

---

## 607

### **Besluit van 29 december 2008, houdende regels inzake de tegemoetkomingen voor chronisch zieken en gehandicapten (Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten)**

---

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

Op de voordracht van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 5 december 2008, kenmerk DWJZ/SWW-2898267, gedaan mede namens Onze Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de Staatssecretaris van Financiën;

Gelezen;

Gelet op de artikelen 2, eerste lid, 5, derde lid, 10, derde lid en 11, 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 18 december 2008, no. W13.08.0534/I);

Gezien het nader rapport van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 december 2008, kenmerk DWJZ/SWW-2903248, uitgebracht mede namens Onze Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de Staatssecretaris van Financiën;

Hebben goedgevonden en verstaan:

#### **HOOFDSTUK 1. DEFINITIES EN ALGEMENE BEPALINGEN**

##### **Artikel 1**

Voor de toepassing van de artikelen 2 tot en met 5 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;

e. *zorgverzekeraar*: een zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet.

## **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 of meer van de bij ministeriële regeling aangewezen lichte FKG's en zijn zorgverzekeraar dat jaar voor hem bij ministeriële regeling aangewezen hulpmiddelen heeft vergoed;

b. in dat jaar was ingedeeld in twee of meer van de bij ministeriële regeling aangewezen lichte FKG's en zijn zorgverzekeraar voor hem dat jaar voor hem geen hulpmiddelen als bedoeld in het eerste lid heeft vergoed;

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 voorafgaande aan dat jaar zijn zorgverzekeraar voor hem in een bij ministeriële regeling aangewezen instelling geneeskundige zorg gericht op revalidatie heeft vergoed;

f. in dat jaar zijn zorgverzekeraar voor hem fysiotherapie of oefentherapie als bedoeld in artikel 2.6, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering heeft vergoed of, indien hij in dat jaar jonger was dan 18 jaar, in dat jaar en het daaraan voorafgaande jaar zijn zorgverzekeraar een bij ministeriële regeling te bepalen jaarbedrag, gelijk aan het gemiddelde bedrag aan kosten voor negen behandelingen fysiotherapie, heeft vergoed;

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 al dan niet aaneengesloten 26 weken of meer op grond van een indicatiebesluit was aangewezen op één tot vier dagdelen per week zorg als bedoeld in artikel 6, tweede lid, onderdeel a, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ;

i. in dat jaar al dan niet aaneengesloten 26 weken of meer één tot tien uren per week op grond van artikel 4, eerste lid, van de Wet maatschappelijke ondersteuning in natura huishoudelijke verzorging als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel h, van die wet, heeft ontvangen, of

j. in dat jaar al dan niet aaneengesloten 26 weken of meer op grond van een indicatiebesluit 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:

1°. de combinatie van de categorieën, genoemd in de onderdelen b en c,

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

3°. een combinatie van de categorie, genoemd in onderdeel i, en een van de categorieën, genoemd in de onderdelen g en h,

4°. een combinatie van de categorie, genoemd in onderdeel j, en een van de andere categorieën genoemd in het eerste lid.

b. al dan niet aaneengesloten 26 weken of meer op grond van een indicatiebesluit was aangewezen op tien of meer uren per week zorg als bedoeld in de artikelen 4, 5 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, of

d. al dan niet aaneengesloten 26 weken of meer tien uren per week of meer op grond van artikel 4, eerste lid, van de Wet maatschappelijke ondersteuning in natura huishoudelijke verzorging als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel h, van die wet, heeft ontvangen.

### **Artikel 3**

1. Zorgverzekeraars 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, en

e. indien dat het geval is; dat verzekerde op grond van artikel 2, tweede lid, onderdeel a, recht heeft op een hogere tegemoetkoming.

2. Zorgverzekeraars verstrekken aan het CAK een overzicht van verzekerden als bedoeld in artikel 1, onderdeel f, van de Zorgverzekeringswet.

3. Indicatieorganen als bedoeld in artikel 9a van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten verstrekken aan het CAK van personen 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, en

d. de mededeling dat de verzekerde valt in de categorie, genoemd in:

1°. artikel 2, eerste lid, onderdelen g, h of j,

2°. artikel 2, tweede lid.

## **HOOFDSTUK 3. TEGEMOETKOMING VOOR ARBEIDSONGESCHIKTEN**

### **Artikel 4**

1. Recht op de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 10 van de wet, heeft:

a. de persoon, bedoeld in artikel 10, eerste lid, van de wet die op 1 juli van het kalenderjaar recht heeft op:

1°. een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering bij een arbeidsongeschiktheid van 35% of meer,

2°. een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van hoofdstuk 6 van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen,

3°. een werkhervattingsuitkering gedeeltelijk arbeidsgeschikten op grond van hoofdstuk 7 van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, of

4°. een uitkering op grond van de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen bij een arbeidsongeschiktheid van 35% of meer;

b. de persoon die op 1 juli van het kalenderjaar recht heeft op de uitkering op grond van de Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten bij een arbeidsongeschiktheid van 35% of meer.

