



MEMO

Onderwerp : Evaluatie Financiële ondersteuning chronische zieken en gehandicapten minima
BMWE

Inleiding

Per 1 januari 2014 zijn de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de Compensatieregeling Eigen Risico (CER) verdwenen. De regelingen bestonden uit:

- Compensatie eigen risico: Chronisch zieken en gehandicapten konden jaarlijks €99,- terug krijgen als ze hun eigen risico volledig benut hadden
- WTCG korting: klanten kregen 33% korting op hun eigen bijdragen
- Algemene tegemoetkoming: Een bijdrage in de veronderstelde kosten van €145,- tot €484,- (2013)
- Fiscale aftrek voor bepaalde ziektekosten en hulpmiddelen.¹

Het budget van deze regelingen is (met een korting) naar gemeenten gegaan en is bestemd voor de nieuwe ondersteuningstaken in het sociaal domein. Het ging om 10,1% van de budgetten voor de nieuwe ondersteuningstaken. In 2015 bedroeg de IUSD WMO € 8,7 miljoen (virtueel € 879.000 WTCG/CER-budget). De IUSD WMO bedraagt in 2018 € 8,2 miljoen (virtueel € 824.000 WTCG/CER-budget). Gemeenten hebben de beleidsvrijheid gekregen om het budget binnen het sociaal domein in te zetten. *Het doel is om ondersteuning op maat te leveren, via bijvoorbeeld de bijzondere bijstand en de Wmo voor mensen met een chronische ziekte of handicap.*

Voor chronisch zieken en gehandicapte inwoners met een beperkte financiële draagkracht kan het wegvallen van de Compensatie eigen risico, de WTCG korting en de algemene tegemoetkoming mogelijk tot financiële problemen leiden of tot het vermijden van zorg. Het Rijk heeft dan ook opdracht aan gemeenten gegeven om een vervangende regeling te maken. Vanuit de Wmo zal aangesloten dienen te worden bij artikel 2.1.2 Wmo 2015. Dit is binnen de BMWE-gemeenten uitgewerkt in artikel 32 van de verordening. Hieronder staat artikel 32 van de verordening weergegeven:

Artikel 32. Tegemoetkoming meerkosten personen met een beperking of chronische problemen

1. *Het college verstrekt in overeenstemming met het beleidsplan, bedoeld in artikel 2.1.2 van de wet, op aanvraag aan personen met een beperking of chronische psychische of psychosociale problemen die daarmee verband houdende aannemelijke meerkosten hebben, en die een inkomen hebben lager dan een door het college nader te bepalen percentage van het wettelijk minimumloon, een tegemoetkoming ter ondersteuning van de zelfredzaamheid en de participatie. De regelingen zijn opgenomen in het gemeentelijk minimabeleid.*

¹ Deze fiscale aftrek is nog steeds mogelijk.

2. *Het college kan bij nadere regeling bepalen in welke gevallen en in welke mate een tegemoetkoming kan worden verstrekt.*

In het Beleidsplan 2015 – 2018 staat verder het volgende:

4.4.3 Inkomensondersteuning

De BMWWE gemeenten ondersteunen de meest (financieel) kwetsbare cliënten. Financiële ondersteuning aan cliënten is geborgd in het minimabeleid. Het streven daarbij is zo veel mogelijk uit te gaan van 120% i.p.v. de huidige 110% van het sociaal minimum.

Binnen de BMWWE-gemeenten is er voor gekozen dat inwoners met een laag inkomen gebruik kunnen maken van de collectieve ziektekostenverzekering van Menzis. De gemeente betaalt voor inwoners met een inkomen tot en met 120% van het minimum een deel van de zorgpremie. Voor de pakketten GarantVerzorgd 1 en 2 betaalt de gemeente maandelijks een bijdrage van € 6,80 en voor pakket GarantVerzorgd 3 betaalt de gemeente maandelijks een bijdrage van € 9,30. De deelnemende inwoners ontvangen 6% korting op de basisverzekering en 9% korting op zowel de aanvullende verzekering als de tandverzekering als zij deelnemen aan deze collectieve ziektekostenverzekering. Het Garant Verzorgd 3 pakket van Menzis is zeer geschikt voor chronisch zieken en gehandicapten, omdat deze verzekering een zeer hoge dekkingsgraad heeft. Om met name chronisch zieken en gehandicapten te ondersteunen is besloten aan dit uitgebreide pakket maandelijks meer bij te dragen dan aan de meer sobere pakketten die Menzis aanbiedt. We sluiten hierbij aan bij hetgeen in de wmo-verordening weergegeven is. De BMWWE gemeenten wilden chronisch zieke en gehandicapte inwoners met beperkte financiële draagkracht nog verder ondersteunen en om die reden is in december 2016 besloten ook (een deel van) het verbruikte eigen risico te vergoeden. De vergoeding eigen risico is met ingang van 1 januari 2016 als volgt aangepast:

Bij volledig gebruik van het eigen risico in een jaar wordt bij het:

- 1ste jaar 50% van het eigen risico vergoed;
- 2de jaar 75% van het eigen risico vergoed;
- 3de en daarop volgende jaren 100% van het eigen risico vergoed.

