

Beleidsnota Financiële tegemoetkoming in de
ziektekosten

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Hoofdstuk 1 Inleiding	3
Hoofdstuk 2 De regelingen	4
2.1 De Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg)	4
2.2. Compensatie Eigen Risico (CER)	4
2.3 Fiscale regeling specifieke zorgkosten	4
2.4 Korting op eigen bijdrage extramurale zorg	5
2.5 Afschaffen Wtcg en CER	5
Hoofdstuk 3 Scenario's	6
3.1 Financiële tegemoetkoming vanuit de Wmo	6
3.2 Een verlaging van de eigen bijdrage voor Wmo voorzieningen	7
3.3 Collectieve aanvullende zorgverzekering	8
3.3.1 Het Eigen Risico	8
3.3.2 Tijdsbestek	9
3.4 Bijzondere Bijstand	9
3.4.1 Bijzondere Bijstand op basis van groepskenmerken	9
3.5 Stapeling inkomenseffecten	10
Hoofdstuk 4 Voorstel	11
4.1 Bijzondere Bijstand voor de premie aanvullende ziektekostenverzekering	11
4.2 Bijzondere Bijstand tegemoetkoming compensatie eigen risico	12
4.3 Vaststellen financiële draagkracht	12
4.4 Aanvraagtermijn	13
Hoofdstuk 5 Budget en kosten	14
5.1 Budget	14
Hoofdstuk 6 Uitvoering van de regeling	16
6.1 Directe benadering	16
6.2 Publicatie	16
6.3 Beleidsregels	16
6.4 Evaluatie	16

Hoofdstuk 1 Inleiding

De rijksoverheid is gestopt met de "Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten" (Wtcg) en de "Regeling Compensatie Eigen Risico (CER)". Deze regelgeving is met terugwerkende kracht per 1 januari 2014 afgeschaft omdat de Wtcg en de CER niet werkten zoals bedoeld was. Het rijk vond deze regelingen te ongericht. Er bestond geen directe link tussen inkomstenoverdrachten en werkelijk gemaakte kosten. Uit onderzoek bleek dat de tegemoetkoming soms bij mensen terecht kwam die het niet nodig hebben, maar ook dat mensen die het wél nodig hebben er juist geen aanspraak op kunnen maken. Tegelijk met de afschaffing van de Wtcg en CER is bepaald dat de gemeenten deze taken moeten overnemen. De gemeenten zouden, als overheidslaag, die het dichtst bij de burger staat, de relatie tussen de werkelijke kosten die de burger maakt en een mogelijke vergoeding wel kunnen realiseren. Het rijk stelt daarvoor een budget beschikbaar, maar bezuinigt hier wel eerst op. Het met de afschaffing van de Wtcg en CER gemoeide budget is, onder een gelijktijdige bezuiniging van circa 50% overgedragen aan de gemeenten.

Voor het jaar 2014 is gekozen voor een eenmalige oplossing via de individuele Bijzondere Bijstand. Voor 2015 en verder moet nog een regeling worden vastgesteld.

In de voorliggende beleidsnota wordt de uitwerking van deze regeling aan u voorgelegd. In hoofdstuk 2 worden eerst de verschillende regelingen toegelicht. In hoofdstuk 3 wordt aan de hand van een viertal scenario's getoond hoe de regeling er uit kan komen te zien. Dit leidt tot een voorstel voor een scenario in hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de kosten en het beschikbare budget. Tot slot wordt in hoofdstuk 6 stil gestaan bij de uitvoering van de regeling.

Hoofdstuk 2 De regelingen

In dit hoofdstuk wordt een korte beschrijving gegeven van de regelingen zoals deze bestonden en wordt inzichtelijk gemaakt welke mogelijkheden er zijn invulling te geven aan deze regelingen.