2. De persoon, 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 het kalenderjaar.

## **HOOFDSTUK 4 ALGEMENE BEPALINGEN OVER TEGEMOETKOMINGEN**

### **Artikel 5**

De bedragen, genoemd in de artikelen 2 en 4, worden bij het begin van het kalenderjaar bij ministeriële regeling vervangen door andere bedragen. Deze bedragen worden berekend door de te vervangen bedragen te vermenigvuldigen met de tabelcorrectiefactor, bedoeld in artikel 10.2 van de Wet inkomstenbelasting 2001, en de uitkomst vervolgens naar boven af te ronden op hele getallen.

## **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

Artikel 2, derde lid, komt te luiden:

3. Een wijziging in de burgerlijke staat van de verzekerde en het bereiken van een voor de toepassing van dit besluit van belang zijnde leeftijd door de verzekerde of zijn echtgenoot wordt in aanmerking genomen met ingang van de datum waarop de bijdrage wordt vastgesteld, met dien verstande dat bij de jaarlijkse herziening, bedoeld in artikel 5 of 15, derde lid, een verzekerde als 65 jaar wordt beschouwd indien hij uiterlijk op 31 januari van het kalenderjaar waarop de herziening betrekking heeft, de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt.

B

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 ongehuwde verzekerde jonger dan 65 jaar, voor gehuwde verzekerden die beiden jonger zijn dan 65 jaar en voor gehuwde verzekerden indien een van beiden jonger is dan 65 jaar;

b. 8% voor de overige verzekerden.

C

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

D

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 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**

Het **Besluit maatschappelijke ondersteuning** wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 4.1 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid komt te luiden:
  1. Indien de gemeenteraad uitvoering heeft gegeven aan artikel 15, eerste lid, of artikel 19, eerste lid, van de wet, mogen 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. Het tweede lid komt te luiden:

2. De gemeenteraad kan de verschuldigde eigen bijdrage of het aandeel in de kosten van maatschappelijke ondersteuning dat bij de toekenning van een financiële tegemoetkoming voor eigen rekening blijft, verlagen door het bedrag van € 17,20, het bedrag van € 24,60 of het percentage van 15 te verlagen of de overige in het eerste lid genoemde bedragen in gelijke mate wijzigen.

3. 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.

B

In artikel 4.3 wordt «met ingang van de datum waarop die wijziging plaatsvindt» vervangen door: met ingang van de datum waarop de bijdrage wordt vastgesteld.

## **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. tegemoetkomingen als bedoeld in de artikelen 2 en 10 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 10 van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten;

## HOOFDSTUK 7. 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 met dien verstande dat artikel 5 eerst toepassing vindt in het jaar 2010 en dat de korting die wordt verleend op grond van artikel 16d, vijfde lid, van het Bijdragebesluit zorg en artikel 4.1, vierde lid, van het Besluit maatschappelijke ondersteuning zoals deze komen te luiden na inwerkingtreding van dit besluit voor het jaar 2009 in een keer wordt uitgekeerd in het tweede kwartaal van het jaar 2010.

### 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.

's-Gravenhage, 29 december 2008

Beatrix

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

Uitgegeven de *dertigste* december 2008

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

## 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. Ook worden regels gesteld rond de aanlevering van gegevens aan het CAK door zorgverzekeraars en indicatieorganen. 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, eerste lid, 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 10 van de wet nader wordt ingevuld. Tot slot wordt de korting op de eigen bijdragen AWBZ en Wmo toegelicht.

### 1.1 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 die meerkosten. Deze meerkosten zijn niet de kosten van zorg die wordt 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 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 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 farmaceutische kostengroep (FKG). (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 of meer lichte FKG's en gebruikt bovendien bepaalde hulpmiddelen,
2. is ingedeeld in twee of meer lichte FKG's, maar gebruikt geen hulpmiddelen als bedoeld onder 1,
3. is ingedeeld in één of meer zware FKG's. (Zware FKG's hebben betrekking 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, 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 extramuraal AWBZ-zorg,
8. heeft in een jaar voor 26 weken een indicatie voor één tot vier dagdelen extramuraal 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:
  - a. combinaties tussen 2 en 3,
  - b. combinaties tussen 7 en 8,
  - c. combinaties tussen 7 en 9, en
  - d. combinaties tussen 8 en 9.
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. De tegemoetkoming voor 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 het jaar waarin de tegemoetkoming betrekking heeft 65 worden. De verzekerden ontvangen € 150 indien zij ouder zijn dan 65 jaar. Voor verzekerden onder de 65 jaar of in dat jaar 65 werden, 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 113% voor 65 plussers pas geldt voor degenen die op 1 januari al 65 jaar oud zijn.

