

TAAKOPDRACHT TASKFORCE VERBETERING AFBAKENING WTCG

1. Aanleiding

Op 1 januari jongstleden is de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten in werking getreden (Wtcg).¹ Deze wet behelst een nieuwe regeling voor de tegemoetkoming in de meerkosten van chronisch zieken en gehandicapten. Meerkosten zijn kosten die samenhangen met de gezondheidsproblemen waar deze mensen mee kampen, zoals hogere stookkosten, vervoerskosten en extra kosten voor kleding of beddegoed. Deze regeling vervangt de buitengewone uitgaven regeling in de inkomstenbelasting die per 1 januari jongstleden is vervallen.

Een belangrijk onderdeel van de Wtcg betreft de zogeheten forfaitaire tegemoetkoming (verder "forfait" genoemd) voor chronisch zieken en gehandicapten. Er is op dit moment nog geen gestandaardiseerde definitie voor chronisch zieken en gehandicapten beschikbaar. Daarom heeft het kabinet er voor gekozen de groep mensen met meerkosten af te bakenen op basis van bepaalde vormen van zorggebruik die thans al op landelijke basis en op uniforme wijze geregistreerd worden. Volgens het rapport "Compensatie regeling Chronisch Zieken en Gehandicapten" (verder "Vektisrapport" genoemd) kan namelijk op basis van de gekozen vormen van zorg een selectie worden gemaakt van personen waarvan het zeker of zeer aannemelijk is dat zij tot de groep chronisch zieken en gehandicapten behoren.² Daarnaast is het op die manier mogelijk om het forfait automatisch, dat wil zeggen zonder dat de betrokkenen daar een aanvraag voor hoeven in te dienen, door het CAK te laten toekennen.

Het kabinet is er zich van bewust dat er mensen met (zeldzame) aandoeningen en aanzienlijke meerkosten zijn wier zorggebruik in de nu gehanteerde landelijke bestanden niet wordt geregistreerd en daardoor niet in aanmerking komen voor het forfait. Op basis van het Vektis-rapport kan worden afgeleid dat er een kleine 0,2 miljoen mensen zijn die thans buiten de afbakening van de forfaitaire regeling vallen. Het kabinet streeft daarom naar een verbetering van de afbakening van de doelgroep voor de forfaitaire regeling. Het kabinet heeft structureel € 50 miljoen gereserveerd voor thans nog niet geïdentificeerde groepen chronisch zieken en gehandicapten. Tijdens de parlementaire behandeling van de Wtcg heeft het kabinet laten weten dat het een commissie van onafhankelijke deskundigen zal instellen die de beoogde verbetering in 2009 voortvarend ter hand zal nemen.³ Daarnaast heeft het kabinet laten weten dat het een onderzoek zal starten naar de mogelijkheden van de zogeheten ICF-classificatie.

Onderhavige nota voorziet in de taakopdracht voor de Taskforce. In paragraaf 2 komt het forfait en de daarbij behorende aandachtspunten aan de orde. Paragraaf 3 bevat vervolgens de concrete taakomschrijving. Daarna komen in paragraaf 4 de randvoorwaarden en in paragraaf 5 het tijdpad aan de orde.

¹ Voor een uitgebreide beschrijving van deze wet alsmede de daaraan verbonden uitvoeringstechnische aspecten zij verwezen naar kamerstukken 31706, Stb. 2008, 606.

² Vektis, Compensatie regeling Chronisch Zieken en Gehandicapten, Zeist, mei 2008.

³ Deze commissie heet inmiddels "Taskforce verbetering afbakening Wtcg" (Taskforce).

2. Het forfait en de aandachtspunten nader beschouwd

Voor de toekenning van het forfait wordt uitgegaan van de volgende gegevens op grond van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (1 tot en met 5), de AWBZ (6) en de Wmo (7):

1. intensief gebruik van bepaalde geneesmiddelen;
2. gebruik van ziekenhuiszorg voor een bepaalde aandoening;
3. gebruik van bepaalde hulpmiddelen;
4. gebruik van fysiotherapie of oefentherapie voor een aandoening die voorkomt op de lijst met chronische aandoeningen in het Besluit zorgverzekering;
5. gebruik van revalidatiezorg in aangewezen revalidatiecentra;
6. indicatie voor AWBZ-zorg;
7. gebruik van huishoudelijke verzorging op grond van de Wmo.