2.1 De Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg)

De Wtcg bestaat uit een algemene tegemoetkoming en vormt de grondslag voor een tegemoetkoming voor gedeeltelijke arbeidsongeschikten. Mensen met een chronische ziekte of een handicap kregen via de Wtcg een algemene tegemoetkoming voor extra kosten die gerelateerd zijn aan hun aandoening. Het CAK beoordeelde aan de hand van inkomen, leeftijd en zorggebruik of de burger recht had op de tegemoetkoming en betaalde deze automatisch uit. Er wordt onderscheid gemaakt tussen een hoge en lage tegemoetkoming voor mensen jonger dan 65 jaar en vanaf 65 jaar en ouder.

	Jonger dan 65 jaar	65 jaar en ouder
Hoge tegemoetkoming	€ 494,-	€ 346,-
Lage tegemoetkoming	€ 296,-	€ 148,-

Vanaf 2012 is de Wtcg inkomensafhankelijk. Vanaf dat moment komen alleen alleenstaanden met een inkomen tot € 24.570, - en (echt)paren met een inkomen tot € 35.100, - met extra kosten als gevolg van hun aandoening nog in aanmerking voor een tegemoetkoming vanuit de Wtcg.

De regeling is met ingang van 1 januari 2014 afgeschaft. Voor 2013 was met de tegemoetkoming een bedrag van € 350 miljoen gemeoid. De Wtcg over het jaar 2013 is voor het laatst eind 2014 uitgekeerd. Dit komt omdat de Wtcg altijd een jaar na het jaar dat de rechten zijn opgebouwd, wordt uitgekeerd. Over het jaar 2012 ontvingen 2.348 inwoners in Olst-Wijhe een bijdrage op grond van de Wtcg.

2.2. Compensatie Eigen Risico (CER)

Voor de zorgverzekering gold in 2013 een verplicht eigen risico van € 350, -. Burgers met hoge zorgkosten betalen vaak het volledig eigen risico van de zorgverzekering. Burgers waarvan verwacht werd dat zij als gevolg van hun chronische aandoening jaar in jaar uit hun eigen risico vol maakten ontvingen een CER. Door de CER kregen burgers een geldbedrag ter gedeeltelijke compensatie van het verplicht eigen risico. De CER 2013 was door het ministerie van VWS wettelijk en uniform vastgesteld op € 99, - per persoon per jaar. De CER staat los van de algemene tegemoetkoming vanuit de Wtcg en is NIET inkomensafhankelijk. De CER is met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2014 afgeschaft. Dit betekent dat in 2013 de CER voor de laatste keer is uitgekeerd. Over dat jaar ontvingen 2.509 personen uit Olst-Wijhe de bijdrage.

Voor het jaar 2014 zijn door het college eenmalige beleidsregels CER 2014 vastgesteld. De bijdrage is vastgesteld op € 100, - per persoon.

2.3 Fiscale regeling specifieke zorgkosten

Belastingplichtigen mogen bepaalde drukkende uitgaven voor ziektekosten (de specifieke zorgkosten) van de inkomstenbelasting aftrekken, mits deze kosten voortkomen uit ziekte of een beperking. Er moet sprake zijn van door de belastingplichtige zelf betaalde uitgaven. Uitgaven voor een rolstoel, scootmobiel en woningaanpassingen zijn per 1 januari 2014 niet meer aftrekbaar. Deze voorzieningen kunnen op grond van de Wmo worden verstrekt.

2.4 Korting op eigen bijdrage extramurale zorg

Gemeenten kunnen een eigen bijdrage vragen voor een voorziening vanuit de Wmo. De hoogte van de eigen bijdrage voor een individuele voorziening en extramurale AWBZ zorg is afhankelijk van het inkomen en vermogen, het huishouden en de leeftijd van de desbetreffende persoon. Iedereen die een eigen bijdrage voor zorg thuis (extramuraal) betaalt, krijgt automatisch een korting van 33 procent op de te betalen eigen bijdrage. Deze korting is per 1 januari 2015 komen te vervallen.

2.5 Afschaffen Wtcg en CER

De Wtcg en de CER zijn afgeschaft omdat het doel, mensen met een chronische ziekte en/of beperking gerichte compensatie te bieden voor meerkosten van zorggebruik, niet gehaald werd. Enerzijds werd de Wtcg en CER-tegemoetkomingen uitgekeerd aan mensen die geen of weinig meerkosten van zorggebruik hadden. Anderzijds kreeg een deel van de mensen die meerkosten van zorggebruik hadden, de Wtcg en CER-tegemoetkomingen niet uitgekeerd.

