

MEMO

Onderwerp : Regeling Financiële tegemoetkoming eigen risico zorgkosten Het Hogeland

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 bedroeg in 2018 € 8,2 miljoen (virtueel € 824.000 WTCG/CER-budget) In 2019 is de IUSD opgenomen in de algemene uitkering. 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 gemeente Het Hogeland 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.*
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 gemeente Het Hogeland ondersteunt 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.

¹ Deze fiscale aftrek is nog steeds mogelijk.

Binnen de gemeente Het Hogeland is er voor gekozen dat inwoners met een laag inkomen in ieder geval tot 1 januari 2020 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 dekking 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 BMWG 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.

De belangrijkste bevindingen van de evaluatie onder klanten, de cliëntenraad Werk en Inkomen, de Wmo-adviesraden en de uitvoeringsorganisatie Werkplein Ability staan hieronder puntsgewijs aangegeven:

- Zowel klanten, de cliëntenraad en adviesraad als Werkplein Ability zijn tevreden over het verkrijgen van een compensatie, maar vinden een trapsgewijze compensatie erg ingewikkeld. Hierdoor lopen ook de uitvoeringskosten op.
- Klanten, de cliëntenraad Werk en Inkomen en Werkplein Ability zijn 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.
- De regeling 2016-2017 is volgens de cliëntenraad Werk en Inkomen ongunstig 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 klanten, de cliëntenraad, de Wmo-adviesraad en Werkplein Ability gaven allen aan dat inwoners die meerdere jaren op rij hun eigen risico 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 klanten, de wmo-adviesraad en de uitvoeringsorganisatie zouden 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.
- De cliëntenraad Werk en Inkomen zou graag een volledige vergoeding van het eigen risico zien.

De belangrijkste bevindingen uit literatuuronderzoek staan hieronder weergegeven:

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.²

Evaluatie Financiën

De uitgaven voor 2018 waren geraamd op 331.500 (inclusief 40.000 uitvoeringskosten). De in 2018 uitbetaalde Compensatie Eigen Risico bedroeg € 344.525. Hiervan heeft € 103.085 betrekken op het zorgverzekeringsjaar 2018. In 2018 is als gevolg van het zogeheten 'na-ijl-effect' nog € 241.440 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.

Conclusie

Op basis van de bevindingen van klanten, de cliëntenraad, de wmo-adviesraden, Werkplein Ability en de uitkomsten van meerdere landelijke onderzoeken is in 2018 besloten om de financiële tegemoetkoming voor chronisch zieken in gewijzigde vorm voort te zetten en hiermee zorgmijding te voorkomen en te zorgen voor toegankelijkheid van de zorg voor inwoners met een laag inkomen en hoge zorgkosten.

Er zijn meerdere scenario's uitgewerkt waarbij diverse drempelbedragen zijn gehanteerd. Ook is er een scenario uitgewerkt waarbij alle minima volledig gecompenseerd werden voor het gebruik van het eigen risico, ook als niet het volledig eigen risico opgebruikt was.

Op basis van alle uitgewerkte scenario's is in 2018 de keuze gemaakt om inwoners die het volledig eigen risico hebben opgemaakt en een inkomen hebben tot en met 120% van de bijstandsnorm te compenseren. Tevens is de keuze gemaakt 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. Het drempelbedrag is op 120 euro gezet. Hierdoor houden we de zorg betaalbaar voor inwoners met hoge zorgkosten en doorkruisen we het landelijk beleid niet.

De regeling was voor 2018 als volgt:

- 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 de bijstandsnorm hebben recht op een financiële tegemoetkoming. Inwoners met een draagkracht boven deze grens hebben geen recht op een tegemoetkoming.

² Davis en Ballreich (2014)

- Er geldt geen vermogenstoets bij deze regeling.
- Peildatum is 1 januari van het betreffende zorgjaar.³
- Aanvraag dient voor 31 december van het daaropvolgende jaar binnen te zijn.
- 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.

Financiering van de financiële tegemoetkoming:

Doordat de uitvoering eenvoudiger wordt wanneer er met een vaste vergoeding gewerkt wordt en met 1 declaratie per jaar, waren de uitvoeringskosten geschat op € 40.000,- per jaar. Op basis van het aantal aanvragen in voorgaande jaren is er een schatting gemaakt van het aantal inwoners dat een aanvraag zou kunnen doen voor 2018 onder de nieuwe regeling. Er is uitgegaan van 1100 aanvragen over zorgjaar 2018. De totale kosten voor deze regeling over zorgjaar 2018 werden hierdoor geschat op € 331.500,-. Voor 2018 was er in de structurele begroting echter maar € 148.500,- opgenomen voor gebruik en uitvoeringskosten van de regeling. Omdat de toenmalige financiële kaders onvoldoende ruimte gaven voor deze (aangepaste) regeling is de regeling voor 1 jaar vastgesteld waardoor de middelen konden worden onttrokken aan de reserve sociaal domein. De raden zijn op 29 en 31 mei 2018 akkoord gegaan met deze regeling.