Ook de vergoeding aan inwoners met een inkomen onder de 120% van het minimum en hoge zorgkosten sluit aan bij hetgeen in de verordening Wmo is weergegeven.

Evaluatie van de vergoeding eigen risico

Toen in december 2016 het besluit genomen is om chronisch zieken en gehandicapten op deze wijze financieel te ondersteunen, is ingestemd met een evaluatie van deze regeling eind 2017. Op basis van de uitkomsten van de evaluatie zou bekeken worden of de regeling ook voor 2018 en verder ingezet zou worden.

Bevindingen inwoners en cliëntenraad Werk en Inkomen BMWWE

De consultants Werk en Inkomen hebben het gehele jaar 2017 de nieuwe regeling gemonitord en van meerdere klanten vernomen dat zij tevreden zijn met de hoogte van de compensatie die zij nu ontvangen. Ook zijn zij tevreden over het feit dat het eigen vermogen niet meetelt, waardoor ook ouderen die hoge zorgkosten hebben, maar een eigen huis bezitten, wel in aanmerking komen voor deze compensatie. Inwoners hebben wel aangegeven dat de regeling ingewikkeld is door de trapsgewijze vergoeding over drie jaar. Dit punt kwam ook vanuit de cliëntenraad Werk en Inkomen naar voren. Ook gaf de cliëntenraad Werk en Inkomen aan dat de huidige regeling ongunstig is voor inwoners die net boven de inkomensgrens van 120% zitten. Zij kregen voorheen wel de vergoeding van € 99,- en hebben nu geen recht meer op compensatie.

De cliëntenraad gaf ook aan dat inwoners die meerdere jaren op rij hun eigen risico net niet volledig opmaken, benadeeld worden ten opzichte van inwoners die ieder jaar weinig zorgkosten hebben en door bijvoorbeeld een ziekenhuisopname in 1 jaar wel het volledig eigen risico verbruiken. Door de eis dat het volledig eigen risico verbruikt moet worden, komt de eerst beschreven groep nooit voor compensatie in aanmerking, terwijl hun zorgkosten over de jaren heen gezien hoger liggen. De cliëntenraad heeft in haar vergadering van 14 november 2017 het volgende advies gegeven:

- Iedereen met een inkomen tot 120% van de bijstandsnorm moet recht hebben op de compensatie van het eigen risico en ieder jaar wordt opnieuw gekeken of iemand hier recht op heeft.
- De voorgaande jaren tellen niet meer mee met het nemen van het besluit of iemand wel of niet recht heeft op de compensatie.
- Het eigen risico moet 100% vergoed worden door de gemeente, de eis van volledig gebruik van het eigen risico moet vervallen. Ook inwoners met verbruik van een deel van het eigen risico moeten voor dat gedeelte volledig worden gecompenseerd door de gemeente.

In de vergadering van 17 januari 2018 heeft de cliëntenraad aangegeven toch nogmaals tijd te willen hebben voor het adviseren over deze regeling, omdat het een ingewikkelde regeling is en zij het belangrijk vinden dat de regeling zo positief mogelijk is voor de inwoners. Zij gaven aan dat het bijvoorbeeld een idee zou kunnen zijn om bepaalde kosten uit de bijzondere bijstand te vergoeden en andere kosten uit de financiële tegemoetkoming eigen risico. Een beenbreuk zou dan bijvoorbeeld uit de bijzonder bijstand vergoed kunnen worden en medicatie voor een chronische ziekte uit de financiële tegemoetkoming eigen risico. Omdat er vanuit verschillende leden meerdere ideeën geopperd werden en de tijd tijdens de vergadering te kort was om een uitgewerkt advies aan de gemeente te kunnen geven, heeft de cliëntenraad geadviseerd de huidige regeling nog voor het jaar 2018 te behouden en dit jaar de tijd te nemen om tot een goede regeling te komen waarbij ook aangegeven wordt wanneer bijzondere bijstand mogelijk is.