Het CAK keert de tegemoetkomingen uit. Hiervoor worden gegevens gebruikt over de zorg die verzekerden ontvangen op grond van de zorgverzekering ingevolge de Zvw. Deze informatie wordt verstrekt door de zorgverzekeraars. Ook gegevens over de indicaties voor AWBZ-zorg worden gebruikt. De indicaties op grond van de AWBZ worden verstrekt door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). In dit besluit is in artikel 3 aangegeven welke gegevens aan het CAK moeten worden verstrekt. Over de gegevens van huishoudelijke verzorging op grond van de Wmo beschikt het CAK zelf, omdat het CAK op grond van artikel 16 de eigen bijdrage op grond van de Wmo in rekening brengt.

## **1.2 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 een bepaling over de wijze van uitvoering door het UWV. Ten slotte bepaalt dit besluit het bedrag van de tegemoetkoming.

## **1.3 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 over 2008 na 31 december 2009 niet meer fiscaal in aftrek worden gebracht. Ter compensatie is de eigen bijdrage verlaagd. Hierdoor wordt de korting, die eerder via belastingteruggave bij een apart loket (Belastingdienst) moest worden aangevraagd, automatisch in 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. Het CAK zal in zijn administratie de opbrengst van de eigen bijdrage, zoals deze zonder korting wordt opgelegd, separaat vastleggen. Dit betekent dat de gemeenten het geld krijgen waar zij recht op hebben. 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 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 dan wel Wmo-zorg betalen, gebruik maken van de mogelijkheid deze kosten op te voeren voor de buitengewone uitgavenregeling. Juist deze mensen vallen onder de doelgroep die 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 kortingspercentages voor de eigen bijdrage voor intramurale AWBZ-zorg zijn 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 op 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, waaronder degenen 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 in april/mei 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 voor met name extramurale AWBZ-zorg en Wmo en het vervallen van de aftrekbaarheid van specifieke zorgkosten onder de buitengewone uitgaven regeling in een aantal gevallen ook negatieve gevolgen hebben. Onder de buitengewone uitgavenregeling bestond onder andere voor de aftrek van de eigen bijdrage een vermenigvuldigingsfactor. Voor 65-plussers leidde dat tot een teruggave inclusief vermenigvuldigingsfactor van 30%–50% 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 voor extramurale AWBZ-zorg en Wmo. Nu is de eigen bijdrage voor extramurale AWBZ-zorg en Wmo voor cliënten jonger dan 65 jaar met een inkomen tot 120% van het wettelijke minimumloon een nominaal bedrag. Voor 65-minners gaat dit vaste bedrag 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 relatief hoge belastingtarief in de tweede schijf voor 65-minners in de huidige situatie een groter voordeel van de aftrek van eigen bijdrage voor extramurale AWBZ-zorg en Wmo dan 65-plussers en 65-minners van wie het inkomen in de eerste schijf van de inkomstenbelasting valt.

## **2. Artikelsgewijs**

### **Artikel 1**

#### *Onderdeel b*

In artikel 1, onderdeel b, wordt de definitie bepaald van FKG's. FKG's zijn in de Regeling zorgverzekering nader zijn omschreven. In tabel B4.2 van die regeling zijn alle FKG's opgenomen.

FKG's zijn ontwikkeld voor het risicovereveningsmodel, dat wordt toegepast voor het verevenen van kostenverschillen tussen zorgverzekeraars in de Zvw, als voorspellers van hoge zorgkosten voortkomend uit chronische aandoeningen. Een verzekerde die wordt ingedeeld in een FKG als hij minimaal 180 standaard dagdoseringen van een medicijn voor de desbetreffende chronische ziekte voorgeschreven heeft gekregen. Een verzekerde die meer dan 180 standaard dagdoseringen vergoed krijgt voor bijvoorbeeld reumageneesmiddelen, wordt ingedeeld in de FKG 11-Reuma.<sup>1</sup> Er zijn twintig FKG's, waaronder FKG's voor kanker, diabetes, Parkinson, hartaandoeningen en glaucoom.

In verband met variaties in voorgeschreven hoeveelheden en de wijze waarop men de dosis kan innemen, is er in het kader van de FKG's voor gekozen uit te gaan van 180 standaard dagdoseringen in plaats van 180 tabletten of 180 dagen pillen slikken. Ook indien iemand niet 180 dagen pillen slikt, maar 180 dagdoseringen gebruikt, doordat hij een keer in de week een pil of een injectie krijgt, voor bijvoorbeeld reuma, valt daardoor onder een FKG.

#### *Onderdeel c*

DKG's zijn diagnose kostengroepen. Als voorspeller van structurele hoge kosten voor de zorgverzekeraar zijn voor 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 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 een tegemoetkoming van € 150 of € 300. Het tweede lid geeft aan welke verzekerden recht hebben op een uitkering van € 350 of € 500. Een verzekerde krijgt altijd maar een keer per jaar een tegemoetkoming, ook als verzekerde onder meerdere van de in het tweede lid genoemde onderdelen valt. Deze tegemoetkoming is ten hoogste € 500.

