

Besluit van

houdende regels inzake de
tegemoetkomingen voor
chronisch zieken en
gehandicapten (Besluit
tegemoetkoming chronisch
zieken en gehandicapten)

Op de voordracht van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 2008, kenmerk , gedaan mede namens Onze Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Onze Staatssecretaris van Financien;

Gelezen ;

Gelet op de artikelen 2, eerste lid, 4, derde lid, 8, derde lid en 9, tweede lid, van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten, artikel 6, derde lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, artikel 15, derde lid, van de Wet maatschappelijke ondersteuning, artikel 6.1, vierde lid, van de Wet inkomstenbelasting 2001 en artikel 34 van de Wet op de loonbelasting 1964;

De Raad van State gehoord (advies van , nummer);

Gezien het nader rapport van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 2008, kenmerk , uitgebracht mede namens Onze Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Onze Staatssecretaris van Financien;

Hebben goedgevonden en verstaan:

Hoofdstuk 1. Definities en algemene bepalingen

Artikel 1

Voor de toepassing van de artikelen 2 tot en met 4 en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- a. de wet: de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten;
- b. FKG's: Farmaceutische kosten groepen die worden gehanteerd voor de toepassing van hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering;
- c. DKG's: Diagnose kosten groepen die worden gehanteerd voor de toepassing van hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering;
- d. indicatiebesluit: een besluit als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van het Zorgindicatiebesluit.

Hoofdstuk 2. Tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten

Artikel 2

1. De tegemoetkoming, bedoeld in artikel 2, eerste lid, van de wet, bedraagt € 300 indien de verzekerde in het kalenderjaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft, jonger was dan 65 jaar of 65 jaar is geworden, onderscheidenlijk € 150 indien de verzekerde in het gehele jaar 65 jaar of ouder was, en de verzekerde:

- a. in dat jaar was ingedeeld in één van de bij ministeriële regeling aangewezen lichte FKG's en bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen heeft gebruikt;
- b. in dat jaar was ingedeeld in twee of meer van de bij ministeriële regeling aangewezen lichte FKG's;
- c. in dat jaar was ingedeeld in één of meer van de bij ministeriële regeling aangewezen zware FKG's;
- d. in het jaar voorafgaande aan dat jaar was ingedeeld in één of meer van de bij ministeriële regeling aangewezen DKG's;
- e. in dat jaar in een bij ministeriële regeling aangewezen instelling geneeskundige zorg gericht op revalidatie heeft ontvangen of hem over dat jaar vergoeding voor zodanige zorg is verleend;
- f. in dat jaar fysiotherapie of oefen therapie als bedoeld in artikel 2.6, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering heeft ontvangen, of, indien hij in dat jaar jonger was dan 18 jaar, in dat jaar en het daaraan voorafgaande jaar meer dan een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag aan fysiotherapie of oefen therapie heeft ontvangen;
- 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 en 6 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ;
- h. in dat jaar op grond van een indicatiebesluit al dan niet aaneengesloten 26 weken of meer was aangewezen op één tot vier dagdelen per week zorg als bedoeld in artikel 6 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ;
- i. in dat jaar al dan niet aaneengesloten 26 weken of meer één tot tien uren per week huishoudelijke verzorging in natura als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel h, juncto artikel 4, eerste lid, van de Wet maatschappelijke ondersteuning heeft ontvangen;
- j. in dat jaar op grond van een indicatiebesluit al dan niet aaneengesloten 26 weken of meer was aangewezen op één of meer etmalen per week zorg als bedoeld in de artikelen 9, eerste lid, of 13, eerste en tweede lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

2. De tegemoetkoming, bedoeld in artikel 2, eerste lid, van de wet bedraagt € 500 indien de verzekerde in het kalenderjaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft, jonger was dan 65 jaar of 65 jaar is geworden, onderscheidenlijk € 350 indien de verzekerde in het gehele jaar 65 jaar of ouder was, en de verzekerde in dat jaar:

- a. viel onder twee of meer van de categorieën, genoemd in het eerste lid, met uitzondering van de categorie, genoemd in onderdeel j, en:
 - 1°. de combinatie van de categorieën genoemd in onderdelen b en c;
 - 2°. een combinatie van de categorie, genoemd in onderdeel i, en een van de categorieën, genoemd in de onderdelen g of h;

- b. al dan niet aaneengesloten 26 weken of meer op grond van een indicatiebesluit was aangewezen op tien of meer per week zorg als bedoeld in de artikelen 4, 5 en 6 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ;
- c. al dan niet aaneengesloten, 26 weken of meer op grond van een indicatiebesluit, was aangewezen op vier of meer dagdelen per week zorg als bedoeld in artikel 6, tweede lid, onderdeel a, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ;
- d. al dan niet aaneengesloten 26 weken of meer tien of meer uren per week huishoudelijke verzorging in natura heeft ontvangen als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel h, juncto artikel 4, eerste lid, van de Wet maatschappelijke ondersteuning.

Artikel 3

1. Zorgverzekeraars als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet verstrekken van verzekerden die vallen onder de categorieën, genoemd in artikel 2, eerste lid, onderdelen a tot en met f, aan het CAK:
 - a. het burgerservicenummer of bij ontbreken daarvan het sociaal-fiscaalnummer;
 - b. het rekeningnummer;
 - c. de geboortedatum;
 - d. indien de verzekerde is overleden, de datum van het overlijden.e., indien dit op grond van artikel 2, tweede lid, onderdeel a, leidt tot een hogere tegemoetkoming, dat de verzekerde onder meer dan een categorie valt.
2. De zorgverzekeraar vermeldt niet in welke of hoeveel categorieën de verzekerde valt.
3. Zorgverzekeraars verstrekken aan het CAK van de personen die op grond van artikel 2, eerste of tweede lid, aanspraak maken op een tegemoetkoming, de mededeling of deze personen hebben voldaan aan de verzekeringsplicht van artikel 2, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet.
4. Indicatieorganen als bedoeld in artikel 9a van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten verstrekken aan het CAK van verzekerden die vallen onder artikel 2, eerste lid, onderdelen g, h of j, of tweede lid, onderdelen b of c:
 - a. het burgerservicenummer of bij ontbreken daarvan het sociaal-fiscaalnummer;
 - b. de datum waarop en de duur waarvoor de indicatie is gegeven;
 - c. de geboortedatum;
 - d. indien de verzekerde is overleden, de datum van overlijden.e. de mededeling of de verzekerde valt in de categorie, genoemd in:
 - 1°. artikel 2, eerste lid, onder g of h,
 - 2°. artikel 2, eerste lid, onder j, of
 - 3°. artikel 2, tweede lid, onder b of c;

Hoofdstuk 3. Tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten

Artikel 4

1. Recht op de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 8 van de wet, heeft:
 - 1°. de verzekerde die op 1 juli van een kalenderjaar recht heeft op:
 - a. een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering bij een arbeidsongeschiktheid van 35% of meer;

- b. een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van hoofdstuk 6 van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen;
 - c. een werkhervattingsuitkering gedeeltelijk arbeidsgeschikten op grond van hoofdstuk 7 van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, of
 - d. een uitkering op grond van de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen bij een arbeidsongeschiktheid van 35% of meer.
- 2° .. een persoon die op 1 juli van een kalenderjaar recht heeft op de uitkering op grond van de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten bij een arbeidsongeschiktheid van 35 % of meer.
2. De uitkeringsgerechtigde, bedoeld in het eerste lid, ontvangt per kalenderjaar een tegemoetkoming van € 350.
 3. Het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen verstrekt de tegemoetkoming ambtshalve in het derde kwartaal van een kalenderjaar.
 4. Voor de toepassing van dit artikel wordt als verzekerde beschouwd degene die ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de daarop gebaseerde regelgeving verzekerd is.

