miljard.

Wie zal de Taskforce gaan spreken, worden de patiëntenbelangenorganisaties betrokken en hoe wordt hun inbreng gewogen? De CG-Raad heeft een groot onderzoek gedaan naar de mensen die niet in aanmerking komen voor de compensatie van het eigen risico. Worden deze uitkomsten betrokken bij het onderzoek of bent u niet van mening dat het hier dezelfde groep betreft? Gaat de Taskforce ook spreken met beroepsgroepen (specialisten ed.) die te maken hebben met chronisch zieken en gehandicapten, omdat zij zicht kunnen hebben op patiënten die niet in aanmerking komen?

*Antwoord*

Zoals hiervoor is aangegeven bepalen de leden van de Taskforce zelf op welke wijze zij aan de taakopdracht invulling geven. Welke deskundigen en welke onderzoeken zij raadplegen is aan de leden van de Taskforce. Vanzelfsprekend kan de Taskforce kennisnemen van de vragen en opmerkingen vanuit de Kamer en deze bij zijn werkzaamheden betrekken.



Is de Taskforce ervan op de hoogte dat MS, zeldzame ziekten, hoog cholesterol (erfelijke vormen ook), reuma- en diabetespatiënten, mensen met hart en vaatziekten (erfelijke vormen ook) niet op de lijsten staan voor de compensatie?

*Antwoord*

Zoals eerder is aangegeven, ben ik mij ervan bewust dat de afbakening van de groep chronisch zieken en gehandicapten nog verbetering behoeft, bijvoorbeeld in sommige gevallen van zeer zeldzame aandoeningen. De Taskforce is goed op de hoogte van de verbeterpunten van afbakening van de doelgroep en is hiermee voortvarend aan de slag gegaan. De reden waarom mensen met chronische aandoeningen buiten de afbakening kunnen vallen, is dat deze aandoeningen niet voorkomen in de DKG's en FKG's (waaronder reuma en diabetes) of de lijst bij bijlage 2 van het Besluit zorgverzekering op grond waarvan mensen fysio- of oefentherapie op grond van de Zvw krijgen. Het is overigens niet gezegd dat deze mensen nooit een tegemoetkoming krijgen, als zij bijvoorbeeld een AWBZ-indicatie hebben of huishoudelijke verzorging op grond van de Wmo hebben gekregen, hebben ze wel recht op een tegemoetkoming. Wat betreft mensen met reuma, is het niet zo dat zij per definitie buiten de afbakeningscriteria vallen. Indien zij geneesmiddelen gebruiken die vallen onder de (zware) FKG reuma, komen zij in aanmerking voor een tegemoetkoming, afhankelijk van de leeftijd, van € 150 of van € 300. Ook op grond van een DKG kan iemand die reuma heeft voor een tegemoetkoming in aanmerking komen. Iemand met reuma die valt onder een FKG en een DKG krijgt een hogere tegemoetkoming. Als deze verzekerde bijvoorbeeld daarnaast ook nog hulp in de huishouding op grond van de Wmo of bijvoorbeeld een indicatie op grond van de AWBZ heeft, wordt de tegemoetkoming verhoogd, wederom afhankelijk van de leeftijd, naar € 350 of € 500. Reumatoïde aandoeningen zijn overigens, net als herstel van bepaalde vormen van een hartinfarct, tevens opgenomen in de lijst op grond waarvan fysio- en oefentherapie op grond van de Zvw wordt vergoed. Ook dat is een criterium op grond waarvan de verzekerde een tegemoetkoming kan krijgen.

Is het niet eerlijker en ook begrijpelijker voor de mensen om gebruik te maken van een lijst van ziektes of aandoeningen om vast te stellen wie voor een tegemoetkoming in aanmerking komt? Zo neen, waarom niet?

*Antwoord*

De verbetering van de afbakening is opgedragen aan de Taskforce. Ik geef dit soort overwegingen mee aan de Taskforce, maar wacht vervolgens de rapportage af. Hierbij wil ik wel opmerken dat niet enkel het bepalen van de doelgroep van belang is, maar niet in de laatste plaats, ook de wijze waarop wij automatisch op een voor de burger niet belastende manier de tegemoetkoming kunnen toekennen.

Deze leden vragen of het de Taskforce ook gegeven is om een oordeel te vellen over de regeling Wtcg? Zo neen, waarom mogen zij daar geen uitspraken over doen? Zo ja, gaat u naar de aanbevelingen luisteren om de regeling (als het moet ook grondig) te herzien?

*Antwoord*

Aan de Taskforce is gevraagd onderzoek te doen naar de mogelijkheden om de doelgroep beter af te bakenen. In de taakopdracht aan de Taskforce, die uw Kamer in afschrift heeft ontvangen, zijn enkele suggesties

gedaan waar de Taskforce naar zou kunnen kijken. Ik wacht de aanbevelingen van de Taskforce af en ga daar uiteraard zeer serieus naar kijken.

Genoemde leden missen de toezegging dat er ook gekeken zal worden naar het gebruik van hulpmiddelen die niet jaarlijks voorkomen in de aanschaf, omdat de hulpmiddelen meerdere jaren meegaan. Wordt die toezegging wel gestand gedaan?

*Antwoord*

Aan dit onderwerp wordt aandacht besteed door de Stuurgroep Implementatie Wtcg.

Op welke wijze kan de Taskforce uitspraken doen over het functioneren van het CAK, de zorgverzekeraars en andere verantwoordelijken die belangrijk zijn voor het aanleveren van de gegevens waarop wordt beoordeeld of iemand chronisch ziek of gehandicapt is?

*Antwoord*

Het monitoren van de uitvoering van de Wtcg door de ketenpartners gebeurt door de Stuurgroep Implementatie Wtcg. De Taskforce zal zich hier niet direct op richten. Wel dient de Taskforce bij zijn aanbevelingen rekening te houden met de uitvoerbaarheid daarvan voor het CAK.