Met de zinsnede «het jaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft» wordt bedoeld het jaar voorafgaande aan het jaar waarin de tegemoetkoming wordt uitgekeerd. De tegemoetkoming die wordt uitgekeerd in 2010, heeft betrekking op de meerkosten van het jaar ervoor (2009) en

<sup>1</sup> Indien in deze nota van toelichting wordt gesproken van het vergoeden van Zvw zorg, ziet dit tevens op het verstrekken van deze zorg in natura.

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

#### *Eerste lid*

Indien de verzekerde in een jaar zorg of diensten heeft gebruikt zoals aangewezen in het eerste lid, heeft hij recht op € 300 als hij in dat jaar, jonger is dan 65 jaar, of in 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, behoudens de uitzonderingen genoemd in artikel 2, derde lid, onderdeel a, 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 3.

#### *Onderdeel a*

De verzekerde heeft recht op een tegemoetkoming indien hij is ingedeeld in één of meer lichte FKG's en bovendien bepaalde hulpmiddelen heeft ontvangen.

De desbetreffende FKG's en hulpmiddelen worden bij ministeriële regeling aangewezen. Daarmee wordt aangesloten bij het niveau van regelgeving waarop FKG's en hulpmiddelen worden bepaald; FKG's en hulpmiddelen die voor de verzekerde door zijn zorgverzekeraar worden vergoed zijn geregeld in de Regeling zorgverzekering. Lichte 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, ook als hij geen hulpmiddelen heeft gebruikt, recht 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 bijvoorbeeld het jaar 2009 van deze vormen van Zvw-zorg halverwege het jaar 2010 nog niet bekend. Om die reden wordt voor het gebruik van ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg, alsmede voor revalidatiezorg, 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. Revalidatie wordt met ingang van 2009 via dbc's gedeclareerd. Net als de huidige 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. Daarom is het niet mogelijk de revalidatie-dbc's over 2009 te gebruiken voor de tegemoetkoming over 2009 die wordt uitgekeerd in het laatste kwartaal van 2010.

Voor de tegemoetkoming over het jaar 2009 moet daarom worden gekeken naar declaraties over 2008. Voor de tegemoetkomingen in 2011 worden de revalidatie-dbc's van het jaar 2009 gebruikt.

#### *Onderdeel f*

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

Verzekerden van 18 jaar en ouder hebben op grond van de Zvw alleen aanspraak op fysio- of oefentherapie indien zij lijden aan een van de aandoeningen die zijn aangegeven in bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekeringen. De eerste negen behandelingen komen overigens niet ten laste van de Zvw.

Verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar, krijgen op grond van de Zvw niet alleen fysio- of oefentherapie uit het basispakket als ze een aandoening hebben die voorkomt op de genoemde bijlage, maar zij krijgen altijd (ook bij overige aandoeningen) de eerste negen behandelingen vergoed. Bij ontoereikend resultaat kunnen die negen behandelingen nog een keer met maximaal negen behandelingen worden verlengd. Door dit verschil in aanspraak tussen verzekerden van jonger dan 18 en verzekerden van 18 jaar en ouder kan in de bestanden van de zorgverzekeraars niet worden onderscheiden of mensen onder de 18 jaar de fysiotherapie en oefentherapie die zij vergoed krijgen, ook na hun 18<sup>de</sup> levensjaar vergoed zouden krijgen, in verband met een aandoening die

voorkomt op de hierboven genoemde bijlage. Aangezien het niet wenselijk is, verzekeren 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 verzekeren onder de 18 jaar die in de twee jaren voorafgaande aan het jaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft, meer dan een bepaald bedrag aan fysiotherapie of oefentherapie hebben gebruikt, recht hebben op de tegemoetkoming. Dit bedrag wordt berekend op grond van het gemiddelde bedrag van negen behandelingen fysiotherapie of oefentherapie. Er wordt bepaald dat het hier over een gemiddeld bedrag dat voor negen behandelingen fysiotherapie of oefentherapie in rekening wordt gebracht, aangezien voor deze zorgvormen vrije prijsvorming geldt. Voor deze zorgvormen worden daarom geen tarieven in de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld. Wel is een gemiddelde prijs te ramen. Die gemiddelde prijs voor een behandeling zal naar verwachting in 2009 circa € 27,50 bedragen. Het bedrag zal voor 2009 daarom worden vastgesteld op € 247,50. Door als voorwaarde te stellen dat 18-minners in twee opvolgende jaren over deze grens heengaan, wordt tegengegaan dat 18-minners die slechts eenmalig langdurig fysiotherapie gebruiken, en niet chronisch ziek zijn, voor de tegemoetkoming in aanmerking komen.