De budgetten die voorheen voor Wtcg en CER bestemd waren, zijn overgeheveld naar het sociaal deelfonds van het Gemeentefonds. Dit gaat gepaard met een forse bezuiniging: er wordt een korting toegepast. Gemeenten hebben dus een kleiner budget om mensen met een chronische ziekte en/of beperking te compenseren voor meerkosten dan het Rijk voorheen had.

Het budget (inclusief uitvoeringskosten) voor dit gemeentelijk maatwerk is:

- in 2014 € 45 miljoen,
- in 2015 € 216 miljoen
- in 2016: € 266 miljoen en
- vanaf 2017 structureel 268 miljoen.

Het bedrag voor 2014 is lager omdat in 2014 de Wtcg-tegemoetkoming over 2013 nog uitgekeerd werd door het CAK. In 2014 kan dus nog geen bijdrage voor de Wtcg bij de gemeente worden aangevraagd. De bedoeling van het gemeentelijk maatwerk voor personen met een chronische ziekte en/of beperking om de meerkosten die mensen met een chronische ziekte en/of beperking hebben te compenseren. Het gaat er dus om dat de financiële compensatie bij de mensen terecht komt die deze meerkosten ook daadwerkelijk hebben.

Hoofdstuk 3 Scenario's

Bij de ontwikkeling van beleid voor financiële ondersteuning van personen met een chronische ziekte en/of beperking kan de gemeente aansluiten bij de wettelijke kaders van de Wmo en/of de Bijzondere Bijstand. Aansluiten bij bestaand beleid heeft als voordeel dat de beleidskaders houvast bieden bij de vormgeving van het beleid, de inpassing in de organisatie en de communicatie richting de burger.

In de (landelijke) handreiking gemeentelijk maatwerk voor personen met een chronische ziekte en/of beperking zijn vier mogelijke opties opgenomen die binnen de beleidskaders van Bijzondere Bijstand of Wmo uitgewerkt kunnen worden.

1. Een financiële tegemoetkoming vanuit de Wmo
2. Een verlaging van de eigen bijdrage voor Wmo voorzieningen
3. Een collectieve aanvullende zorgverzekering
4. Bijzondere Bijstand

3.1 Financiële tegemoetkoming vanuit de Wmo

De regering heeft bij het wetsvoorstel waarmee de Wtcg en CER worden afgeschaft een nota van wijziging ingediend waarmee wordt voorgesteld aan de Wmo een bepaling toe te voegen opdat het voor gemeenten mogelijk wordt gericht een financiële tegemoetkoming (al dan niet in de vorm van een forfaitaire vergoeding) te verstrekken aan personen met chronische ziekte en/of beperking die aannemelijke meerkosten hebben. De gemeenteraad bepaalt in de verordening of en zo ja in welke gevallen en in welke mate het college een tegemoetkoming dient te verstrekken. De gemeentelijke tegemoetkoming vanuit de Wmo kan ook worden gegeven aan personen met een inkomen boven het netto sociaal minimum, het is dus aan de gemeenteraad om hier ook inkomenscriteria te benoemen.

In de Wmo verordening gemeente Olst-Wijhe is artikel 19 Financiële tegemoetkoming meerkosten opgenomen;

1. Het college kan ter ondersteuning van de zelfredzaamheid en participatie een financiële tegemoetkoming verstrekken aan personen die als gevolg van een beperking of chronisch psychische of psychosociaal probleem aantoonbare of aannemelijke meerkosten hebben.
2. Er bestaat geen aanspraak op een vergoeding van de meerkosten, als bedoeld in het eerste lid, voor zover met betrekking tot de problematiek die in het gegeven geval aanleiding geeft voor de noodzaak tot ondersteuning, een voorziening op grond van een andere wettelijke bepaling bestaat.
3. Het college kan nadere regels vaststellen over de gevallen waarin een tegemoetkoming kan worden verstrekt, de hoogte en de wijze van verstrekking van de tegemoetkoming.