Hoofdstuk 4 Algemene bepalingen over tegemoetkomingen

Artikel 5

1. Aan het begin van een kalenderjaar worden de bedragen, genoemd in de artikelen 2 en 3, bij ministeriële regeling gewijzigd overeenkomstig de tabelcorrectiefactor, bedoeld in artikel 10.2 van de Wet inkomstenbelasting 2001, en worden daarbij naar boven afgerond op hele getallen.
2. De op grond van het eerste lid aangepaste bedragen treden in plaats van de bedragen, genoemd in de artikelen 2 en 4.

Hoofdstuk 5. Korting op eigen bijdragen op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet maatschappelijke ondersteuning

Artikel 6

Het **Bijdragebesluit zorg** wordt als volgt gewijzigd:

A

Aan artikel 4 wordt een lid toegevoegd, luidende:

6. De met toepassing van het eerste tot en met het vijfde lid vastgestelde bijdrage wordt verlaagd met:
 - a. 16% voor een verzekerde jonger dan 65 jaar;
 - b. 8% voor een verzekerde van 65 jaar of ouder.

B

In artikel 15, tweede lid, wordt "artikel 8 is" vervangen door: de artikelen 4, zesde lid, en 8 zijn.

C

Artikel 16d wordt als volgt gewijzigd:

1. Het tweede lid komt te luiden:
2. De bijdrage, bedoeld in het eerste lid, bedraagt niet meer dan:
 - a. voor de ongehuwde verzekerde jonger dan 65 jaar € 17,20 per vier weken, met dien verstande dat indien zijn inkomen meer bedraagt dan € 21 703 het bedrag van € 17,20 wordt verhoogd met een dertiende deel van 15% van het verschil tussen zijn inkomen en € 21 703
 - b. voor de ongehuwde verzekerde van 65 jaar of ouder € 17,20 per vier weken, met dien verstande dat indien zijn inkomen meer bedraagt dan € 14 812 het bedrag van € 17,20 wordt verhoogd met een dertiende deel van 15% van het verschil tussen zijn inkomen en € 14 812;
 - c. voor de gehuwde verzekerden indien een van beiden jonger is dan 65 jaar of beiden jonger zijn dan 65 jaar € 24,60 per vier weken, met dien verstande dat indien hun gezamenlijke inkomen meer bedraagt dan € 26 535 het bedrag van € 24,60 wordt verhoogd met een dertiende deel van 15% van het verschil tussen hun gezamenlijke inkomen en € 26 535;
 - d. voor de gehuwde verzekerden die beiden 65 jaar of ouder zijn € 24,60 per vier weken, met dien verstande dat indien hun gezamenlijke inkomen meer bedraagt dan € 20 431 het bedrag van € 24,60 wordt verhoogd met een dertiende deel van 15% van het verschil tussen hun gezamenlijke inkomen en € 20 431.
2. In het vierde lid wordt "tweede lid" vervangen door: eerste en tweede lid.
3. Onder vernummering van het vijfde lid tot zesde lid wordt een nieuw vijfde lid ingevoegd, luidende:
5. Op de met toepassing van het eerste, tweede en vierde lid vastgestelde bijdrage wordt een korting van 33% toegepast.

Artikel 7

Artikel 4.1 van het **Besluit maatschappelijke ondersteuning** wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid komt als volgt te luiden:
 1. Indien de gemeenteraad uitvoering heeft gegeven aan artikel 15, eerste lid, of artikel 19, eerste lid, van de wet, mag de verschuldigde eigen bijdrage en het aandeel in de kosten van maatschappelijke ondersteuning dat bij de toekenning van een financiële tegemoetkoming voor eigen rekening blijft, tezamen niet meer bedragen dan
 - a. voor de ongehuwde persoon jonger dan 65 jaar € 17,20 per vier weken, met dien verstande dat indien zijn inkomen meer bedraagt dan € 21 703 het bedrag van € 17,20 wordt verhoogd met een dertiende deel van 15% van het verschil tussen zijn inkomen en € 21 703;
 - b. voor de ongehuwde persoon van 65 jaar of ouder € 17,20 per vier weken, met dien verstande dat indien zijn inkomen meer bedraagt dan € 14 812 het bedrag van € 17,20 wordt verhoogd met een dertiende deel van 15% van het verschil tussen zijn inkomen en € 14 812;
 - c. voor de gehuwde personen indien een van beiden jonger is dan 65 jaar of beiden jonger zijn dan 65 jaar € 24,60 per vier weken, met dien verstande dat indien hun gezamenlijke inkomen meer bedraagt dan € 26 535 het bedrag van € 24,60 wordt verhoogd met een dertiende

deel van 15% van het verschil tussen hun gezamenlijke inkomen en € 26 535;

d. voor de gehuwde personen die beiden 65 jaar of ouder zijn € 24,60 per vier weken, met dien verstande dat indien hun gezamenlijke inkomen meer bedraagt dan € 20 431 het bedrag van € 24,60 wordt verhoogd met een dertiende deel van 15% van het verschil tussen hun gezamenlijke inkomen en €20 431.

2. Onder vernummering van het vierde en vijfde lid tot vijfde en zesde lid, wordt een lid ingevoegd, luidende:

4. Op de met toepassing van het eerste en tweede lid vastgestelde bijdrage wordt een korting van 33% toegepast.

Hoofdstuk 6. Wijzigingen in fiscale regelgeving

Artikel 8

Het **Uitvoeringsbesluit inkomstenbelasting 2001** wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 19a komt te luiden:

Artikel 19a Aangewezen drukkende uitgaven

Bij de bepaling van de omvang van hetgeen op de belastingplichtige aan uitgaven voor specifieke zorgkosten drukt blijven buiten beschouwing:

- a. bijzondere bijstand in de zin van artikel 35, eerste, derde en vierde lid, van de Wet werk en bijstand die, ondanks een aanspraak op deze bijzondere bijstand, niet is genoten en niet wordt genoten;
- b. de tegemoetkomingen, als bedoeld in de artikelen 2 en 8, van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten.

B

Artikel 20a vervalt.

Artikel 9

In artikel 11, eerste lid, van het Uitvoeringsbesluit loonbelasting 1965 wordt na onderdeel d een onderdeel ingevoegd, luidende:

- e. uitkeringen ingevolge artikel 8 van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten;

Hoofdstuk 6. Slotbepalingen

Artikel 10

Dit besluit treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip waarbij voor artikelen of onderdelen daarvan terugwerkende kracht mogelijk is tot en met 1 januari 2009.

Artikel 11

Dit besluit wordt aangehaald als: Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten.

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

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

J. Bussemaker

De Minister van Sociale Zaken en
Werkgelegenheid

J.P.H. Donner

De Staatssecretaris van Financiën

J.C. de Jager

CONCEPT

Nota van toelichting

1. Algemeen

In dit besluit zijn nadere regels gesteld ter uitvoering van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (hierna: de wet). Dit betreft de nadere aanduiding van de categorieën verzekerden die voor de beide tegemoetkomingen op grond van die wet in aanmerking komen. Daarnaast wordt met het besluit een korting op de eigen bijdragen voor zorg op grond van de Algemene Wet Bijzondere Zorgkosten (AWBZ) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) gerealiseerd. Deze korting maakt, naast hetgeen geregeld is in de wet, onderdeel uit van het pakket aan maatregelen dat tot doel heeft chronisch zieke en gehandicapte verzekerden met meerkosten door problemen met hun gezondheid tegemoet te komen. Verder vinden er enkele aanpassingen plaats in fiscale uitvoeringsbesluiten die samenhangen met de invoering van de regeling uitgaven voor specifieke zorgkosten in de Wet inkomstenbelasting 2001 en met het in de loonbelasting betrekken van de tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten, die vervolgens als eindheffingsbestanddeel zal worden aangewezen.