#### *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.

De verzekerde die AWBZ-zorg heeft gekregen op grond van artikel 4, 5 of 6 komt in aanmerking voor de tegemoetkoming. Artikel 4 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ omschrijft de zorgvorm persoonlijke verzorging. Dit omvat het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem. Artikel 5 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ omschrijft de zorgvorm verpleging. Het gaat hier om verpleging in verband met een somatische of psychogeriatrische aandoening of een lichamelijke handicap. Artikel 6 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ omschrijft de zorgvorm begeleiding. Begeleiding omvat activiteiten aan verzekerden gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en strekken tot voorkoming van opname in een instelling of verwaarlozing van de verzekerde. Het gaat hierbij over extramurale zorg. Verzekerden die intramurale zorg gebruiken, krijgen de tegemoetkoming op grond van artikel 2, tweede lid.

#### *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 de zorgvorm begeleiding. Begeleiding omvat activiteiten aan verzekerden gericht op bevordering, behoud of compensatie van de zelfredzaamheid en strekken tot voorkoming van opname in een instelling of verwaarlozing van de verzekerde. Het gaat hierbij over extramurale zorg.



### *Onderdeel i*

In dit onderdeel is bepaald dat verzekerden die gedurende 26 weken één tot tien uur huishoudelijke verzorging in natura hebben ontvangen, 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 CIZ 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 persoonsgebonden budget (PGB) of een financiële tegemoetkoming om de huishoudelijke verzorging op grond van de Wmo te financieren, voorsnog 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 betreurt dit ten eerste en zal op zeer korte termijn bezien of dit voor het uitkeren van de tegemoetkoming over 2010 in 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 van dat besluit. Voorwaarde is dat de verzekerde een indicatiebesluit heeft voor in totaal 26 weken of meer (ongeveer zes maanden) in het desbetreffende jaar. Verzekerden die intramurale AWBZ-zorg ontvangen, krijgen afhankelijk van hun leeftijd een tegemoetkoming van € 150 of € 300. Deze tegemoetkomingen worden in combinatie met een van de andere categorieën van het eerste lid niet verhoogd. 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. Indien een verzekerde 26 weken intramurale AWBZ-zorg heeft gehad en in de resterende tijd van het jaar geen indicatie voor intramurale AWBZ-zorg hebben en die resterende tijd wel onder een van de andere criteria vallen die zelfstandig recht geven op de hogere tegemoetkoming, krijgt de verzekerde de hogere tegemoetkoming van € 350 als hij 65 jaar of ouder is of € 500 als hij jonger is dan 65 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. Tevens zijn er vier uitzonderingen hierop bepaald.

Niet alle combinaties van de in artikel 2, eerste lid, genoemde categorieën leiden tot een verhoging van de tegemoetkoming. Er zijn vier uitzonderingen:

### Onder 1

De combinatie van alleen twee of meer lichte FKG's en een of meer zware FKG's (en geen hulpmiddelen) leidt niet tot een verhoging van de tegemoetkoming, aangezien het niet waarschijnlijk is dat deze combinatie tot hogere meerkosten leidt.

### Onder 2

De combinatie van een indicatie voor AWBZ-zorg in uren en indicatie voor AWBZ-zorg in dagdelen leidt niet tot een verhoging van de tegemoetkoming, omdat het niet waarschijnlijk is dat verzekerden met deze combinatie hogere meerkosten hebben dan verzekerden met een van beide indicaties.

### Onder 3

De combinatie van huishoudelijke verzorging op grond van de Wmo en een AWBZ-indicatie, leidt niet tot een hogere tegemoetkoming. De reden hiervoor is 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.

### Onder 4

Deze tegemoetkomingen worden in combinatie met een van de andere categorieën van het eerste lid niet verhoogd. 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.

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.

Een verzekerde van 31 jaar die is ingedeeld in een zware FKG's en twee lichte FKG's krijgt € 300. Een verzekerde van 30 jaar die is ingedeeld in een zware FKG, twee lichte FKG's en hulpmiddelen heeft gebruikt, krijgt € 500.

Een verzekerde van 55 jaar heeft een indicatie voor intramurale AWBZ-zorg vanaf 1 maart 2008 voor 2 jaar en valt daarnaast onder de zware FKG reuma. Deze verzekerde krijgt € 300.

#### *Onderdeel b*

Dit onderdeel houdt in 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 26 weken gaat. Als de verzekerde in januari tot en maart 9 weken AWBZ-zorg nodig heeft gehad en vervolgens van september tot en met december wederom voor 17 weken geïndiceerd was en het over deze beide perioden altijd om tien uur of meer ging, is aan dit criterium voldaan.

Het gaat om extramurale zorg. Verzekerden die intramurale zorg nodig hadden, krijgen een tegemoetkoming op grond van artikel 2, 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 verzorging in natura hebben ontvangen, ook recht hebben op de tegemoetkoming van € 350 of € 500.

### **Artikel 3**

In artikel 5 van de wet is geregeld dat bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald welke gegevens worden verstrekt aan het CAK, 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 Zorgverzekeringwet 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 verzekerde recht heeft op een hogere tegemoetkoming op grond van artikel 2, tweede lid, onderdeel a.