In de toelichting op artikel 19 is hierover het volgende opgenomen;

Het eerste lid van dit artikel heeft betrekking op de afschaffing van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken (Wtcg). De tegemoetkoming als bedoeld in het eerste lid kan op aanvraag worden verstrekt. De beslissing op een dergelijke aanvraag is een beschikking.

Daarnaast gold onder de Wmo een aantal financiële tegemoetkomingen, bijvoorbeeld de verhuiskostenvergoeding, die niet ongewijzigd voortgezet kunnen worden onder de Wmo 2015, maar waarvan de gemeente Olst-Wijhe vindt dat zij gehandhaafd moeten worden. Het college kan naast de genoemde tegemoetkomingen meer tegemoetkomingen in nadere regels opnemen, en zal daarin zo nodig aangeven op welke wijze de afstemming met de Bijzondere Bijstand plaatsvindt (lid 3).

De gemeente is dus vrij om te bepalen hoe en aan wie een financiële tegemoetkoming op grond van de Wmo wordt verstrekt. De gemeente kan hierbij inkomensgrenzen en draagkrachtregels hanteren die afwijken van de Bijzondere Bijstand. Ook moet de doelgroep worden bepaald. Voorts zal de gemeente moeten bepalen voor welke meerkosten zij een tegemoetkoming wil verstrekken. Om te bepalen of het aannemelijk is dat mensen meerkosten hebben, is het nodig dat aanvragers beoordeeld worden op basis van vooraf gestelde criteria. Gemeenten bepalen ook de wijze waarop de financiële tegemoetkoming wordt

gegeven. Dit kan zowel in de vorm van een financiële vergoeding voor daadwerkelijk gemaakte meerkosten als in de vorm van een forfaitaire vergoeding voor aanneembare meerkosten. Hierbij wordt wel opgemerkt dat het hierbij niet om een bijstands-achtige invulling kan gaan. Immers: de Wmo is geen wet die geformuleerd is op de wijze van de bijstandswetgeving. Als dat de bedoeling van de wetgever was geweest had de wetgever de Wmo beter direct onder de Participatiewet kunnen laten vallen. Dat is bewust niet gebeurd: voor de Wmo wordt geen inkomenstoets uitgevoerd: de wetgever heeft er bewust voor gekozen deze mogelijkheid niet op te nemen. Dat betekent dat ook personen met een inkomen boven minimumniveau voor deze tegemoetkoming in aanmerking moeten kunnen komen. Dit betekent dat er voor een systeem gekozen zal moeten worden met aanmelding, bewijsvoering, onderzoek en toekenning dat geen relatie heeft met de Participatiewet.

Gemeenten moeten vooraf bepalen wie en in welke mate in aanmerking komt voor de financiële tegemoetkoming. De meerkosten moeten in directe samenhang staan met de ziekte of handicap en niet via een regeling voor vergoeding in aanmerking komen. Te denken valt bijvoorbeeld aan dieetkosten, voorgeschreven medicijnen voor eigen rekening, hulpmiddelen, geneeskundige hulp, bezorgkosten van boodschappen. Maar ook verborgen kosten als waskosten, beddengoed, reiskosten, kleding en energiekosten. Deze meerkosten moeten dan telkens in het individuele geval worden vastgesteld. Voorkomen moet worden dat de vaststelling loopt via een (extern) medisch advies, dit brengt extra uitvoeringskosten met zich mee.

Omdat dit een nieuw onderdeel is dat door de gemeente wordt uitgevoerd zal het niet onwaarschijnlijk zijn dat de eerste jaren aanpassing van deze lijst noodzakelijk kan zijn.

Het op deze wijze vormgeven van de regeling brengt hoge uitvoeringskosten en hoge administratieve lasten voor de burger met zich mee. Daarbij komt dat het gaat om al weer een nieuwe regeling, in de wirwar van de al bestaande regelingen. Een voordeel kan zijn dat de drempel voor de burger om een bijdrage in het kader van de Wmo te vragen minder groot is dan dat bijvoorbeeld het geval is bij Bijzondere Bijstand.