De voorzitters van de Wmo-adviesraden en een deel van de secretarissen hebben op 17 november gesproken over de compensatie van het eigen risico. Geen van de leden heeft zelf met deze regeling te maken. Zij geven wel aan dat een getrapte uitkering ingewikkeld lijkt en zien graag een vaste compensatie van het eigen risico die ieder jaar gelijk is. Ook geven zij, net als de cliëntenraad Werk en Inkomen, aan dat het eerlijker zou zijn als ook inwoners met hoge zorgkosten die net niet hun gehele eigen risico opmaken, gecompenseerd worden. Een aantal leden van de Wmo-adviesraden vragen zich af waarom voor deze regeling de vermogenstoets niet wordt gehanteerd, terwijl dit voor andere regelingen wel geldt.

Bevindingen uitvoeringsorganisatie Werkplein Ability

De uitvoeringsorganisatie loopt aan tegen de uitvoerbaarheid van deze regeling. Een aantal aspecten van de regeling zijn onvoldoende uitgewerkt, waardoor de regeling lastig uitvoerbaar wordt. In de uitvoering loopt men bijvoorbeeld tegen de vraag aan of er voor de hoogte van de vergoeding sprake moet zijn van opeenvolgende jaren van volledig gebruik van het eigen risico of dat ieder 2^e of 3^e jaar, ongeacht tussenjaren in aanmerking komt voor de vergoeding van 75 en 100% van het eigen risico. Ook is onduidelijk hoe omgegaan moet worden met inwoners die een minder hoog eigen risico hebben, omdat zij in het lopende jaar 18 zijn geworden of in de loop van een jaar in Nederland zijn komen wonen. Ditzelfde geldt voor inwoners die hun eigen risico hebben afgekocht. De uitvoeringskosten zijn € 25.000,- hoger dan geraamd, omdat de regeling door de trapsgewijze toekenning erg lastig is uit te voeren.

In de praktijk blijkt ook dat inwoners nog in 2017 aanvragen over de jaren 2013 en 2014 hebben ingediend. Dit had te maken met de terugwerkende kracht van de regeling. 2013 en 2014

werden niet als losse jaren meegerekend voor deze regeling, maar werden wel meegenomen in de reeks om de hoogte van de compensatie voor latere jaren vast te stellen. Een uiterste datum waarop een aanvraag ingediend kan worden over voorgaande jaren ontbreekt op dit moment.

De uitvoeringsorganisatie zou graag zien dat er een heldere regeling komt waarbij ieder jaar een zelfde bedrag van het eigen risico gecompenseerd wordt. Zij zien graag dat ook inwoners met hoge zorgkosten die net niet het volledig eigen risico hebben verbruikt, in aanmerking komen voor een compensatie. De uitvoeringsorganisatie pleit voor een drempelbedrag waarboven zorgkosten vergoed worden. Een dergelijk drempelbedrag zorgt er voor dat mensen bewust blijven van de kosten van zorg. Door dit drempelbedrag niet te hoog te stellen en een groot deel van het verbruikte eigen risico wel te vergoeden, blijft de zorg toegankelijk.

Gebruik van de regeling

De verwachting was dat jaarlijks 2.100 inwoners gebruik zouden maken van de regeling. In 2016 hebben 347² inwoners van deze regeling gebruik gemaakt. In 2017 hebben ongeveer 700 inwoners gebruik gemaakt van deze regeling.³ Over de periode 2015 t/m 2017 is er sprake van een gebruik door ongeveer 1.000 inwoners. Deze inwoners hebben dus één of meerdere jaren gebruik gemaakt van de regeling en hebben in het jaar dat zij van de regeling gebruik konden maken, het volledige eigen risico verbruikt. Het is echter niet gezegd dat het hier alleen om chronisch zieken gaat. Ook inwoners met een laag inkomen die eenmalig hun volledig eigen risico hadden verbruikt door bijvoorbeeld opname in een ziekenhuis, kwamen in dat jaar in aanmerking voor de compensatie door de gemeente.