Ad 1. Het intensief gebruik van bepaalde geneesmiddelen

Het gaat hierbij om geneesmiddelen die zijn ingedeeld in de zogeheten Farmaceutische kostengroepen (FKG's). Om ingedeeld te worden in een FKG, moet een verzekerde in een jaar minimaal 180 standaarddagdoseringen van een medicijn voor de desbetreffende chronische ziekte voorgeschreven hebben gekregen. Daarnaast moet het gaan om geneesmiddelen die niet zijn verstrekt door bijvoorbeeld ziekenhuizen of verplegings- of verzorgingsinstellingen.

Een aandachtspunt bij het gebruik van FKG's als een van de afbakeningscriteria voor het forfait is onder andere het feit dat intramuraal toegediende geneesmiddelen (bijvoorbeeld het geneesmiddel remicade voor reumapatiënten) niet "meedoen" bij de bepaling van het recht op een forfaitaire tegemoetkoming.

Ad 2. Gebruik van ziekenhuiszorg voor een bepaalde aandoening

Hierbij gaat het om diagnosekostengroepen (DKG's). Deze DKG's geven informatie over ziekenhuisopnamen samenhangend met chronische aandoeningen.⁴ 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.

Als gevolg van het gebruik van DKG's als afbakeningscriterium "lopen" poliklinische behandelingen voor chronisch zieken en gehandicapten evenmin "mee" bij de bepaling van het recht op een forfaitaire tegemoetkoming.

Ad 3. Het gebruik van bepaalde hulpmiddelen

Bij de hulpmiddelen gaat het om de verstrekte hulpmiddelen in het kader van de Zorgverzekeringswet.⁵ Het kabinet heeft tijdens de parlementaire behandeling van de Wtcg in de Tweede Kamer laten weten dat het de mogelijkheden van registreren van het meerjarig hulpmiddelengebruik zal onderzoeken.

Wmo-hulpmiddelen (waaronder rolstoelen) zijn op dit moment nog niet meegenomen in de afbakeningscriteria. Dit komt omdat er helaas geen uniforme landelijke

⁴ Voor dialyse, chemotherapie, radiotherapie en thuisbeademing wordt op de eis van klinische periode een uitzondering gemaakt. Deze lopen dus wel mee in de DKG's.

⁵ Bij de Zvw-hulpmiddelen zijn de volgende hulpmiddelen uitgezonderd: pruiken, hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden, hulpmiddelen bij diabetes en verbandmiddelen.

registratie van Wmo-hulpmiddelen bestaat. De motie Tang c.s. verzoekt –kort samengevat- het kabinet om het gebruik van een rolstoel of vergelijkbaar hulpmiddel te registreren.⁶ Het kabinet is inmiddels gestart met de voorbereidingen om samen met de VNG te bezien op welke wijze Wmo-hulpmiddelen kunnen worden geregistreerd. Op basis van de resultaten van die inventarisatie, zal bezien worden hoe binnen afzienbare termijn, zo mogelijk met ingang van 2010, een sluitend systeem van registratie opgezet kan worden.

Ad 4. Het gebruik van fysiotherapie of oefentherapie voor een aandoening die voorkomt op de lijst met chronische aandoeningen in het Besluit zorgverzekering
Voor mensen ouder dan 18 jaar gaat het om fysiotherapie of oefentherapie op grond van bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering. Deze bijlage bevat een lijst van chronische aandoeningen waarbij langdurige of intermitterende fysiotherapie of oefentherapie nodig kan zijn.

Verzekerden die jonger zijn dan 18 jaar krijgen altijd de eerste negen behandelingen vergoed, ongeacht of deze behandelingen betrekking hebben op de genoemde bijlage 1 bij het Besluit zorgverzekering. Daarom is bepaald dat verzekerden onder 18 jaar die in de twee jaren voorafgaande aan het jaar waarop de tegemoetkoming betrekking heeft, voor meer dan een bepaald bedrag aan fysiotherapie of oefentherapie hebben gebruikt, recht hebben op het forfait.