3.2 Een verlaging van de eigen bijdrage voor Wmo voorzieningen

Gemeenten kunnen besluiten om vanaf 2015 niet de maximaal mogelijke eigen bijdrage te vragen, maar een lagere eigen bijdrage waaronder een lagere kostprijs door te geven aan het CAK voor een individuele voorziening/maatwerkvoorziening.

Deze optie heeft als voordeel dat er lage uitvoeringskosten zijn. Maar deze optie heeft alleen effect voor burgers met een Wmo-voorziening waarvoor de gemeente een eigen bijdrage vraagt. Er is dan geen sprake van een direct relatie met meerkosten en dus geen maatwerk, hier komt bij dat er een lagere compensatie is voor burgers met een lagere eigen bijdrage dan voor burgers met een hogere eigen bijdrage. De bijdrage wordt inkomensafhankelijk vastgesteld. Daarnaast worden de burgers die voorheen recht hadden op compensatie vanuit de Wtcg en CER zonder Wmo voorzieningen niet gecompenseerd. Zoals bekend is de Wmo per 1 januari 2015 een maatwerk voorziening, er wordt eerst gekeken naar de eigen kracht van burgers alvorens een voorziening wordt ingezet. Het kan dus zo zijn dat inwoners met een chronische ziekte geen voorziening vanuit de Wmo ontvangen omdat zij zelf voor een oplossing kunnen zorgdragen.

Overigens is in ons minimabeleid opgenomen dat voor de eigen bijdrage van het CAK, die opgelegd wordt voor een aantal Wmo voorzieningen, Bijzondere Bijstand kan worden verstrekt.

3.3 Collectieve aanvullende zorgverzekering

De gemeente biedt burgers met een minimuminkomen (110% van de bijstandsnorm) toegang tot een collectieve basisverzekering en een collectieve aanvullende zorgverzekering; het Pluspakket en Tandplus pakket van Salland Zorgverzekeringen. Salland verzekeringen biedt een premiekorting van 6,5 % op de basisverzekering, daarnaast geven zij 12% korting op de premie voor de aanvullende verzekering. De gemeente geeft hierop ook een premiekorting van 19,35%. Naast dit premievoordeel zijn er geen extra vergoedingen. Het aantal deelnemers is stabiel te noemen, jaarlijks tussen de 153 en 159 deelnemers.

Deze regeling zou kunnen worden uitgebreid met een aanvullend pakket waarin de veelvoorkomende meerkosten van chronisch zieken en gehandicapten gedekt worden. Zowel de directe kosten als het eigen risico zou dan kunnen worden opgenomen in de collectiviteit. Dit geldt ook voor een deel van de verborgen kosten, zoals reiskosten en waskosten, maar waarschijnlijk niet voor meerkosten voor energie en ict/telefonie. Een vorm van indicatie door huisarts, GGD arts of de wijkverpleegkundige is noodzakelijk om ondoelmatig zorggebruik tegen te gaan.

Het belangrijkste voordeel van deze optie is dat de aanvullende zorgverzekering als eerste wordt aangesproken voordat de meerkosten in aanmerking komen voor vergoeding door de gemeente. Bovendien brengt deze optie geen extra administratieve lasten voor burgers en gemeente met zich mee: claimbeoordeling en afhandeling van declaraties al dan niet rechtstreeks vanuit de zorgverlener, vindt immers plaats door de zorgverzekeraar.

De gemeente heeft vrijheid in het bepalen van de inkomensgrens, deze grens was gesteld op 110% maar is met de inwerkingtreding van de wet Maatregelen Wet werk en bijstand losgelaten. De grens is voor Olst-Wijhe nog steeds 110%.