In dit besluit is geregeld welke afbakeningscriteria bepalend zijn voor het toekennen van de tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten, bedoeld in artikel 2 van de wet. In de memorie van toelichting bij de wet is uitgebreid uiteengezet op welke gronden de afbakening is gekozen. Om deze reden wordt in dit algemene deel van deze nota van toelichting van dit besluit hier slechts kort op ingegaan. Ook wordt uiteengezet op welke wijze de tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten op grond van artikel 8 van de wet nader wordt ingevuld. Tot slot wordt de korting op de eigen bijdragen AWBZ en Wmo toegelicht.

2. Tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten

De wet heeft tot doel chronisch zieke en gehandicapte verzekerden die geconfronteerd worden met meerkosten door problemen die zij met hun gezondheid ervaren, tegemoet te komen voor meerkosten. Deze meerkosten hebben geen betrekking op de kosten van zorg die worden gefinancierd op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) of de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het gaat om bijkomende kosten waarmee chronisch zieken of gehandicapten te maken hebben door de beperkingen die zij ondervinden. Voorbeelden hiervan zijn hogere stookkosten, vervoerskosten voor geneeskundige hulp en extra kosten voor kleding of beddengoed.

Zoals in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel is uiteengezet, zijn maatregelen die in het verleden zijn getroffen, niet afdoende gebleken om de beoogde doelgroep van chronisch zieken en gehandicapten te bereiken. Aangezien de regering dit onwenselijk vindt, heeft de wet een nieuwe tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten in het leven geroepen.

In dit besluit is de afbakening van de groep chronisch zieken en gehandicapten geregeld. Deze afbakening is gebaseerd op vormen van zorg die een indicator zijn om te bepalen of een verzekerde naar verwachting te maken heeft met meerkosten. In het besef dat op grond van deze gegevens op dit moment een goede, maar nog niet de meest optimale afbakening kan worden gemaakt en dat voor de jaren na 2009 een verfijning zal moeten plaatsvinden, wordt voor dit moment uitgegaan van de volgende gegevens:

1. Het intensief gebruik van bepaalde geneesmiddelen;
2. Het gebruik van bepaalde hulpmiddelen;

3. Een opname in een ziekenhuis voor een bepaalde aandoening;
4. Het gebruik van fysiotherapie of oefentherapie voor een aandoening heeft die voorkomt op de lijst met chronische aandoeningen in het Besluit zorgverzekering;
5. Het gebruik van revalidatiezorg;
6. Een indicatie voor AWBZ-zorg;
7. Het gebruik van huishoudelijke verzorging op grond van de Wmo.

De hoogte van de meerkosten is naar verwachting niet voor alle bovenstaande indicatoren gelijk. Daarom is in artikel 2, tweede lid, van de wet geregeld dat voor verschillende groepen van zorggebruikers ook een verschillende tegemoetkoming kan worden vastgesteld. In dit besluit is geregeld dat verzekerden die naar verwachting hoge meerkosten hebben, een hogere tegemoetkoming krijgen dan verzekerden die naar verwachting geconfronteerd worden met lagere meerkosten. Gebleken is dat vooral de ernst van de beperking sterk onderscheidend is voor de hoogte van de meerkosten en dat de intensiteit van zorggebruik een goede graadmeter is voor de ernst van de beperking. Daarom wordt in dit besluit de hoogte van de tegemoetkoming gekoppeld aan de vorm of vormen van zorg die de verzekerde nodig heeft gehad.

Het gebruik van bovenstaande zorgvormen is ingedeeld in vier categorieën van intensiteit: laag, gemiddeld, hoog en zeer hoog intramuraal. De hoogte van de tegemoetkomingen is gekoppeld aan deze indeling.

Laag

De verzekerde:

1. is ingedeeld in één lichte FKG's. Lichte FKG's hebben betrekking op glaucoom, schildklier-aandoeningen, psychische aandoeningen, diabetes, cara en hartaandoeningen of,
2. gebruikt bepaalde hulpmiddelen.

Gemiddeld

De verzekerde:

1. is ingedeeld in één lichte FKG's en gebruikt bovendien bepaalde hulpmiddelen;
2. is ingedeeld in meer dan een lichte FKG';
3. 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;
4. is ingedeeld in één of meer DKG's;
5. wordt behandeld in een revalidatiecentrum;
6. krijgt fysiotherapie of oefentherapie uit het wettelijk verzekerde pakket van de Zvw vergoed, omdat de verzekerde een aandoening heeft die voorkomt op de lijst met chronische aandoeningen;
7. heeft in een jaar voor 26 weken een indicatie voor één tot tien uren extramurale AWBZ-zorg;
8. heeft in een jaar voor 26 weken een indicatie voor één tot vier dagdelen extramurale AWBZ-zorg, of
9. krijgt in een jaar voor 26 weken of meer één tot tien uren huishoudelijke verzorging op grond van de Wmo.

Hoog

De verzekerde:

1. is ingedeeld in meer dan één van de hierboven genoemde categorieën bij "gemiddeld", met uitzondering van de combinaties tussen 2 en 3 en tussen 9 en 7 of 8;
2. heeft in een jaar voor 26 weken een indicatie voor tien of meer uren extramurale AWBZ-zorg;
3. heeft in een jaar voor 26 weken een indicatie voor meer dan vier dagdelen extramurale AWBZ-zorg;

4. krijgt in een jaar 26 weken of meer tien of meer uren huishoudelijke verzorging op grond van de Wmo.

Zeer hoog intramuraal

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

Verzekerden die zijn ingedeeld in de categorie 'laag', hebben naar verwachting geen of geringe meerkosten. Om deze reden ontvangen zij geen tegemoetkoming. Verzekerden die zijn ingedeeld in de categorie 'gemiddeld', ontvangen een tegemoetkoming van € 300 indien zij jonger zijn dan 65 jaar. Dit is ook het geval indien ze in dat jaar 65 werden. De verzekerden ontvangen € 150 indien zij ouder zijn dan 65 jaar. Voor verzekerden onder de 65 jaar die zijn ingedeeld in de categorie 'hoog', is de tegemoetkoming € 500. Voor verzekerden ouder dan 65 jaar is dit € 350. Verzekerden die zijn ingedeeld in de categorie 'zeer hoog intramuraal', ontvangen € 300 indien zij jonger zijn dan 65 jaar (of in dat jaar 65 jaar werden) en € 150 indien zij ouder zijn dan 65 jaar.

Personen die jonger zijn dan 65 jaar, ontvangen een hogere tegemoetkoming, omdat alle mensen van 65 jaar of ouder ook generieke inkomensondersteuning krijgen.

Het jaar waarin verzekerden 65 jaar worden, is voor de Algemene ouderdomswet (AOW) een zogenaamd gesplitst jaar. Er is een periode een inkomen waarover het belastingtarief van 65-minners wordt betaald en een periode waarover men het 65-plus tarief betaalt. Met ingang van de eerste dag van de maand waarin iemand de leeftijd van 65 jaar bereikt, is die persoon niet meer verzekerd en premieplichtig voor de AOW. Er is voor gekozen het bedrag van de tegemoetkoming pas te verlagen als de verzekerde het hele kalenderjaar 65 jaar oud is. De reden hiervoor is dat ook de nieuwe vermenigvuldigingsfactor van 213% voor 65-plussers pas geldt voor degenen die op 1 januari al 65 jaar oud zijn.