Het daadwerkelijk gebruik van de regeling is dus veel lager dan in 2016 de verwachting was. Het lagere gebruik kwam mogelijk doordat de regeling pas in december 2016 is ingevoerd, waardoor de eerste communicatie over deze regeling pas in 2017 plaats kon vinden. Uit de gesprekken met Werkplein Ability kwam dit ook naar voren. Ook gaven de medewerkers van Werkplein Ability aan dat de regeling lastig was uit te leggen naar klanten toe, wat tot gevolg kan hebben gehad dat minder mensen dan verwacht, gebruik van deze regeling hebben gemaakt. Een andere reden waardoor de uitgaven in 2016 en 2017 lager zijn dan begroot, is het feit dat ziekenhuizen vaak pas laat bij de zorgverzekeraar declareren. Hierdoor weten inwoners pas laat of zij hun volledig eigen risico hebben verbruikt en of zij recht hebben op de regeling. In 2018 komen om die reden nog declaraties binnen over zorgjaar 2016 en 2017. Bij deze regeling is dus sprake van het zogenaamde na-ijl effect.

De prognose voor de komende jaren is dat er 700 tot 1.100 inwoners gebruik kunnen maken van de regeling, wanneer alleen inwoners die het volledige eigen risico hebben opgemaakt, onder de regeling vallen. Wanneer besloten wordt dat alle inwoners die meer van hun eigen risico hebben verbruikt dan het geldende drempelbedrag, dan zal dit aantal toenemen. Het is lastig te zeggen met hoeveel dit aantal toeneemt omdat we momenteel geen zicht hebben op deze groep. In overleg met Werkplein Ability is besloten uit te gaan van een gebruik van ongeveer 2.000 inwoners omdat ook ongeveer zoveel inwoners gebruik heeft gemaakt van de fashioncheque over het jaar 2016. De fashioncheque was een regeling voor dezelfde doelgroep en is al een aantal jaren achtereen ingezet. Om die reden is uitgegaan van dit aantal personen. Dit is dus een schatting.

Zorgmijding

Het eigen risico heeft als doel om verzekerden bewust te maken van de kosten van zorg, zonder dat dit de toegankelijkheid van zorg in gevaar brengt. Het gaat ervan uit dat de financiële prikkel verzekerden stimuleert te voorkomen dat ze ziek worden. Een tweede effect is dat, doordat verzekerden zelf ook kosten maken, het gebruik wordt teruggedrongen. Dit kan positief zijn in het geval van oneigenlijk gebruik van zorg. Als dit echter leidt tot zorgmijding kan het er ook juist voor zorgen dat de gezondheid van deze persoon verergert en dit uiteindelijk tot hogere zorgkosten leidt (bijvoorbeeld doordat de patiënt door het mijden van ambulante zorg op termijn juist de duurdere intramurale zorg nodig heeft). Door chronisch zieken en gehandicapten met een

² Informatie verkregen uit evaluatie 'Mee® doen met Minima 2015-2016'

³ Informatie verkregen van controller SD middels memo 11 januari 2018.

beperkte financiële draagkracht te ondersteunen, willen de BMW-gemeenten zorgmijding verminderen. Of de ondersteuning die de BMW-gemeenten bieden aan hun inwoners ook daadwerkelijk heeft geleid tot een vermindering van zorgmijding, is lastig te onderzoeken. Landelijk is er wel onderzoek gedaan naar de effecten van het eigen risico op zorgmijding en hieruit kwam het volgende beeld naar voren:

In een evaluatie van de Zorgverzekeringswet is in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) geanalyseerd wat de relatie is tussen het eigen risico en het zorggebruik (Kuperus et al. 2014). Op basis van verschillende studies concluderen zij dat een hoger eigen risico samenhangt met een afname van het zorggebruik maar dat een negatief effect op de gezondheid niet kan worden aangetoond.

Uit ander onderzoek kwam naar voren dat Nederlandse verzekerden met een laag inkomen in vergelijking met andere Westerse landen relatief vaak aangeven dat gemaakte kosten in het voorgaande jaar ervoor zorgen dat ze ondanks medische problemen niet naar een dokter gaan, niet de aanbevolen testen of behandeling volgen en bij medicatiegebruik niet therapietrouw zijn.⁴

Uitgangspunt van het Nederlandse zorgstelsel is dat het voor iedereen toegankelijk moet zijn. De BMW-gemeenten onderschrijven dit uitgangspunt. Aangezien verschillende onderzoeken aantonen dat er mogelijk ongelijkheid bestaat, kan dat een reden zijn om verzekerden met lage inkomens te compenseren, ondank het feit dat tot nu toe een negatief effect op de gezondheid nog niet uit onderzoek is gebleken.