Ad 5. Het gebruik van revalidatiezorg

Het gaat hier alleen over revalidatie in revalidatiecentra die bij ministeriële regeling worden aangewezen. Revalidatie in algemene ziekenhuizen kan nog niet worden meegenomen, omdat hiervan thans geen specifieke gegevens beschikbaar zijn. Met ingang van 2009 wordt de situatie anders, omdat de revalidatiezorg -ook die verleend in algemene ziekenhuizen- dan op basis van de nieuw ontwikkelde revalidatie-dbc's zal worden gedeclareerd. Dat maakt het in principe eenvoudiger de revalidatiezorg in algemene ziekenhuizen als zodanig te onderscheiden. De Stuurgroep implementatie Wtcg, die de implementatie van het forfait begeleidt, zal binnen afzienbare termijn met de zorgverzekeraars in overleg treden om na te gaan wat de mogelijkheden zijn om aan de hand van deze revalidatie-dbc's uniforme en betrouwbare gegevens betreffende het gebruik van revalidatie in algemene ziekenhuizen ter beschikking te krijgen.

Ad 6. Een indicatie voor AWBZ-zorg

Indien een verzekerde is geïndiceerd voor zorg die op grond van de AWBZ wordt verstrekt, heeft hij recht op een forfaitaire tegemoetkoming.

Ad 7. Het gebruik van huishoudelijke verzorging op grond van de Wmo

Het gaat hier vooralsnog alleen om huishoudelijke verzorging in natura. Er zijn op dit moment helaas nog geen uniforme gegevens beschikbaar van mensen die gekozen hebben voor een persoonsgebonden budget (PGB) voor huishoudelijke verzorging op grond van de Wmo. Dit is daarom een van de onderwerpen die de Stuurgroep implementatie Wtcg in 2009 met voorrang ter hand zal nemen.

De hoogte van het forfait is afhankelijk van de intensiteit van het zorggebruik. Mensen met een laag zorggebruik (bijvoorbeeld alleen een hulpmiddel) komen

⁶ Kamerstukken II, 2008/09, 31706, nr. 28.

vanwege de verwachte beperkte meerkosten niet in aanmerking voor een forfait. Voor mensen met een gemiddeld zorggebruik (bijvoorbeeld het gebruik van huishoudelijke verzorging op grond van de WMO) of die in een intramurale instelling zijn opgenomen is vanwege de verwachte meerkosten gekozen voor een forfait van € 300 voor 65-minners en € 150 voor 65-plussers. Voor de mensen met een hoog zorggebruik (bijvoorbeeld door de combinatie van huishoudelijke verzorging en fysiotherapie) is vanwege de verwachte meerkosten gekozen voor een forfait van € 500 voor 65-minners en € 350 voor 65-plussers.

Zoals uit het voorgaande blijkt, is sprake van een aantal aandachtspunten bij de gekozen criteria voor het forfait. De aandachtspunten bij het meerjarig gebruik van Zvw-hulpmiddelen, de Wmo-hulpmiddelen, revalidatiezorg in algemene ziekenhuizen en de PGB's bij huishoudelijke verzorging op grond van de Wmo betreffen het ontbreken van uniforme landelijke registraties. Het onderzoek naar de mogelijkheden voor het opzetten van dergelijke registraties behoort tot de verantwoordelijkheid van de Stuurgroep implementatie Wtcg. Dit onderzoek is inmiddels gestart (WMO-hulpmiddelen of PGB's bij huishoudelijke verzorging) of zal op zeer korte termijn worden opgepakt (meerjarig gebruik van Zvw-hulpmiddelen, revalidatie in algemene ziekenhuizen). Daarnaast heeft het kabinet toegezegd dat de Stuurgroep implementatie Wtcg zal onderzoeken of mantelzorg kan worden meegenomen bij de afbakeningscriteria van de Wtcg.

De Taskforce wordt verzocht zich te buigen over de vraag hoe chronisch zieken en gehandicapten die te kampen hebben met meerkosten maar wier zorggebruik op grond van de Zorgverzekeringswet thans niet onder FKG's of DKG's valt, toch onder de afbakening kunnen worden gebracht.