3. Tegemoetkoming arbeidsongeschikten

In dit besluit wordt nader geregeld welke personen met welke uitkeringen in aanmerking komen voor de tegemoetkoming te verstrekken door het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV). Het gaat om een nadere invulling van de in de wet omschreven doelgroep. De doelgroep is gekoppeld aan het recht op een uitkering in verband met arbeidsongeschiktheid. Voorts bevat dit besluit enkele bepalingen over de wijze van uitvoering door het UWV. Ten slotte bepaalt dit besluit het bedrag van de tegemoetkoming.

4. Kortingen op eigen bijdragen AWBZ en Wmo

In dit besluit wordt een korting gerealiseerd van de eigen bijdragen die worden geheven op grond van de AWBZ en de Wmo. De korting op deze eigen bijdragen maakt deel uit van het pakket aan maatregelen ter compensatie van het vervallen van de buitengewone uitgavenregeling. Omdat de buitengewone uitgavenregeling met ingang van 1 januari 2009 is afgeschaft, kan de eigen bijdrage niet meer van de belasting worden afgetrokken. Ter compensatie zal het CAK de eigen bijdrage verlagen. Hierdoor wordt de korting, die eerder via belastingteruggave bij een apart loket (belastingdienst) moest worden aangevraagd, automatisch op de rekening verwerkt.

Het CAK houdt in zijn boekhouding rekening met de opgelegde eigen bijdrage en de verleende korting. Voordeel van de methode van korting in plaats van het verlagen van de eigen bijdragen is dat de gemeenten niets merken van de korting, zij ontvangen het bedrag zoals de gemeente dat heeft opgelegd. Er is daarmee geen verandering in de opbrengst voor gemeenten. De cliënt krijgt vervolgens een factuur voor de te betalen eigen bijdrage die tweederde deel bedraagt van het

bedrag dat op grond van de eigen bijdrageregeling is berekend. Het CAK krijgt een derde deel van het bedrag op de factuur via de begroting van VWS. Voordeel van deze systematiek is dat de eigen bijdrageregeling die gemeenten nu kennen, volledig in tact blijft.

Gebleken is dat relatief weinig mensen die een eigen bijdrage voor AWBZ-zorg betalen, gebruik maken van de mogelijkheid deze kosten op te voeren voor de buitengewone uitgavenregeling. Juist deze mensen vallen onder de doelgroep die oorspronkelijk met deze regeling was beoogd. Om deze doelgroep toch te bereiken, is besloten een korting te geven op de eigen bijdragen AWBZ en Wmo. Bijkomend voordeel hiervan is dat deze korting een eind maakt aan het rondpompen van geld, zoals dat gebeurde bij de buitengewone uitgavenregeling. Cliënten krijgen direct, dat wil zeggen zonder dat zij daartoe een aanvraag moeten indienen, een korting op de eigen bijdragen. Voor de eigen bijdrage voor extramurale AWBZ-zorg en de eigen bijdrage in het kader van de Wmo bedraagt de korting 33% en voor de eigen bijdrage voor intramurale AWBZ-zorg bedraagt de korting 8% voor mensen die 65 jaar of ouder zijn en 16% voor mensen die jonger zijn dan 65 jaar. De percentages voor de eigen bijdrage voor intramurale AWBZ-zorg is lager, omdat alleen het zorgaandeel van de eigen bijdrage via de huidige buitengewone uitgavenregeling in aanmerking kwam voor aftrek. Om deze reden is de korting van deze eigen bijdrage minder groot dan bij de eigen bijdrage voor extramurale AWBZ-zorg en Wmo.

Ongeveer 55% van de bewoners van intramurale instellingen maakt gebruik van de mogelijkheid om een deel van de eigen bijdrage via de buitengewone uitgavenregeling af te trekken. Een aanzienlijk deel van de bewoners van intramurale AWBZ-instellingen, te weten zij die geen gebruik hebben gemaakt van de buitengewone uitgavenregeling, gaat er met deze korting van de eigen bijdrage voor intramurale AWBZ-zorg op vooruit.

De korting op de eigen bijdragen AWBZ en Wmo die met dit besluit wordt gerealiseerd, wordt deels al in 2009 toegepast. Mensen met intramurale zorg zullen vanaf 1 januari 2009 maandelijks van de korting profiteren. De korting op de eigen bijdragen voor de extramurale AWBZ-zorg en voor de Wmo die betrekking heeft op in het jaar 2009 betaalde eigen bijdragen, zal éénmalig aan het begin van 2010 in één keer worden uitgekeerd. Voor deze groep treedt daarmee in feite een versnelling op ten opzichte van de toepassing van de huidige buitengewone uitgavenregeling. Het is overigens niet mogelijk deze korting op een eerdere datum te realiseren, vanwege een aanpassing die het CAK moet doen aan de systemen. Vanaf 1 januari 2010 zal ook voor de extramurale AWBZ-zorg en de Wmo gelden dat de korting direct maandelijks verrekend zal worden.

Hoewel de regeling voor heel veel mensen positief zal uitpakken, kan de korting op de eigen bijdrage AWBZ en het vervallen van de aftrekbaarheid in een aantal gevallen ook negatieve gevolgen hebben. Onder de buitengewone uitgavenregeling bestond voor de aftrek van de eigen bijdrage een vermenigvuldigingsfactor. Voor 65-plussers leidde dat tot een aftrek inclusief vermenigvuldigingsfactor van ruim 30% van de betaalde eigen bijdrage. Voor 65-minners liep de teruggave inclusief vermenigvuldigingsfactor op tot bijna 90% van de betaalde eigen bijdrage. Dit is exclusief de doorwerking naar de inkomensafhankelijke regelingen. De negatieve inkomensgevolgen voor 65-minners die het gevolg zijn van deze zogenoemde balansverkorting, worden – naast de korting op de te betalen eigen bijdrage - verzacht door een aanpassing in de eigen bijdrage extramurale AWBZ-zorg. Nu is de eigen bijdrage extramurale AWBZ-zorg voor cliënten jonger dan 65 jaar met een inkomen tot 120% van het wettelijke minimumloon een nominaal bedrag. Dit vaste bedrag gaat gelden tot een inkomen dat € 5000 hoger ligt dan voorheen het geval was. Hierdoor stijgt het bedrag van de eigen bijdrage pas bij een hoger inkomen. Dit biedt compensatie voor de 65-minners die er het meest op achteruitgaan. Deze mensen vallen namelijk in de tweede schijf van de inkomstenbelasting en hebben vanwege het

hogere belastingtarief in de tweede schijf in de huidige situatie een groter voordeel van de aftrek van eigen bijdrage extramurale AWBZ.

Artikelsgewijs

Artikel 1

Onderdeel b

In artikel 1, onderdeel b, wordt de definitie bepaald van FKG's. FKG's zijn farmaceutische kosten groepen die in de Regeling zorgverzekering nader worden omschreven. In tabel b4.2 van die regeling zijn alle FKG's opgenomen.

Farmaceutische kostengroepen (FKG's) in het risicovereveningsmodel, dat wordt toegepast voor het verevenen van kostenverschillen tussen zorgverzekeraars in de Zvw, zijn ontwikkeld als voorspellers van hoge zorgkosten voortkomend uit chronische aandoeningen. Om ingedeeld te worden in een FKG, moet een verzekerde minimaal 180 dagdoseringen van een medicijn voor de desbetreffende chronische ziekte voorgeschreven hebben gekregen. Een verzekerde die meer dan 180 dagdoseringen vergoed krijgt voor bijvoorbeeld reumageneesmiddelen, wordt ingedeeld in de FKG 11-Reuma.¹ Er zijn twintig FKG's, waaronder FKG's voor kanker, diabetes, Parkinson, hartaandoeningen en glaucoom.