Een nadeel is dat niet alle typen meerkosten kunnen worden meegenomen in het aanvullende pakket. Het belangrijkste nadeel is dat het onderbrengen van deze regeling bij de collectieve verzekering een beperkte keuzevrijheid aan onze burgers geeft. Zij moeten kiezen voor de verzekeraar waarmee de gemeente een contract afsluit.

Zorgverzekeraars bieden veel verschillende typen aanvullende verzekeringen gebaseerd op verschillende kenmerken. Zo kent Salland verzekeringen al vier verschillende aanvullende verzekeringen; elk gericht op een andere doelgroep; fysiotherapie, vrouwen (in vruchtbare leeftijd), alternatieve geneeswijzen, enzovoorts.

Een andere zorgverzekeraar (Menzis) kent zes aanvullende verzekeringen met misschien net weer een ander accent. Het spreekt voor zich dat het juist voor chronisch zieken de moeite loont om een zorgverzekeraar en aanvullende verzekering te kiezen die het meest past bij zijn of haar persoonlijke situatie. Bijvoorbeeld een extra vergoeding voor fysiotherapie of juist alternatieve hulpverlening.

De gemeente moet onderhandelen met de zorgverzekeraars over de vergoedingen en premie.

Het is niet uit te sluiten dat er dan alsnog burgers kiezen voor een andere (beter bij de eigen individuele situatie passende) zorgverzekering. De gemeente kan en mag burgers niet verplichten een verzekering af te sluiten bij een bepaalde aanbieder, in ons geval Salland Verzekeringen.

3.3.1 Het Eigen Risico

Het eigen risico zorgt voor veel betalingsproblemen bij mensen met een laag inkomen. Bovendien kan het eigen risico leiden tot zorgmijding. Mensen gaan bijvoorbeeld minder snel naar de apotheek als ze bang zijn dat het geld gaat kosten. Door een regeling te treffen voor het eigen risico, verminder je zowel wanbetaling als zorgmeiding.

Overigens blijkt uit een publicatie van adviesbureau BS&F¹ dat in de collectieve verzekeringen meestal kan worden gekozen uit drie pakketten. In het meest uitgebreide pakket is dan vaak het eigen risico volledig meeverzekerd. Daar staat dan een premieverhoging van € 300,- tot € 360,- per jaar tegenover. Dit komt bijna neer op het afkopen van het eigen risico in plaats van het verzekeren van het eigen risico.

Overigens is Salland verzekeringen bezig met het ontwikkelen van een nieuwe module aanvullend op de bestaande collectieve verzekering. Zij doen dit aanbod aan de gemeenten Olst-Wijhe, Deventer, Voorst, Raalte, Rijssen-Holtten, Lochem en Hellendoorn. Het aanbod moet nog verder worden uitgewerkt, zo is op

¹ Sprank 27 augustus 2015 blz 27.

dit moment (1 september 2015) nog niets bekend over de hoogte van de premie en de exacte inhoud van de pakketten.

Salland verzekeringen wil bovenop de aanvullende verzekering een zogenoemde Max Module aanbieden. Via deze module worden een aantal vergoedingen in de aanvullende verzekering opgehoogd tot 100%. Dit moet dan bekostigd vanuit de Wtcg/CER gelden. Daarnaast willen zij in de collectieve verzekering de mogelijkheid bieden het wettelijk verplicht eigen risico af te kopen. De afkoop dient dan door de gemeente te worden bekostigd. Daarnaast blijft de premiekorting zoals deze nu geldt voor de aanvullende zorgverzekering en de aanvullende tandartsverzekering. De afzonderlijke gemeenten kunnen er voor kiezen een of meerdere modules wel of niet af te nemen. De inhoud van de modules is dan wel voor alle gemeenten gelijk.

3.3.2 Tijdsbestek.

Na besluitvorming, in december 2015, is het tijdsbestek erg kort om over te stappen van verzekeraar. Immers de oude verzekering basispolis en aanvullende verzekering opzeggen kan tot en met 31 december van elk jaar. Een nieuwe basispolis moet worden afgesloten voor 1 februari van elk jaar. Voor de huidige deelnemers aan de collectieve verzekering zal dit geen probleem vormen maar voor nu nog elders verzekerden lijkt het tijdsbestek te kort om goede voorlichting te geven en alles administratief geregeld te krijgen. Deze regeling kan dan vooreerst ingaan per 1 januari 2017. Als er aanleiding is om het beleid (de collectieve verzekering) aan te passen dan zal dit aan Het College worden voorgelegd.