3. Concrete taakomschrijving

3.1 Verbetering huidige afbakening

De Taskforce wordt verzocht om met inachtneming van het in de inleiding genoemde budget van € 50 miljoen aanvullende criteria te ontwikkelen waardoor een betere afbakening ontstaat van de groep chronisch zieken en gehandicapten die te kampen hebben met meerkosten maar wier zorggebruik op grond van de in paragraaf 2 genoemde afbakeningscriteria thans geen grond is voor een toekenning van een tegemoetkoming. De Taskforce wordt verzocht om daarbij de onderstaande drie invalshoeken, zo mogelijk in onderlinge samenhang, te betrekken.

Alternatieve wijze voor de bepaling van intensief gebruik van geneesmiddelen

Tijdens overleg van het ministerie van VWS en de CG-raad met FKG-deskundigen over een mogelijke verbetering van de afbakening van de forfaitaire regeling hebben de laatst genoemden laten weten dat zij perspectief zien in het afbakenen van het geneesmiddelengebruik op basis van het zogeheten Anatomisch Therapeutisch Chemisch Classificatiesysteem (ATC-codes) van de Wereldgezondheidsorganisatie. De ATC-codes worden geregistreerd in de administratie van verzekeraars. Wellicht dat het gebruik van de ATC-codes tot een betere afbakening van het geneesmiddelengebruik door chronisch zieken en gehandicapten kan leiden.

Zeldzame ziekten

Ten behoeve van het jaarlijkse onderhoud van het zogeheten risicovereveningssysteem in het kader van de Zorgverzekeringswet is enkele jaren geleden onderzoek gedaan naar zeldzame ziekten. Gegeven het feit dat er circa 8.000 zeldzame ziekten bestaan heeft de toenmalige begeleidingscommissie zeldzame chronische aandoeningen besloten het onderzoek uit te voeren op basis van een lijst met 440 zeldzame aandoeningen van erfelijke ziekten die door de Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties is opgesteld. Deze lijst kan behulpzaam zijn bij het onderzoek naar de mogelijkheden om mensen met deze zeldzame aandoeningen op te sporen.

Poliklinische en/of dagbehandelingen

Zoals uit paragraaf 2 is gebleken, vallen bijna uitsluitend behandelingen die opnamen in een ziekenhuis vergen onder DKG's. Met het oog op de beoogde verbetering van de afbakening is een onderzoek naar de mogelijkheden om meer poliklinische en/of dagbehandelingen als afbakeningscriterium voor het forfait mee te nemen denkbaar.

De Taskforce wordt tevens verzocht om bij de nadere afbakening de in paragraaf 2 genoemde aandachtspunten te betrekken (te weten het meerjarig gebruik van Zvw-hulpmiddelen, de Wmo-hulpmiddelen, revalidatiezorg in algemene ziekenhuizen, de PGB's bij huishoudelijke verzorging en de mantelzorg). Het gaat daarbij om vragen als "dienen Wmo-hulpmiddelen op dezelfde manier als de Zvw-hulpmiddelen bij de afbakeningscriteria van de Wtcg behandeld te worden" of "dient revalidatiezorg verleend door algemene ziekenhuizen op dezelfde manier behandeld te worden als revalidatiezorg verleend door revalidatiecentra"? Soortgelijke vragen zijn aan de orde bij de overige genoemde aandachtspunten.

Volledigheidshalve zij daarbij nog op twee aspecten gewezen. Zoals ook in de inleiding is opgemerkt, is het forfait een tegemoetkoming voor de meerkosten waar chronisch zieken en gehandicapten als gevolgen van hun aandoening mee te maken hebben. Ook bij de nadere afbakening moet het dus, analoog aan de huidige afbakeningscriteria, gaan om (zorggebruik dat voortvloeit uit) aandoeningen op grond waarvan verondersteld mag worden dat de mensen die daar mee te kampen hebben, ook te maken hebben met meerkosten als gevolg van die aandoening. Verder zij er op gewezen dat de afbakening voor de forfaitaire regeling geen statisch geheel is maar als gevolg van medische ontwikkelingen aan dynamiek onderhevig zal zijn. Immers, er zullen in de toekomst nieuwe ziekten bij komen. Er zullen waarschijnlijk echter ook betere behandelmethoden ontstaan waardoor mensen wellicht kunnen genezen en niet langer te kampen hebben met meerkosten. Mocht de Taskforce bij haar werkzaamheden ook op die ontwikkelingen stuiten, dan wordt zij verzocht die in haar bevindingen mee te nemen.