Onderdeel c

DKG's zijn diagnose kostengroepen. Als voorspeller van structurele hoge kosten voor de zorgverzekeraar zijn in het risicovereveningsmodel DKG's ontwikkeld. Deze DKG's geven informatie over ziekenhuisopnamen samenhangend met chronische aandoeningen. In tegenstelling tot FKG's, die elk naar een zelfstandige medisch homogene aandoeningengroep verwijzen, zijn DKG's clusters van aandoeningengroepen. De aandoeningengroepen worden geïdentificeerd op grond van informatie over uitgevoerde diagnosebehandelcombinaties (dbc's). Deze dbc's zijn samengesteld op basis van klinische homogeniteit in een aantal diagnosegroepen. Alleen de diagnosegroepen waarvan door een groep van medische deskundigen is vastgesteld dat zij eenduidig wijzen op de aanwezigheid van ernstige, chronische aandoeningen, zijn ingedeeld in de DKG's. Indien een verzekerde op grond van zijn zorgkosten is ingedeeld in een DKG, kan daaruit worden afgeleid dat deze verzekerde chronisch ziek of gehandicapt is. Om deze reden is een DKG een goed criterium voor het afbakenen van de doelgroep die recht heeft op een tegemoetkoming.

Onderdeel d

In dit onderdeel wordt de definitie gegeven van een indicatiebesluit. Dit is het besluit dat het indicatieorgaan neemt, waaruit blijkt dat iemand AWBZ-zorg nodig heeft. Deze besluiten worden genomen door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ).

Artikel 2

In dit artikel zijn de criteria opgenomen die bepalend zijn voor het recht van een verzekerde op een tegemoetkoming op grond van artikel 2 van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten. De tegemoetkoming varieert in hoogte op grond van de verwachte meerkosten waarmee men te maken heeft.

In het eerste lid is bepaald welke verzekerden recht hebben op de bedragen van € 150 of € 300. Het tweede lid geeft aan welke verzekerden recht hebben op een uitkering van € 350 of € 500.

De tegemoetkoming wordt steeds uitgekeerd in het jaar na het jaar waarover gegevens inzake het zorggebruik van de verzekerde beschikbaar zijn. Met de zinsnede 'het jaar waarop de uitkering

¹ Indien in deze memorie van toelichting wordt gesproken van het vergoeden van Zvw zorg, ziet dit tevens op het verstrekken van deze zorg in natura.

betrekking heeft' wordt dus bedoeld het jaar voorafgaande aan het jaar waarin de tegemoetkoming wordt uitgekeerd. De tegemoetkoming die wordt uitgekeerd in 2010, berust dus op de gegevens van het zorggebruik of de indicatie afkomstig uit het jaar 2009. Alleen voor de gegevens over DKG's is het niet mogelijk de afbakening te baseren op gegevens van het jaar ervoor. Deze gegevens zijn gebaseerd op het jaar voor het jaar waarop de uitkering betrekking heeft. Voor de tegemoetkoming die wordt uitbetaald in 2010, komen de DKG-gegevens uit het jaar 2008. Dit komt doordat DKG's zijn gebaseerd op dbc's. De gegevens van dbc's zijn niet eerder beschikbaar.

Eerste lid

Indien de verzekerde zorg of diensten heeft gebruikt zoals aangewezen in het eerste lid, heeft hij recht op € 300 als hij in het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, jonger is dan 65 jaar, of dat jaar die leeftijd bereikt. Verzekerden die in het gehele jaar waarop de uitkering betrekking heeft, ouder zijn dan 65 jaar en zorg zoals genoemd in het eerste lid hebben gebruikt of daarvoor zijn geïndiceerd, hebben recht op € 150.

Als een verzekerde voldoet aan één van de criteria, genoemd in het eerste lid, heeft hij recht op de tegemoetkoming. Indien de verzekerde meer van de in het eerste lid genoemde vormen van zorg nodig heeft gehad, heeft de verzekerde, al naar gelang zijn leeftijd, recht op een hogere uitkering van € 350 of € 500. Dit is geregeld in het tweede lid van artikel 2.

Onderdeel a

De verzekerde heeft recht op een tegemoetkoming indien hij is ingedeeld in een lichte farmaceutische kostengroep (FKG) en bovendien bepaalde hulpmiddelen heeft gebruikt. De desbetreffende FKG's en hulpmiddelen worden bij ministeriële regeling aangewezen. De reden hiervoor is dat FKG's en hulpmiddelen in de Regeling zorgverzekering zijn aangewezen. In een besluit kan niet worden verwezen naar zaken die bij ministeriële regeling zijn geregeld. Deze FKG's hebben betrekking op glaucoom, schildklieraandoeningen, psychische aandoeningen, diabetes, cara en hartaandoeningen. Bij de hulpmiddelen gaat het onder meer om visuele en auditieve hulpmiddelen, prothesen en hulpmiddelen voor mobiliteit, stomamiddelen en incontinentiemateriaal.

Onderdeel b

Indien de verzekerde is ingedeeld in minimaal twee lichte FKG's, heeft hij recht heeft op de tegemoetkoming. In het geval dat de verzekerde in twee of meer van deze FKG's is ingedeeld, wordt dus niet, zoals in onderdeel a, de aanvullende eis gesteld dat de verzekerde tevens hulpmiddelen nodig heeft gehad.

Onderdeel c

Hier is bepaald dat een verzekerde die in één of meer zware FKG's is ingedeeld, recht heeft op de tegemoetkoming van € 150 of € 300. Het gaat hier om andere FKG's dan bedoeld in het eerste lid. Ook deze FKG's worden bij ministeriële regeling aangewezen. Het gaat hierbij om 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.

Onderdeel d

Hier is bepaald dat een verzekerde die is ingedeeld in één of meer DKG's, recht heeft op een tegemoetkoming. De DKG's worden bij ministeriële regeling aangewezen. Het gaat hier om alle DKG's, genoemd in Tabel B6.3 van bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering.

De verzekerde heeft recht op de tegemoetkoming als hij in een DKG is ingedeeld in het jaar voorafgaande aan het jaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft. Gezien de systematiek

van de dbc's die voor ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg van toepassing is, zijn de gegevens over het gebruik in 2009 van deze vormen van Zvw-zorg halverwege 2010 nog niet bekend. Om die reden wordt voor het gebruik van ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg gebruik gemaakt van gegevens over het gebruik in 2008. Voor de overige vormen van zorg zijn gegevens over het zorggebruik in 2009 wel tijdig beschikbaar.

Onderdeel e

Ook als een verzekerde is behandeld in een revalidatiecentrum, is dit een indicatie voor meerkosten door gezondheidsproblemen. Daarom heeft een verzekerde die intramuraal of extramuraal is behandeld in een revalidatiecentrum, recht op een tegemoetkoming. Het gaat hier alleen om revalidatie in revalidatiecentra die bij ministeriële regeling worden aangewezen. Revalidatie in algemene ziekenhuizen wordt niet meegenomen, omdat hiervan geen specifieke gegevens beschikbaar zijn.

Onderdeel f

Hier is bepaald dat verzekerden die een aandoening hebben, genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, en daarvoor fysiotherapie of oefentherapie vergoed krijgen van hun zorgverzekeraar, recht hebben op de tegemoetkoming.