Financiën

De uitgaven voor 2017 waren geraamd op 617.500 (inclusief 40.000 uitvoeringskosten). De in 2017 uitbetaalde Compensatie Eigen Risico bedraagt €470.241. Dit is inclusief de nabetaling aangaande 2016 (totaal € 95.124). In 2018 is als gevolg van het zogeheten 'na-ijl-effect' reeds € 108.080 uitbetaald aan Compensatie Eigen Risico (overwegend aangaande 2017). Dit 'na-ijl-effect' ontstaat doordat de nota voor het eigen risico pas later wordt ontvangen van de zorgverzekeraar waardoor de burger deze pas later kan indienen bij de gemeente. Ook voor de komende periode worden nog uitgaven aangaande 2017 verwacht.

Conclusie

Uit meerdere landelijk onderzoeken komt naar voren dat verzekerden met een laag inkomen zorg gaan mijden doordat zij een eigen risico moeten betalen. Om deze zorgmijding tegen te gaan is het compenseren van dit eigen risico voor deze groep een goede manier. Chronisch zieken en gehandicapten hebben vaak langdurig hoge zorgkosten en om die reden is deze groep zeer gebaat bij een regeling tegemoetkoming eigen risico.

Inwoners zijn blij met de compensatie van het eigen risico en zijn blij met de hoogte van de vergoedingen en het feit dat er geen vermogenstoets wordt gehanteerd⁵. Wel vinden zij de opbouw van de regeling ingewikkeld en heeft een aantal leden van de nieuwe cliëntenraad Werk en Inkomen BMW aangegeven liever te zien dat de vergoeding ieder jaar dezelfde hoogte heeft. De Cliëntenraad Werk en Inkomen ziet graag het volledig eigen risico vergoed maar zou graag meer adviestijd willen hebben om met een uitgebreider advies over de regeling te kunnen komen. De voorzitters van de wmo-raden en de medewerkers van de uitvoeringsorganisatie zijn van mening dat een deel van het eigen risico door de gemeente vergoed dient te worden om wel de bewustwording over de kosten van de zorg bij inwoners te behouden.

De uitvoeringsorganisatie vindt de regeling lastig uit te voeren en heeft met de huidige regeling te maken met hoge zorgkosten, maar zou wel graag zien dat er een compensatie blijft voor inwoners die hoge zorgkosten hebben. Wensen vanuit de uitvoering zijn dat er heldere afspraken komen over de termijnen waarop inwoners een aanvraag in kunnen dienen en dat er een vast

⁴ Davis en Ballreich (2014)

⁵ Dit geldt niet voor de wmo-raden. Zij vinden het wel goed dat er compensatie is voor inwoners met een laag inkomen en hoge zorgkosten, maar een aantal personen van de wmo-raden zijn niet blij met het feit dat er geen vermogenstoets geldt voor deze regeling.

compensatiebedrag per jaar gaat gelden. Ook is de wens om inwoners die structureel bijna hun volledig risico opmaken te compenseren.

Doordat er bij de huidige regeling alleen gekeken wordt naar de hoogte van het verbruikte eigen risico, komen ook minima die niet chronisch ziek zijn, maar eenmalig hoge zorgkosten hebben, in aanmerking voor een (gedeeltelijke) vergoeding van het eigen risico. Door de trapsgewijze vergoeding krijgen inwoners die meerdere jaren achtereen hoge zorgkosten hebben en een inkomen tot en met 120% van het minimum, wel een hogere vergoeding dan inwoners die eenmalig hoge zorgkosten hebben.

De regeling is in de afgelopen jaren bekostigd uit wmo-middelen. Wanneer besloten wordt het advies van november 2017 van de Cliëntenraad Werk en Inkomen over te nemen en het volledig eigen risico te vergoeden voor alle minima met een inkomen tot en met 120% die een deel van hun eigen risico opmaken, dan zullen de kosten, bij een geschat gebruik van 2.000 inwoners, € 617.500,- zijn. Dit bestaat voor € 577.500,- aan compensatiekosten en voor € 40.000,- aan uitvoeringskosten.⁶ Wanneer besloten wordt de huidige regeling voort te zetten, zullen de kosten uitkomen op € 425.937,-.⁷