3.4 Bijzondere Bijstand

Gemeenten kunnen individuele Bijzondere Bijstand verstrekken voor daadwerkelijk gemaakte en noodzakelijke kosten voortkomend uit bijzondere omstandigheden waar burgers niet zelf in kunnen voorzien. Individuele Bijzondere Bijstand kan daarom ook ingezet worden om chronisch zieken en gehandicapten met meerkosten te ondersteunen. Zo verstrekt de gemeente al Bijzondere Bijstand voor bijvoorbeeld dieetkosten of verborgen kosten zoals waskosten of kosten als gevolg van kledingslijtage. In deze gevallen wordt telkens op basis van de individuele situatie de noodzaak en de hoogte van de kosten vastgesteld. De gemeente heeft vrijheid bij het bepalen van de draagkrachtregels. Dat betekent dat mensen met een hoger inkomen dan een minimuminkomen ook in aanmerking kunnen komen voor individuele Bijzondere Bijstand. Nadeel van deze regeling is dat de kosten vooraf moeilijk beheersbaar zijn, er is geen zicht op het aantal aanvragen. Ook brengt deze individuele regeling hoge uitvoeringskosten en hoge administratieve lasten voor de burger met zich mee.

3.4.1 Bijzondere Bijstand op basis van groepskenmerken

Gemeenten maken gebruik van beleidsregels bij het verlenen van Bijzondere Bijstand. In beleidsregels legt de gemeente vast welke uit bijzondere omstandigheden voortvloeiende kosten in aanmerking komen. Vaak hebben de beleidsregels betrekking hebben op kosten die niet specifiek zijn voor een bepaalde groep, zoals woonkosten, aanschafkosten van duurzame gebruiksartikelen, dieetvoeding en dergelijke. Maar in veel gevallen zijn de uit bijzondere omstandigheden voortvloeiende noodzakelijke kosten het gevolg van het feit dat de belanghebbende tot een bepaalde - op een minimuminkomen aangewezen - specifieke groep personen of huishoudens behoort. In dit verband kan bijvoorbeeld de groep mensen met een chronische ziekte en/of beperking binnen de verlening van de Bijzondere Bijstand als specifieke groep aangemerkt worden. Kosten waar deze groep mee te maken krijgt, zijn bijvoorbeeld de stapeling van allerlei kosten die direct of indirect met de ziekte of beperking te maken hebben. Te denken valt aan hulpmiddelen, extra uitgaven voor medicijnen et cetera. Door rekening te houden met het feit dat bij verschillende ziekten en beperkingen ook verschillende kosten behoren, kan de gemeente meer en beter maatwerk leveren. Naarmate ook de doelgroep verder wordt gespecificeerd, kan een gemeente die groep bedienen die ondersteuning het meest nodig heeft. Hieraan kleven wel dezelfde nadelen als bij het treffen van een voorziening binnen de Wmo; Gemeenten moeten vooraf bepalen wie en in welke mate in

aanmerking komt voor de financiële tegemoetkoming. De meerkosten moeten dan telkens in het individuele geval worden vastgesteld. Voorkomen moet worden dat de vaststelling loopt via een (extern) medisch advies, dit brengt extra uitvoeringskosten met zich mee.

Op grond van de huidige beleidsregels Bijzondere Bijstand kan Bijzondere Bijstand worden verstrekt voor een gedeelte van de kosten van de premie voor de aanvullende ziektekostenverzekering. De bijdrage is nu vastgesteld op maximaal € 100, - per verzekerde per jaar. Het moet gaan om daadwerkelijk gemaakte kosten, aan te tonen middels de verzekeringspolis. Dit brengt minder administratieve lasten met zich mee. De noodzaak is al door de gemeente vastgesteld. Voor deelnemers aan de collectieve verzekering wordt de bijdrage automatisch toegekend, de gegevens zijn immers al bij ons bekend.