Naast verzekerden die een aandoening hebben als genoemd in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering, krijgen ook verzekerden onder de 18 jaar fysiotherapie en oefentherapie uit het basispakket vergoed. In de bestanden van de zorgverzekeraars kan echter niet worden onderscheiden of mensen onder de 18 jaar de fysiotherapie en oefentherapie die zij vergoed krijgen, ook na hun 18^{de} levensjaar vergoed zouden krijgen, omdat ze een aandoening hebben die voorkomt op de hierboven genoemde bijlage. Aangezien het niet wenselijk is, verzekerden onder de 18 jaar die mogelijk een aandoening hebben die voorkomt in de genoemde bijlage, geen tegemoetkoming te geven, is in dit onderdeel bepaald dat verzekerden van onder de 18 jaar die in twee jaren voorafgaande aan het jaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft, meer dan bepaald bedrag aan fysiotherapie of oefentherapie hebben gebruikt, recht hebben op de tegemoetkoming. Dit bedrag wordt berekend op grond van ongeveer negen behandelingen fysiotherapie.

Onderdeel g

In onderdeel g is bepaald dat een verzekerde die voor 26 weken of meer geïndiceerd was voor tussen de één en de tien uren AWBZ-zorg per week, recht heeft op de tegemoetkoming. De zinsnede 'al dan niet aaneengesloten' geeft aan dat het om een totaal van 26 weken gaat. Als de verzekerde bijvoorbeeld in januari en februari acht weken AWBZ-zorg nodig heeft gehad en vervolgens in juli en augustus zeven weken en dan in oktober, november en december elf weken is aan dit criterium voldaan.

Artikel 6 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ omschrijft de zorgvorm begeleiding. Begeleiding omvat door een instelling te verlenen ondersteunende en activerende activiteiten, niet zijnde persoonlijke verzorging, gericht op het bevorderen van de zelfredzaamheid van de verzekerde met ernstig regieverlies of met een ernstige, invaliderende aandoening of beperking. Het gaat hierbij over extramurale zorg. Verzekerden die intramurale zorg gebruiken, krijgen de tegemoetkoming op grond van het eerste lid, onderdeel j.

Onderdeel h

In dit onderdeel is bepaald dat verzekerden die voor een periode van minimaal 26 weken zorg waren geïndiceerd voor één tot drie dagdelen per week begeleiding als omschreven in artikel 6 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, ook recht hebben op de tegemoetkoming van € 300 of € 150. Ook hier gaat het om begeleiding die door een instelling te verlenen ondersteunende en activerende activiteiten, niet zijnde persoonlijke verzorging, omvat, gericht op het bevorderen van

de zelfredzaamheid van de verzekerde met ernstig regieverlies of met een ernstige, invaliderende aandoening of beperking.

Onderdeel i

In dit onderdeel is bepaald dat verzekerden die gedurende 26 weken een tot tien uur huishoudelijke zorg in natura nodig hebben gehad, ook recht hebben op de tegemoetkoming van € 300 of € 150.

Anders dan bij de AWBZ, is niet de indicatie, maar het *zorggebruik* van huishoudelijke verzorging als criterium opgenomen. De reden hiervoor is dat er voor deze zorgvorm alleen gegevens beschikbaar zijn over de geleverde zorg en niet over de indicatie. De oorzaak hiervan is gelegen in het feit dat de gemeente de uitvoerder is van de Wmo en er geen verplichting is voor gemeenten het Centrum indicatiestelling zorg in te schakelen voor indicatiestelling zoals dat bij AWBZ-zorg wel het geval is.

Zoals in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel is uiteengezet, hebben verzekerden die gekozen hebben voor een PGB of een financiële tegemoetkoming om de huishoudelijke verzorging op grond van de Wmo te financieren, geen recht op de tegemoetkoming. Daarom is in dit artikel en in onderdeel d van het tweede lid bepaald dat het recht op een tegemoetkoming alleen bestaat als het om zorg in natura gaat. De reden hiervoor is dat deze gegevens helaas niet beschikbaar zijn.

De regering betreft dit ten eerste en zal op zeer korte termijn bezien of dit voor het uitkeren van de tegemoetkoming 2011 wel mogelijk is.

Onderdeel j

Een verzekerde die meer dan 26 weken in een jaar intramurale AWBZ-zorg omschreven in artikelen 9, eerste lid, en 13, eerste en tweede lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, nodig had, heeft ook recht op een tegemoetkoming. In artikel 9 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ is de aanspraak op het verblijf in een instelling geregeld voor zorg als bedoeld in de artikelen 4, 5 en 6. Voorwaarde is dat de verzekerde een indicatiebesluit heeft gekregen voor in totaal 26 weken (ongeveer zes maanden) in het desbetreffende jaar.

Tweede lid

In het tweede lid is bepaald welke verzekerden recht hebben op de bedragen van € 350 of € 500. Indien de verzekerde zorg of diensten heeft gebruikt zoals uiteengezet in het tweede lid, onderdelen a, b, c of d, heeft hij recht op € 500 als hij in het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, jonger was dan 65 jaar of in dat jaar 65 werd. Verzekerden die in het gehele jaar waarop de uitkering betrekking heeft, ouder waren dan 65 jaar en die de zorg zoals genoemd in het tweede lid, onderdelen a, b, c of d, hebben gebruikt, hebben recht op € 350.

Onderdeel a

In dit onderdeel is bepaald dat verzekerden die zijn ingedeeld in meer dan een van de categorieën van het eerste lid, een tegemoetkoming van € 350 of € 500 krijgen.

Ter verduidelijking zijn hieronder enkele voorbeelden opgenomen:

Een verzekerde van 45 jaar die fysiotherapie heeft gekregen, omdat hij een aandoening heeft die voorkomt in bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering en bovendien in datzelfde jaar 26 weken huishoudelijke verzorging heeft gekregen, ontvangt € 500. Een verzekerde van 68 jaar die revalidatiezorg heeft gehad en bovendien is ingedeeld in een DKG, krijgt € 350.

Een verzekerde van 30 jaar die is ingedeeld in twee zware FKG's krijgt € 300. Een verzekerde van 30 jaar die is ingedeeld in twee zware FKG's en één DKG krijgt € 500.

Intramurale AWBZ-zorg in combinatie met de in onderdeel i genoemde categorieën leidt niet tot een hogere tegemoetkoming. Reden hiervoor is dat de verwachte meerkosten bij iemand die intramuraal wordt behandeld relatief beperkt zijn, omdat deze kosten voor een deel ten laste komen van de instelling.

Onder 1

De combinaties tussen twee of meer lichte FKG's en twee of meer zware FKG's leidt niet tot een verhoging van de tegemoetkoming, aangezien het niet waarschijnlijk is dat dit tot hogere meerkosten leidt.

Onder 2

De combinatie tussen huishoudelijke verzorging op grond van de Wmo en een AWBZ-indicatie, leidt dit niet tot een hogere tegemoetkoming. Zoals in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel is uiteengezet, is de reden hiervoor dat het niet de verwachting is dat deze verzekerde hogere meerkosten heeft dan een verzekerde die alleen AWBZ-zorg of alleen Wmo-voorzieningen nodig heeft.

Onderdeel b

Dit onderdeel geeft aan dat een verzekerde die in totaal 26 weken of meer geïndiceerd was voor tien of meer uren AWBZ-zorg, recht heeft op een tegemoetkoming. De zinsnede 'al dan niet aaneengesloten' geeft aan dat het om een totaal van zes maanden gaat. Als de verzekerde in januari en februari twee maanden AWBZ-zorg nodig heeft gehad en vervolgens van september tot en met december wederom geïndiceerd was en het over deze periode altijd om tien uur of meer ging, is aan dit criterium voldaan.

Het gaat om extramuraal zorg. Verzekerden die intramuraal zorg nodig hadden, krijgen een tegemoetkoming op grond van het eerste lid, onderdeel j.