Wanneer besloten wordt een deel van de kosten te vergoeden boven een bepaald drempelbedrag, terwijl de eis blijft bestaan dat het volledig eigen risico wordt verbruikt, dan nemen de kosten voor de gemeente per inwoner af. Wanneer besloten wordt om aan alle inwoners met een laag inkomen die meer zorgkosten hebben gemaakt dan het gehanteerde drempelbedrag, een compensatie toe te kennen, dan wordt de doelgroep die gebruik kan maken van deze regeling echter weer groter. Hoeveel de doelgroep toeneemt is niet bekend. Met het invoeren van een drempelbedrag wordt tegemoet gekomen aan de wens van de landelijke overheid en de uitvoeringsorganisatie om de bewustwording over zorgkosten bij inwoners te behouden. Wanneer dit drempelbedrag laag gehouden wordt, zorgt de gemeente er tevens voor dat de zorg wel betaalbaar blijft. Door een drempelbedrag te gaan hanteren en ieder jaar dezelfde vergoeding toe te kennen, compenseert de gemeente alle inwoners die een inkomen tot en met 120% van het minimum hebben en hoge zorgkosten maken. De regeling is dan niet meer na verloop van tijd voordeliger voor inwoners die langdurig hoge zorgkosten hebben.

Scenario's

Er zijn meerdere manieren om de compensatie van het eigen risico vorm te geven. De huidige werkwijze kan voortgezet worden, maar er kan ook gekozen worden voor het invoeren van een drempelbedrag waarboven zorgkosten gecompenseerd worden. Het is ook mogelijk om alleen inwoners die hun volledig eigen risico verbruiken te compenseren en deze compensatie jaarlijks gelijk te stellen. Wanneer er een drempelbedrag ingevoerd wordt, is het gebruik van de regeling lastig vast te stellen. Er zijn hieronder meerdere scenario's uitgewerkt. Bij de scenario's waar vergoeding boven een drempelbedrag geldt, zijn meerdere opties mogelijk, deze opties zijn in de bijlage toegevoegd. Hieronder zijn allen de totaalkosten van deze opties opgenomen.

Scenario 1 voortzetten huidige regeling:

| | Burgers | gebruik | aantal | Aantal jaren volledig eigen risico verbruikt | vergoeding | Kosten regeling |
|---|---------|---------|--------|--|------------|-----------------|
| Uitbetaald in 2017, ook in 2018 | 700 | 100% | 700 | 3 | 385 | 269.500 |
| Bekend over periode 2015-2017, maar niet | 300 | 50% | 150 | Gemiddeld 2 | 288,75 | 43.312 |

⁶ Bij deze berekening is er van uit gegaan dat 1000 inwoners hun eigen risico volledig opmaken en dat de overige 1000 inwoners gemiddeld 50% van hun eigen risico verbruiken. Dit is een schatting.

⁷ Zie voor een nadere specificatie scenario 1.

| | | | | | | |
|----------------------------|-----|------|-----|---|------------------|---------|
| betaald in 2017 | | | | | (75% van 385) | |
| Nieuwe klanten | 250 | 100% | 250 | 1 | 192,50 | 48.125 |
| uitvoeringskosten | | | | | | 65.000 |
| totaal | | | | | | 425.937 |
| Beschikbare dekking | | | | | | 148.500 |
| Tekort | | | | | | 277.437 |

Scenario 2: inwoners met volledig gebruik eigen risico compenseren boven drempelbedrag

| | Burgers | Ge- bruik | Aan- tal | Eigen risico | Vergoeding boven drempelbedrag van 120 euro | Totale kosten | Vergoeding boven drempelbedrag van 180 euro | Totale kosten |
|--|---------|--------------|-------------|-----------------|--|------------------|--|------------------|
| Uitbetaald in 2017, ook in 2018 | 700 | 100% | 700 | 385 | 265 | 185.500 | 205 | 143.500 |
| Bekend over periode 2015-2017, maar niet betaald in 2017 | 300 | 50% | 150 | 385 | 265 | 39.750 | 205 | 30.750 |
| Nieuw gebruik | 250 | 100% | 250 | 385 | 265 | 66.250 | 205 | 51.250 |
| Uitvoeringskosten | | | | | | 40.000 | | 40.000 |
| Totaal | | | | | | 331.500 | | 265.500 |
| Beschikbare dekking | | | | | | 148.500 | | 148.500 |
| Tekort | | | | | | 183.000 | | 117.000 |

Scenario 3: inwoners met volledig gebruik eigen risico volledig compenseren

| | Burgers | gebruik | aantal | Eigen risico | Vergoeding | Totale kosten |
|--|---------|---------|--------|--------------|------------|---------------|
| Uitbetaald in 2017, ook in 2018 | 700 | 100% | 700 | 385 | 385 | 269.500 |
| Bekend over periode 2015-2017, maar niet betaald in 2017 | 300 | 50% | 150 | 385 | 385 | 57.750 |
| Nieuw gebruik | 250 | 100% | 250 | 385 | 385 | 96.250 |
| Uitvoeringskosten | | | | | | 40.000 |
| Totaal | | | | | | 463.500 |
| Beschikbare dekking | | | | | | 148.500 |
| Tekort | | | | | | 315.000 |