3.2 ICF

Het kabinet heeft tevens laten weten onderzoek te starten naar de zogeheten "International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF). De ICF-classificatie is een beschrijving van het menselijk functioneren en de problemen die daarin kunnen optreden. Op basis van deze beschrijving is een systematische ordening mogelijk van aspecten die gerelateerd zijn aan gezondheidsproblemen in een standaardtaal.

De Taskforce wordt tevens verzocht onderzoek te laten uitvoeren naar de mogelijkheden van de ICF-classificatie als zodanig en naar de vraag hoe en op welke termijn een dergelijke classificatie ingevoerd zou kunnen worden.

4. Randvoorwaarden

Bij het onderzoek dienen de onderstaande randvoorwaarden betrokken te worden.

Uitvoerbaarheid in algemene zin

Met het oog op een soepele uitvoering van zowel de forfaitaire regeling door het CAK als de daarvoor doorgaans vereiste gegevensaanlevering van zorgverzekeraars aan het CAK is het van belang dat de aanvullende gegevens voor de afbakening van het forfait met behulp van uniforme landelijke databestanden kunnen worden aangeleverd. Indien dat onverhoopt niet op korte termijn realiseerbaar is, wordt de Taskforce verzocht aan te geven hoe zo snel mogelijk dergelijke databestanden kunnen worden opgezet.

Tijdige implementatie

Het forfait dat betrekking heeft op jaar t wordt in november van het jaar t+1 uitgekeerd. Dat wil zeggen dat het CAK het forfait over 2009 in november 2010 zal uitkeren.

Tijdens de parlementaire behandeling van de Wtcg heeft het kabinet laten weten dat het denkbaar is dat wanneer de beoogde verbetering van de afbakening niet tijdig gereed is, de forfaits met terugwerkende kracht worden toegekend. Dat wil zeggen dat wanneer mensen op basis van hun zorggebruik in 2010 in aanmerking komen voor een in november 2011 uit te keren forfait, verondersteld zal worden dat zij op basis van hun zorggebruik in 2009 ook recht zouden hebben gehad op een forfait. Het forfait over 2009 zal dan in november 2011 worden uitgekeerd. Dit vergt dan wel dat het zorggebruik over 2010 geregistreerd kan worden. Dit vereist op zijn beurt dat de Taskforce de werkzaamheden inzake de nadere afbakening én de wijze waarop die geregistreerd dient te worden, eind 2009 afgerond dient te hebben.

Privacy

Bij het opzetten van de hiervoor genoemde uniforme landelijke bestanden gaat het om medische gegevens van verzekerden. Het spreekt voor zich dat daarbij de eisen van de Wet bescherming persoonsgegevens onverminderd van kracht zijn.

5. Tijdpad

Het kabinet heeft toegezegd beide Kamers twee keer per jaar te informeren over de voortgang inzake de Wtcg. De eerste voortgangsrapportage dient op 1 juni aanstaande naar beide Kamers verstuurd te worden. Het ligt in de rede dat de tweede rapportage vòòr de behandeling van de VWS-begroting voor 2010 in de Tweede Kamer naar beide Kamers zal worden verstuurd. In beide rapportages dient het kabinet in te gaan op de nadere afbakening van de forfaitaire regeling.

Gegeven deze toezegging ligt het in de rede dat de Taskforce 15 mei een tussenrapportage aanbiedt met daarin de bevindingen tot dan toe. Hierbij zouden

dan in ieder geval de contouren van de mogelijke oplossingsrichtingen bij de alternatieve wijze van geneesmiddelenregistratie, de zeldzame ziekten en de poliklinische behandelingen aan de orde dienen te komen. Tevens zou in de tussenrapportage nader dienen te worden ingegaan op de wijze waarop het onderzoek naar de ICF-classificatie wordt vormgegeven.

Ten behoeve van de tweede voortgangsrapportage zou het eindrapport van de Taskforce beschikbaar dienen te zijn. Voor zover thans kan worden overzien, zou dat –afhankelijk van de exacte datum waarop de begroting van het ministerie van VWS wordt behandeld- in de tweede helft van oktober dienen te zijn.