Onderdeel c

In dit onderdeel is bepaald dat verzekerden die in totaal gedurende 26 weken of meer per week vier of meer dagdelen AWBZ-zorg nodig hebben gehad, recht hebben op de tegemoetkoming. De zinsnede 'al dan niet aaneengesloten' geeft aan dat het om een totaal van 26 weken gaat.

Onderdeel d

In dit onderdeel is bepaald dat verzekerden die gedurende 26 weken tien uur of meer huishoudelijke zorg in natura nodig hebben gehad, ook recht hebben op de tegemoetkoming van € 350 of €500.

Artikel 3

In artikel 4 van de wet is geregeld dat bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald welke gegevens worden verstrekt aan het CAK en op grond waarvan het CAK kan bepalen wie recht heeft op de tegemoetkoming voor chronisch zieken of gehandicapten. In artikel 3 van dit besluit is deze verplichting uitgewerkt.

Eerste lid

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het aanleveren van de gegevens van het zorggebruik op grond van de Zorgverzekeringswet op grond waarvan het CAK kan bepalen of verzekerden recht hebben op de tegemoetkoming. In het eerste lid is bepaald welke gegevens door de zorgverzekeraar hiervoor aan het CAK moeten worden verstrekt. De zorgverzekeraars dienen van de verzekerden die vallen onder de categorieën, genoemd in artikel 2, eerste lid, onderdelen a tot en met f, van dit besluit de volgende gegevens te verstrekken:

- het burgerservicenummer (of het sociaal-fiscaalnummer);
- het rekeningnummer;
- de geboortedatum;
- indien de verzekerde is overleden, de datum van het overlijden.
- indien dat het geval is, dat de verzekerde onder meer dan een categorie valt die relevant zijn voor het bepalen van de hoogte van de tegemoetkoming.

Dit laatste heeft betrekking op de combinaties genoemd in artikel 2, eerste lid, onderdelen b en c. Aangezien een verzekerde die valt onder meer dan een lichte FKG en bovendien geneesmiddelen gebruikt die vallen onder een zware FKG (of meerdere zware FKG's), heeft op basis hiervan recht op een tegemoetkoming van € 300 of € 150 als hij ouder is dan 65 jaar. Voor deze groep verzekerden wordt doorgegeven dat de verzekerde in een categorie valt. Het CAK bepaald vervolgens of deze verzekerde op grond van het zorggebruik op grond van de Wmo of de indicatie AWBZ wellicht recht heeft op de hogere tegemoetkoming.

Tweede lid

In het eerste lid is bepaald dat de zorgverzekeraar moet aangeven of de verzekerde in meer dan een categorie valt; die informatie is noodzakelijk, omdat deze relevant is voor de omvang van de tegemoetkoming.

In het tweede lid is bepaald dat de zorgverzekeraar niet mag vermelden in welke of hoeveel van de categorieën de verzekerde valt. De zorgverzekeraar mag alleen aangeven of de verzekerde in één of meerdere van de genoemde onderdelen van het eerste lid van artikel 2 valt en niet in welke van de genoemde categorieën. De reden hiervoor is dat met het oog op de bescherming van persoonsgegevens de verstrekking proportioneel dient te zijn. Voor het CAK is het niet van belang of de verzekerde recht heeft op een tegemoetkoming op grond van fysiotherapie, revalidatie of bijvoorbeeld de indeling in een FKG. Het is wel van belang voor het CAK of een verzekerde is ingedeeld in een of meerdere van de categorieën van zorggebruik. Indien een verzekerde is ingedeeld in één categorie, heeft hij, op grond van dit zorggebruik, al naar gelang zijn leeftijd recht op € 300 of € 150. Indien de verzekerde is ingedeeld in twee categorieën, heeft hij, al naar gelang zijn leeftijd, recht op € 500 of € 350. Een uitzondering hierop zijn verzekerden die een indicatie hebben voor intramurale AWBZ-zorg. Op grond van artikel 2, eerste lid, onderdeel j, krijgt deze groep altijd de lagere tegemoetkoming, omdat de verwachte meerkosten bij iemand die intramuraal wordt behandeld, naar verwachting voor een deel ten laste komen van de instelling.

Derde lid

In het derde lid is bepaald dat zorgverzekeraars aan het CAK verstrekken welke personen verzekerd zijn op grond van de Zorgverzekeringswet. De wet stelt de eis dat degene die recht heeft op een tegemoetkoming, moet hebben voldaan aan zijn verzekeringsplicht. Het CAK dient daarom na te gaan wie verzekerd zijn op grond van de Zorgverzekeringswet. Alle verzekeraars voeden vanuit hun eigen verzekerdenadministratie het Referentiebestand Verzekerden Zorgverzekeringswet (RBVZ). Daardoor is het mogelijk op een centrale plaats een snelle en betrouwbare controle uit te voeren op het verzekerd zijn voor de Zvw. Het beheer van het RBVZ is in de Regeling elektronisch gegevensverkeer Zorgverzekeringswet opgedragen aan het Sectoraal Aanspreekpunt Zorgverzekeringen (SA-Z), en wordt op basis van een overeenkomst met Vektis feitelijk uitgevoerd door de laatste. Het SA-Z is de bewerker en de zorgverzekeraars zijn de verantwoordelijken in de zin van de Wet bescherming persoonsgegevens. Zorgverzekeraars voldoen via het RBVZ aan hun wettelijke plicht om het CAK verzekerdengegevens te verstrekken. Voorzover het recht op de tegemoetkoming voortvloeit uit gebruik van zorg bedoeld in artikel 2, eerste lid, onderdeel a tot en met f, geeft de verzekeraar met de melding van de gegevens tegelijk aan dat het een persoon betreft die heeft voldaan aan de verzekeringsplicht. Voor zover het recht op de tegemoetkoming voortvloeit uit de onderdelen g tot en met j van genoemd artikellid, zal de toets op het opgenomen zijn in het RBVZ separaat plaatsvinden.

Vierde lid

In het vierde lid is bepaald welke gegevens het CAK ontvangt van het CIZ. Ook hier is het slechts toegestaan alleen de noodzakelijke gegevens aan het CAK te verstrekken. Voor het vaststellen van de (hoogte van de) tegemoetkoming is het niet noodzakelijk dat het CAK weet voor welke zorg de verzekerde geïndiceerd is en voor hoeveel uur precies. Het CIZ mag daarom alleen aan het CAK mededelen in welke categorie van artikel 2, eerste lid of tweede lid, de verzekerde valt.

Artikel 4

De tegemoetkoming arbeidsongeschikten wordt verstrekt door het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV). De doelgroep voor de tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten zijn de verzekeringsplichtigen voor de Zorgverzekeringswet, dat wil zeggen degene, die van rechtswege verplicht verzekerd zijn voor de AWBZ die recht hebben op een arbeidsongeschiktheidsuitkering naar een mate van arbeidsongeschiktheid van ten minste 35%, die door het UWV wordt verstrekt. Er is aangesloten bij de doelgroep voor de belastingaftrek op grond van artikel 6.20 van de Wet inkomstenbelasting 2001 zoals dat luidde tot 1 januari 2009, dat is komen te vervallen en bij het percentage dat leidt tot recht op een uitkering op grond van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (35%).

In artikel 4, eerste lid, worden de soorten arbeidsongeschiktheidsuitkeringen opgesomd. Door aan te sluiten bij de verzekeringsplichtigen voor de Zvw komen in eerste instantie alleen de ingezetenen in Nederland in aanmerking komen voor een tegemoetkoming. Dit omdat voor de doelgroep is aangesloten bij de binnenlands-belastingplichtigen die in aanmerking kwamen voor de forfaitaire aftrek, waarvoor deze tegemoetkoming in de plaats komt.