Daadwerkelijk gebruik 2018

Tot op heden hebben 389 inwoners een aanvraag voor compensatie ingediend voor zorgjaar 2018. In 2019 (tot en met 12 februari 2019) is aan 103 inwoners de compensatie voor zorgjaar 2018 uitbetaald. Op basis van de huidige uitbetalingen en het aantal aanvragers die over de jaren 2016 en 2017 wel een aanvraag tot compensatie hebben ingediend en waarvan wij voor het zorgjaar 2018 nog geen aanvraag hebben ontvangen, is de verwachting dat in totaal 800 inwoners gebruik zullen maken van de regeling 2018. Uitgaande van 800 aanvragen aangaande de CER 2019 bedragen de kosten € 212.000. Naar de huidige inzichten zal de helft van de te compenseren bedragen in 2019 worden betaald. De andere helft wordt als gevolg van het na-ijleffect betaald in 2020. In de begroting is een structureel budget opgenomen van € 108,500 voor de regeling.

Het na-ijleffect aangaande de CER2018 bedraagt € 109.000. Hiervoor is thans geen budget in de begroting opgenomen.

Advies voor 2019

³ 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.

In de maanden augustus tot en met december 2018 hebben de toenmalige wethouders sociaal domein geprobeerd de regeling 2018 nog met 1 jaar te verlengen. Redenen hiervoor waren de volgende:

- Zorgmijding dient voorkomen te worden
- Minima met hoge zorgkosten willen wij ondersteunen, dit past binnen de visie van zowel de Wmo als Participatie
- Door de regeling nog 1 jaar voort te zetten, bieden wij onze inwoners continuïteit in dienstverlening
- Het armoede- en minimabeleid wordt in 2019 geëvalueerd en aangepast. Het nieuwe beleid zal ingaan per 1 januari 2020. Het is gewenst de evaluatie en wijziging van deze regeling financiële compensatie eigen risico zorgkosten hierin mee te nemen
- Door de huidige regeling nog 1 jaar voort te zetten zorgen wij voor een soepele overgang tussen de huidige compensatie aan onze minima met hoge zorgkosten en de nieuwe regelingen die vanaf 2020 zullen gaan gelden.

In 2018 is echter geen oplossing gevonden voor het budgettaire probleem om deze regeling in 2019 te kunnen financieren.

In december 2018 is er aan onze inwoners gecommuniceerd dat de regeling per 31 december 2018 af zou lopen, omdat er geen budget was om de regeling voort te zetten. Naar aanleiding van dit bericht heeft de Clientenraad Werk en Inkomen een ongevraagd advies aan de toenmalige wethouders sociaal domein gezonden, waarin zij aangeven dat zij graag willen dat de regeling wel in 2019 voortgezet wordt.

Op basis van zowel de wens van de clientenraad Werk en Inkomen en de inhoudelijke argumenten om de regeling nog met 1 jaar te verlengen, wordt geadviseerd voor 2019 een zelfde regeling financiële tegemoetkoming te hanteren als in 2018 het geval was en deze vast te laten stellen door het college. Deze nieuw vast te stellen regeling zal met terugwerkende kracht in dienen te gaan op 1 januari 2019 en moeten eindigen op 31 december 2019. De naam van deze regeling wordt als volgt: 'Beleidsregel financiële tegemoetkoming eigen risico zorgkosten Het Hogeland', omdat de voormalige BMW-gemeenten in deze nieuwe gemeente zijn opgegaan. Voorgesteld wordt de regeling te dekken uit de algemene reserve tenzij er nog middelen resteren in de reserve Sociaal Domein ultimo 2018.

Communicatie

Zodra het college akkoord gegaan is met vaststellen van de regeling en de Raad besloten heeft de benodigde extra middelen beschikbaar te stellen vanuit de reserves, zal er een persbericht uit dienen te gaan waarin aangegeven wordt dat er ook een regeling financiële compensatie eigen risico zorgkosten voor het jaar 2019 van kracht is die inhoudelijk gelijk is aan de regeling die voor het jaar 2018 van kracht was. In het persbericht dient aangegeven te worden waar inwoners hun aanvraag in kunnen dienen en tot wanneer. Daarnaast zal Werkplein Ability in haar communicatie richting de burgers de nieuwe regeling onder de aandacht brengen.

De regeling dient 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