Dit laatste houdt in dat zorgverzekeraars alleen de voor het toekennen van de tegemoetkoming relevante gegevens aan het CAK melden. In het eerste lid, onderdeel e, is daarom bepaald dat de zorgverzekeraar moet aangeven of de verzekerde recht heeft op een verhoging van de tegemoet-

koming. Dat is het geval indien de verzekerde in meer dan één categorie valt; die informatie is noodzakelijk, voor zover deze relevant is voor de omvang van de tegemoetkoming. De zorgverzekeraar mag niet vermelden in welke of hoeveel van de categorieën de verzekerde precies valt. De zorgverzekeraar mag alleen aangeven dat de verzekerde in meerdere van de genoemde categorieën 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.

Indien de verzekerde valt onder beide categorieën, genoemd in artikel 2, eerste lid, onderdelen b en c, leidt dit niet tot een hogere tegemoetkoming. Een verzekerde die ingedeeld is in meer dan één 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 aanmerking komt voor een tegemoetkoming. Het is namelijk voor het toekennen van de tegemoetkoming op grond van artikel 2, tweede lid, onderdeel a, onder 1°, niet relevant dat de verzekerde in onderdelen b en c van het eerste lid valt. Dat leidt tenslotte niet tot een hogere tegemoetkoming. Het CAK bepaalt 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 tweede lid is bepaald dat zorgverzekeraars aan het CAK een opgave verstrekken van de personen die verzekerd zijn op grond van de Zvw. 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 van de mensen die in aanmerking komen voor de tegemoetkoming verzekerd zijn op grond van de Zvw. Alle zorgverzekeraars 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 het CAK verzekerdengegevens te verstrekken. Het CAK krijgt toegang tot het RBVZ-bestand en kan daardoor op basis van het Burger Service Nummer (BSN) toetsen of alle personen die op grond van hun zorggebruik of indicatie recht hebben op een tegemoetkoming ook voldaan hebben aan hun verzekeringsplicht.

Het College bescherming persoonsgegevens (Cbp) geeft in het advies van 10 november 2008 aan dat uit de formulering van dit artikel volgt dat de door de zorgverzekeraar te verstrekken informatie over de verzekeringsplicht beperkt is tot personen die in aanmerking komen voor de tegemoetkoming. Voor deze groep die op grond van het zorggebruik

van de Zvw recht heeft op de tegemoetkoming, zou de verstrekking van de gegevens waaruit blijkt dat rechthebbende verzekerd is, volgens het Cbp dan ook niet meer noodzakelijk zijn. Vervolgens geeft het Cbp aan dat het CAK voor mensen die op grond van een indicatie voor AWBZ-zorg of het zorggebruik Wmo recht hebben op de tegemoetkoming separaat wordt getoetst of zij aan hun verzekeringsplicht hebben voldaan. Volgens het Cbp blijkt dit echter niet uit de formulering van artikel 3, tweede lid. Naar aanleiding van dit advies van het Cbp is de formulering van artikel 3, tweede lid, en deze toelichting aangepast. Terecht merkt het Cbp op dat voor personen die op grond van hun Zvw-zorggebruikgegevens recht hebben op de tegemoetkoming, vaststaat dat zij aan hun verzekeringsplicht hebben voldaan. In de praktijk zal echter het CAK nadat is vastgesteld wie op grond van zijn zorggebruik of een indicatie recht heeft op de tegemoetkoming, een lijst met de BSN's van die personen vergelijken met het RVBZ-bestand. Dit gebeurt voor de hele groep rechthebbenden achteraf. Het CAK krijgt daarbij toegang tot het RVBZ-bestand en verstrekt dus niet alle BSN's van rechthebbenden aan de beheerder van het RVBZ bestand (Vektis). Om dit te verhelderen is de formulering van het derde lid aangepast. Dit maakt tevens de waarborgen die het Cbp adviseert te treffen ter voorkoming van de verstrekking van de lijst BSN van rechthebbenden op de tegemoetkoming via Vektis aan de zorgverzekeraars overbodig. Vektis zal deze lijst niet krijgen, het CAK krijgt toegang tot het RVBZ bestand.

#### *Derde lid*

In het derde 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 of verzekerde onder artikel 2, eerste lid of tweede lid, valt.

Anders dan in artikel 3, eerste lid, voor de zorgverzekeraars geldt, is niet geregeld dat het CIZ aan het CAK de rekeningnummers verstrekt van degene die recht hebben op de tegemoetkoming. De reden hiervoor is dat het CIZ deze rekeningnummers niet heeft. Het CIZ indiceert verzekerden voor AWBZ-zorg, maar heeft geen financiële relatie met deze cliënten. Het CAK beschikt reeds over het merendeel van de rekeningnummers van rechthebbenden, aangezien het CAK de eigen bijdrage voor AWBZ-zorg in rekening brengt. Nog zal worden bezien op welke wijze de ontbrekende rekeningnummers zullen worden verkregen.