Scenario 4: Inwoners met gebruik boven drempelbedrag compenseren (zie voor verdere uitwerking de bijlage)

| Compensatie boven 120 euro | Structureel tekort | Compensatie boven 180 euro | Structureel tekort |
|----------------------------|--------------------|----------------------------|--------------------|
| Scenario 1 | 216.125 | Scenario 1 | 142.625 |
| Scenario 2 | 183.000 | Scenario 2 | 117.000 |
| Scenario 3 | 222.750 | Scenario 3 | 147.750 |
| Scenario 4 | 255.857 | Scenario 4 | 173.375 |

Aanbeveling

Om zorgmijding te voorkomen, is compensatie van (een deel van) het eigen risico een goede manier. Dit kan op verschillende manieren. Dit kan door een financiële tegemoetkoming achteraf, zoals momenteel het geval is of door binnen de collectieve ziektekostenverzekering het eigen risico (deels) af te kopen. Omdat op dit moment het afkopen van het eigen risico binnen de collectieve ziektekostenverzekering van Menzis niet door de gemeente is ingekocht, wordt aanbevolen om voor het jaar 2018 wederom een financiële tegemoetkoming te bieden aan inwoners met een inkomen tot en met 120% van het minimum en hoge zorgkosten.

Gezien de uitkomsten van de evaluatie wordt aanbevolen de regeling wel anders in te richten dan voorheen. Uit bijgevoegde scenario's blijkt dat er veel mogelijkheden zijn die allemaal voor- en nadelen hebben. Bij de ongewijzigde regeling zijn de uitvoeringskosten hoog en blijven de genoemde bezwaren van zowel de uitvoeringsorganisatie als de cliëntenraden bestaan. Bij het invoeren van een drempelbedrag waarboven de rest van het betaalde eigen risico wordt vergoed, wordt de uitvoering gemakkelijker en krijgen ook inwoners die nog niet hun volledig risico hebben verbruikt, maar wel ieder jaar hoge zorgkosten hebben en een inkomen tot en met 120% van het minimum, een vergoeding. Dit sluit aan bij de wens van de medewerkers van Werkplein Ability en bij de wensen die klanten hebben geuit die jaarlijks veel kosten maken, maar net niet hun volledig eigen risico kwijt zijn. Het verwachte gebruik neemt dan echter toe en het is zeer moeilijk in te schatten hoeveel het gebruik zal toenemen. Ook is een nadeel dat inwoners met minder hoge zorgkosten in aanmerking komen voor de regeling, waardoor niet alleen de beoogde doelgroep bereikt wordt waarvoor de gemeente een compensatie wil treffen.

Bij vergoeding wanneer het volledig eigen risico verbruikt is, blijft de kans bestaan dat er chronisch zieken zijn die geen compensatie krijgen, omdat zij net niet het volledig risico hebben verbruikt. Bij deze keuze worden echter wel die inwoners ondersteund die echt hoge zorgkosten hebben. Hier kunnen ook inwoners tussen zitten die bijvoorbeeld in het ziekenhuis zijn opgenomen, maar voor het overgrote deel zijn het chronisch zieke mensen en gehandicapten die deze hoge zorgkosten maken.

Aanbevolen wordt dan ook om te kiezen voor het compenseren van die inwoners die het volledig eigen risico hebben opgemaakt en een inkomen hebben tot en met 120% van het minimum. Aanbevolen wordt hierbij wel een drempelbedrag te hanteren, om inwoners bewust te maken van de kosten van zorg en om de regeling voor de gemeenten beter betaalbaar te houden. Aanbevolen wordt een drempelbedrag van 120 euro te hanteren. Hierdoor houden we de zorg betaalbaar voor inwoners met hoge zorgkosten en doorkruisen we het landelijk beleid niet. Door een drempelbedrag in te voeren wat inwoners zelf moeten betalen, blijven inwoners bewust van de kosten van zorg.

Aanbevolen wordt beleid om de regeling als volgt vorm te geven:

- Klant mag per zorgjaar 1 aanvraag voor de financiële tegemoetkoming aanvragen bij de gemeente. Alleen inwoners die hun eigen risico volledig hebben verbruikt, kunnen een aanvraag indienen.
- Alleen inwoners met een inkomen tot en met 120% van het minimum hebben recht op een financiële tegemoetkoming. Inwoners met een draagkracht boven deze grens hebben geen recht op een tegemoetkoming.
- Er geldt geen vermogenstoets bij deze regeling.
- Peildatum is 1 januari van het betreffende zorgjaar.⁸
- Aanvraag dient voor 31 december van het daaropvolgende jaar binnen te zijn.