Als peildatum voor het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt genomen 1 juli. Dit tijdstip sluit aan bij de beoogde uitbetalingsdatum, die gekozen is in het derde kwartaal (artikel 4, derde lid).

Uitgangspunt bij de belastingaftrek was dat de belastingplichtige over een langere periode (in het belastingjaar en vermoedelijk in het eerstkomende jaar) niet in staat zal zijn om met arbeid een substantieel inkomen te verdienen (ten minste 55% van hetgeen een gezonde persoon zal verdienen). Daarom gold voor de aftrek de mate van arbeidsongeschiktheid aan het begin van een kalenderjaar voor de mogelijkheid van aftrek voor de inkomstenbelasting over dat kalenderjaar. Voor de tegemoetkoming is daarom ook uitgegaan van één peildatum, maar is gekozen voor een datum omstreeks het tijdstip van het verstrekken van de tegemoetkoming. De duurzaamheid bestaat ook uit de aard van de uitkering, die veelal na een wachttijd wordt verstrekt (de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen), geen nieuwe toegang meer kent (de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering en de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen) dan wel in zijn aard (jonggehandicapten) van langdurige arbeidsongeschiktheid uitgaat.

Het bedrag van de tegemoetkoming die de verzekerde ontvangt, is € 350 (artikel 3, tweede lid). Dit is het bedrag, dat ambtshalve aan de betrokkene wordt verstrekt. Op de tegemoetkoming zal de eindheffing worden toegepast. Daartoe zal de tegemoetkoming op grond van artikel 34 Wet op de loonbelasting 1964 door een wijziging van artikel 11 van het Uitvoeringsbesluit loonbelasting 2001 worden belast voor de loonbelasting.

Het UWV zal als inhoudingsplichtige over de tegemoetkoming belasting als eindheffingsbestanddeel afdragen. In de Uitvoeringsregeling LB zullen nadere bepalingen worden opgenomen, waardoor het UWV geen rekening hoeft te houden met andere inkomsten of heffingskortingen en voor iedereen het zelfde eindheffingsstarief zal kunnen toepassen. Dit tarief is voor het jaar 2008 50,6 %. Het bruto-bedrag van de tegemoetkoming is daarmee € 527.

In het derde lid wordt bepaald, dat de tegemoetkoming door het UWV wordt betaald in het derde kwartaal. De eerste maal in 2009. De toekenning vindt ambtshalve plaats. Het UWV gaat daarbij uit van de gegevens, die bekend zijn in verband met het verstrekken van de arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Artikel 5

De bedragen worden jaarlijks geïndexeerd via de tabelcorrectiefactor op grond van de Wet inkomstenbelasting 2001. De aldus geïndexeerde bedragen worden naar boven afgerond op hele bedragen. Bij ministeriële regeling worden deze bedragen vastgesteld en deze bedragen treden dan automatisch in de plaats van de bedragen, genoemd in dit besluit.

Artikel 6

Onderdeel A

Aan artikel 4 van het Bijdragebesluit zorg is een lid toegevoegd om de korting op de zogenoemde hoge intramurale eigen bijdrage te regelen. De korting is 8% voor mensen van 65 jaar of ouder en 16% voor mensen jonger dan 65 jaar.

Het kortingspercentage wordt door het CAK toegepast nadat de bijdrage is berekend en vastgesteld met toepassing van het eerste tot en met het vijfde lid. Dat betekent dat de korting voor de gehuwde verzekerde pas wordt toegepast op de verschuldigde bijdrage die iedere verzekerde verschuldigd is naar rato van ieders aandeel in het bijdrageplichtige inkomen. Voor de berekening of een alleenstaande of gehuwde na het betalen van zijn eigen bijdrage en de standaardpremie Zvw minder overhoudt dan het bedrag aan zak- en kleedgeld als bedoeld artikel 23 van de Wet werk en bijstand moet gekeken worden naar het bedrag voordat de korting is toegepast en voordat bij de gehuwde verzekerde het bedrag naar rato is berekend.

Onderdeel B

Door te regelen (in artikel 15 van het Bijdragebesluit zorg) dat artikel 4, zesde lid, van overeenkomstige toepassing is, geldt de korting ook voor de lage intramurale eigen bijdrage.

Onderdeel C

In artikel 16d van het Bijdragebesluit zorg is de extramurale eigen bijdrage geregeld. De inkomensgrenzen in het tweede lid, onderdelen a en c, van dat artikel zijn voor verzekerden jonger dan 65 jaar met € 5000 opgehoogd.

De in het tweede lid genoemde bedragen zijn tevens nog met toepassing van artikel 19 van het Bijdragebesluit zorg per 1 januari 2009 geïndexeerd.

In het vierde lid ontbrak een verwijzing naar het eerste lid waarin de bijdrage per uur is geregeld. Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om deze verwijzing wel in dit lid op te nemen. In het nieuwe vijfde lid is geregeld dat de eigen bijdrage met 33% wordt verlaagd.

Artikel 7

Net als voor de extramurale eigen bijdrage AWBZ zijn voor de Wmo-bijdrage voor verzekerden jonger dan 65 jaar de in de onderdelen a en c van artikel 4.1 van het Besluit maatschappelijke ondersteuning genoemde inkomens met € 5000 verhoogd. De bedragen zijn met toepassing van artikel 4.5 van dat besluit geïndexeerd.

Artikel 8

Onderdeel A

Uitgaven voor specifieke zorgkosten zijn aftrekbaar voor zover het op de belastingplichtige drukkende uitgaven betreft. Uitgaven waarvoor de belastingplichtige een vergoeding of tegemoetkoming heeft ontvangen of kan ontvangen, zijn derhalve niet aftrekbaar. In artikel 19a van het Uitvoeringsbesluit inkomstenbelasting 2001 zijn enkele tegemoetkomingen opgenomen die buiten beschouwing blijven bij de vaststelling of uitgaven op de belastingplichtige drukken. Deze

tegemoetkomingen worden dus niet in mindering gebracht op de uitgaven voor specifieke zorgkosten.

Onderdeel B

In verband met de in de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten opgenomen wijzigingen van de Wet inkomstenbelasting 2001 vervalt artikel 20a van het Uitvoeringsbesluit inkomstenbelasting 2001. De inhoud van die bepaling is overgeheveld naar de wet.

Artikel 9

De tegemoetkoming arbeidsongeschikten (artikel 6 van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten) is een periodieke uitkering die als eindheffingsbestanddeel in de loonbelastingheffing zal worden betrokken. Daartoe wordt de genoemde tegemoetkoming - op basis van artikel 34 van de Wet op de loonbelasting 1964 - in artikel 11, eerste lid, onderdeel e, van het Uitvoeringsbesluit loonbelasting 1965 onder de heffing van loonbelasting gebracht. Vervolgens zal deze tegemoetkoming op basis van artikel 31, eerste lid, onderdeel c, van de Wet op de loonbelasting 1964 in de Uitvoeringsregeling loonbelasting 2001 als eindheffingsbestanddeel worden aangewezen.

Artikel 10

Artikel 10 voorziet in de inwerkingtreedingsbepaling. Er is bepaald dat de inwerkingtreding van dit besluit bij koninklijk besluit wordt vastgesteld en dat hierbij de mogelijkheid bestaat van terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2009. Van deze mogelijkheid zal ingeval de datum van inwerkingtreding op een later moment ligt dan 1 januari 2009 in ieder geval gebruik worden gemaakt voor de bepalingen die betrekking hebben op de fiscaliteit.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

J. Bussemaker

De Minister van Sociale Zaken en
Werkgelegenheid

J.P.H. Donner

De Staatssecretaris van Financiën

J.C. de Jager

CONCEPT