Het Cbp geeft in het advies van 10 november 2008 aan dat op grond van artikel 3, tweede lid, het CIZ wel aan dient te geven op grond van welke categorie van artikel 2 aanspraak ontstaat op de tegemoetkoming alsmede de datum en de duur waarop de indicatie is afgegeven. Het Cbp geeft daarbij aan dat dit opmerkelijk is, aangezien zorgverzekeraars dit op grond van het eerste lid van dit artikel niet mogen doen.

De datum en de duur van de indicatie zijn bepalend voor het vaststellen van het recht op de tegemoetkoming, aangezien in artikel 2, eerste en tweede lid, is bepaald dat een AWBZ-indicatie recht geeft op een tegemoetkoming indien deze indicatie al dan niet aaneengesloten voor 26 weken is afgegeven. Ten einde dit te kunnen vaststellen, is het verstrekken van de duur en de datum noodzakelijk.

Het CIZ dient op grond van artikel 3, tweede lid, aan te geven in welke categorie de verzekerde valt. Naar aanleiding van dit advies zijn de artikelen 2, tweede lid, onderdeel a, en 3, derde lid, en de toelichting bij deze artikelen aangepast. Deze aanpassing maakt duidelijk dat er vier

uitzonderingen zijn op grond waarvan de verzekerde geen recht heeft op een verhoging van de tegemoetkoming. Aangezien het CAK bij het vaststellen van de tegemoetkoming rekening dient te houden met deze uitzonderingen is het noodzakelijk dat het CAK weet of de verzekerde valt in een van deze categorieën. Het gaat hier over de categorieën genoemd in artikel 2, eerste lid, onder g, h of j. Daarnaast dient het CIZ aan te geven of de persoon onder het eerste of het tweede lid van artikel 2 valt. Bij het tweede lid van artikel 2 is het, zoals het Cbp terecht stelt, niet nodig dat het CIZ informatie verstrekt waaruit blijkt dat de verzekerde valt onder onderdeel b of c. De tekst van dit artikel is op dit punt aangepast.

Over de gegevens van huishoudelijke verzorging op grond van de Wmo beschikt het CAK zelf, doordat het CAK op grond van artikel 16 de eigen bijdrage op grond van de Wmo in rekening brengt. Het Cbp geeft in het advies van 10 november 2008 aan dat dient te worden beoordeeld of dit gebruik van reeds aanwezige gegevens verenigbaar is met het doel waarvoor de gegevens verkregen zijn. Naar de mening van de regering is deze verwerking verenigbaar gezien de verwantschap tussen het doel van de beoogde bewerking en het doel waarvoor de gegevens zijn verkregen. De gegevens zijn verkregen om een eigen bijdrage te innen voor huishoudelijke verzorging Wmo. Deze huishoudelijke verzorging geeft recht op een tegemoetkoming voor meerkosten die deze groep mensen heeft door problemen met hun gezondheid. Het gaat hier om een verwerking met louter positieve gevolgen voor betrokkene: het ontvangen van een tegemoetkoming.

#### **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 en recht hebben op een arbeidsongeschiktheidsuitkering naar een mate van arbeidsongeschiktheid van ten minste 35%, die door het UWV wordt verstrekt. Er is deels aangesloten bij de doelgroep van de per 1 januari 2009 vervallen aftrek van uitgaven wegens arbeidsongeschiktheid als bedoeld in artikel 6.20 van de Wet inkomstenbelasting 2001 zoals dat luidde tot 1 januari 2009 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. Doordat het op grond van artikel 10, eerste lid, van de wet gaat om degene, die verplicht verzekerd zijn van rechtswege verzekerden ingevolge de AWBZ komen in eerste instantie alleen de ingezetenen in Nederland in aanmerking komen voor een tegemoetkoming. Het gaat om personen, die recht hebben op een uitkering op grond van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wet WIA) (die een ondergrens kent van 35%), of op grond van de de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) en de Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (WAZ) en de Wet jonggehandicapten (WAJONG), voorzover de mate van arbeidsongeschiktheid 35% of meer is. Al deze uitkeringen worden door het UWV verstrekt.

Peildatum voor het recht op de arbeidsongeschiktheidsuitkering is 1 juli. Dit tijdstip sluit aan bij de beoogde uitbetalingsdatum, die ligt in het derde kwartaal (artikel 4, derde lid).

Uitgangspunt bij de aftrek van uitgaven wegens arbeidsongeschiktheid was dat de belastingplichtige in het belastingjaar niet in staat was om met arbeid een substantieel inkomen te verdienen (ten minste 55% van hetgeen een gezonde – voor het overige vergelijkbare – persoon zou

verdienen) en daartoe hetzij in het afgelopen jaar niet in staat is geweest hetzij vermoedelijk in het eerstkomende jaar niet in staat zou zijn. Het toetsmoment lag daarbij aan het begin van het 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. Daarnaast dient er sprake te zijn van een duurzame situatie van arbeidsongeschiktheid vanwege de aard van de uitkering, die veelal na een wachttijd wordt verstrekt (de Wet WIA), geen nieuwe toegang meer kent (de WAO en de WAZ) dan wel in zijn aard (jonggehandicapten) van langdurige arbeidsongeschiktheid uitgaat.