⁸ Er is voor gekozen de indieningstermijn op 31 december van het daaropvolgende jaar te zetten, omdat Ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (ZBC's) pas mogen declareren na het einde van de behandelperiode van een totale ziekenhuisbehandeling. Een behandelperiode duurt minimaal 42 dagen en maximaal 120 dagen. Hierdoor komen declaraties altijd een stuk later bij de zorgverzekeraar binnen. Zorgverzekeraars onderhandelen met ziekenhuizen en ZBC's over de prijzen van ziekenhuisbehandelingen. En kunnen pas beginnen met declareren wanneer de prijzen rond zijn. Dit kan enige tijd duren en hierdoor is bij inwoners soms pas laat bekend of zij hun volledig risico hebben verbruikt.

- De eerste 120 euro van het opgebruikte eigen risico komt voor rekening van de inwoner zelf, de laatste 265 euro van het opgebruikte eigen risico komt voor rekening van de gemeente. Bij inwoners die lopende het jaar 18 zijn geworden of lopende het jaar in Nederland zijn komen wonen, zal een vergoeding evenredig naar rato worden toegekend. Bij inwoners die lopende het jaar vanuit een andere gemeente naar de BMW-gemeenten zijn verhuisd geldt ook dat een vergoeding evenredig naar rato zal worden toegekend, tenzij aangetoond kan worden dat de zorgkosten gemaakt zijn na het moment waarop een inwoner in de gemeente is komen wonen.
- Artikel 40 Participatiewet is van toepassing. Er kan alleen een financiële tegemoetkoming aangevraagd worden voor het jaar waarin iemand inwoner van de BMW-gemeenten is.
- De oude regeling loopt definitief ten einde op 31 december 2017. Aanvragen voor deze oude regeling dienen uiterlijk 31 december 2018 ingediend te zijn.
- De nieuwe regeling gaat met terugwerkende kracht in op 1 januari 2018. De regeling eindigt op 31 december 2018. Aanvragen kunnen tot 31 december 2019 ingediend worden over het jaar 2019. De gemeente zal per inwoner die het volledig eigen risico heeft verbruikt € 265,- compenseren.

De nieuwe regeling zal in het elektronisch gemeenteblad gepubliceerd worden.

Financiering van de financiële tegemoetkoming:

Uitgaande van 1.100 inwoners die gebruik maken van de regeling zijn de kosten hiervoor €291.500,- exclusief uitvoeringskosten. Doordat de uitvoering eenvoudiger wordt wanneer er met een vaste vergoeding gewerkt wordt en met 1 declaratie per jaar, worden de uitvoeringskosten geschat op € 40.000,- per jaar. Dit betekent dat er voor deze regeling in totaal € 331.500,- nodig zal zijn. Voor 2018 is er in de structurele begroting echter maar € 148.500,- opgenomen voor gebruik en uitvoeringskosten van de regeling.

Aangezien de huidige financiële kaders onvoldoende ruimte geven voor deze (aangepaste) regeling wordt de regeling voor 1 jaar vastgesteld waardoor de middelen kunnen worden onttrokken aan de reserve sociaal domein. Dit betekent dat in het najaar 2018 opnieuw gekeken moet worden naar het vervolg in 2019 en bestaat de kans dat de regeling dan wederom gewijzigd moet worden. Dit houdt in dat de cliëntenraad wel weer mee kan denken over een gewijzigde regeling en hiermee komen wij aan hun wens tegemoet.

Communicatie

Zodra de colleges akkoord gegaan zijn met het wijzigen van de regeling en de Raden besloten hebben de benodigde extra middelen ten laste te brengen van het sociaal domein, zal er een persbericht uit dienen te gaan waarin aangegeven wordt hoe de nieuwe regeling er uit ziet en tot wanneer mensen hun aanvragen in kunnen dienen. Daarnaast zal Werkplein Ability in haar communicatie richting de burgers de nieuwe regeling onder de aandacht brengen.

De nieuwe regeling dient daarnaast op wetten.nl gepubliceerd te worden. De jurist zal zorgen voor het beschikbaar stellen van de nieuwe regeling via overheid.nl, waardoor deze regeling zichtbaar wordt op wetten.nl