Het bedrag van de tegemoetkoming die de uitkeringsgerechtigde ontvangt, is € 350 (het tweede lid). Dit is het bedrag, dat ambtshalve aan de betrokkene wordt verstrekt. Op de tegemoetkoming zal de eindheffing worden toegepast. Daartoe is de tegemoetkoming op grond van artikel 34 van de Wet op de loonbelasting 1964 door een wijziging van artikel 11 van het Uitvoeringsbesluit loonbelasting 2001 aangemerkt als een in de loonbelasting te betrekken inkomensbestanddeel (zie artikel 9 van dit besluit); de aanwijzing als eindheffingsbestanddeel vindt plaats in de Uitvoeringsregeling loonbelasting 2001.

Het UWV zal als inhoudingsplichtige over de tegemoetkoming belasting als eindheffingsbestanddeel afdragen. In de Uitvoeringsregeling loonbelasting 2001 zullen nadere bepalingen worden opgenomen, waardoor het UWV geen rekening hoeft te houden met andere inkomsten of heffingskortingen en voor iedereen hetzelfde eindheffingstarief zal kunnen toepassen. Dit tarief is voor het jaar 2008 50,6 %. De totale kosten van de tegemoetkoming zullen bij dat tarief op € 527 uitkomen.

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 op basis van de tabelcorrectiefactor opgenomen in artikel 10.2 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*

Artikel 2, derde lid, van het Bijdragebesluit zorg regelt wanneer een gewijzigde burgerlijke staat of leeftijd die voor de hoogte van de eigen bijdrage relevant is, voor de eigen bijdrage in aanmerking wordt genomen. Het CAK hanteert daarbij de datum van de beschikking. Voor de eigen bijdrage voor zorg met verblijf (de bijdrage van artikel 4 of artikel 14 van het Bijdragebesluit zorg) is dat in beginsel eens per jaar, maar als de verzekerde bijvoorbeeld van de eigen bijdrage zoals geregeld in artikel 14 overgaat naar de eigen bijdrage van artikel 4 van dat besluit kan dat ook nog een keer in de loop van het jaar zijn. Voor de vraag of iemand 65 jaar of ouder is, is bij de jaarlijkse herziening, bedoeld in artikel 5 of 15, derde lid, van voornoemd besluit, de leeftijd op 31 januari van het kalenderjaar waarover de eigen bijdrage wordt vastgesteld, relevant. Heeft betrokkene uiterlijk op 31 januari de leeftijd van 65 jaar bereikt dan wordt hij voor de

eigen bijdrage in beginsel voor het hele jaar als 65 jaar of ouder beschouwd.

Bij de bijdrage, bedoeld in artikel 16d van het Bijdragebesluit zorg of artikel 4:2 van het Besluit maatschappelijke ondersteuning beoordeelt het CAK de burgerlijke stand en de leeftijd telkens per vier weken, omdat het CAK deze bijdrage telkens per 4 weken vaststelt.

De hiervoor beschreven systematiek is in het gewijzigde artikel 2, derde lid van het Bijdragebesluit zorg vastgelegd.

#### *Onderdeel B*

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 in 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 C*

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 D*

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 verhoogd.

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**

#### *Onderdeel A*

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.



## Onderdeel B

Voor een toelichting hierop zij verwezen naar de toelichting op artikel 6, onderdeel A.

### **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 10 van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten) is een periodieke uitkering die als eindheffingsbestanddeel in de loonbelastingheffing zal worden betrokken. Daartoe is 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 inwerkingtreding. 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 in geval 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 en de korting op de eigen bijdragen voor AWBZ-zorg en Wmo.

Daarnaast is geregeld dat artikel 5 pas voor het eerst in het jaar 2010 wordt toegepast. In artikel 5 wordt de indexering geregeld van de bedragen van de tegemoetkoming genoemd in de artikelen 2 en 4. De bedragen die in deze artikelen worden genoemd, zijn de bedragen voor het jaar 2009 en dienen niet aan het begin van 2009 te worden geïndexeerd.

Tevens regelt dit artikel overgangsrecht voor de extramurale eigen bijdrage AWBZ en de eigen bijdrage Wmo. Mensen met intramurale zorg profiteren vanaf 1 januari 2009 maandelijks van de korting op hun eigen bijdrage AWBZ. 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 in april/mei van 2010 in één keer

worden uitgekeerd. Dit wordt met deze bepaling geregeld. Vanaf 1 januari 2010 zal ook voor de extramurale AWBZ-zorg en de Wmo gelden dat de korting op de eigen bijdragen maandelijks wordt verrekend.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J. Bussemaker