Voor het jaar 2014 is een eenmalige regeling compensatie eigen risico vastgesteld. De verzekerde die het volledig eigen risico heeft opgebruikt komt in aanmerking voor een bijdrage op grond van de Bijzondere Bijstand. Het ligt in de lijn der verwachting dat chronisch zieken en gehandicapten dit eigen risico volledig opgebruiken. De inwoner hoeft niet in gesprek over de aard van zijn aandoening, aantonen van het volledig opgebruiken van het eigen risico geeft aan dat de verzekerde in dat jaar hoge zorgkosten heeft gehad. Deze regeling zou voor 2015 en verder kunnen worden voortgezet. Ook hier geldt dat het volstaat om een bewijs van het opgelegde eigen risico te overleggen.

Op basis van de geschetste scenario's kan geconcludeerd worden dat elk scenario (meer of minder) voor- en nadelen kent. Voor dat we op basis van de hiervoor geschetste mogelijkheden komen met een voorstel is het belangrijk nog in te gaan op een ander nog niet genoemd effect, namelijk de stapeling van inkomenseffecten.

3.5 Stapeling inkomenseffecten

Een nog niet aangeduid punt is de zogenoemde stapeling van inkomenseffecten. Het in het leven roepen van een nieuwe regeling, waarbij de bijdrage inkomensafhankelijk is, heeft een stapeling van inkomenseffecten als gevolg. Bij de vaststelling van de draagkracht op grond van de Bijzondere Bijstand wordt rekening gehouden met het inkomen dat meer bedraagt dan 110% van het sociaal minimum. Als daar een andere regeling naast komt te staan dan geldt daarvoor ook een inkomensgrens, deze worden dan afzonderlijk van elkaar berekend.

Rekenvoorbeeld

Echtpaar, jonger dan 65 jaar heeft een inkomen van € 1500, - netto per maand. Zij vragen Bijzondere Bijstand aan voor de kosten van huishoudelijke hulp, gebaseerd op drie uur per week voor een tarief van € 15, - per uur. Dit komt op € 2.340, - per jaar.

Daarnaast komen zij in aanmerking voor een bijdrage (fictief € 400, -) omdat mevrouw chronisch ziek is.

Op basis van de regeling Bijzondere Bijstand is er een netto draagkracht van € 78,73 per jaar.

Deze wordt op de te verstrekken Bijzondere Bijstand in mindering gebracht, zodat per jaar een bedrag van € 2.340, - + € 400, - minus € 78,73 = € 2.661,27 wordt uitbetaald. Als dit echtpaar later in het jaar Bijzondere Bijstand aanvraagt voor andere kosten wordt in dat jaar geen draagkracht meer in mindering gebracht.

Als er sprake is van twee afzonderlijke regelingen (Wmo en Bijzondere Bijstand), uitgaande van dezelfde inkomensgrenzen wordt in dit geval twee keer een draagkracht van € 78,73 dus € 157,46 in mindering gebracht.

Om een stapeling van inkomenseffecten te voorkomen lijkt het logisch de regeling onder te brengen bij een bestaande regeling met dezelfde inkomensgrenzen en geen nieuwe regeling op te stellen, zodat er niet opnieuw draagkracht wordt vastgesteld die feitelijk al is opgebruikt.

Hoofdstuk 4 Voorstel

In het op 12 mei 2014 vastgestelde coalitieakkoord 2014-2018 is aangaande het minimabeleid het volgende opgenomen; *De coalitie staat een hervorming van het huidige minimabeleid voor. Daarbij is uitgangspunt dat de gemeente extra inkomensondersteuning blijft bieden aan de meest kwetsbaren en aan kinderen tot 18 jaar, waardoor deze kunnen blijven deelnemen aan de samenleving. Een voorstel daarover komt in 2014. Door de inzet op preventie (bijvoorbeeld door onderliggende problemen aan te pakken, zoals schulden) beperkt de gemeente de afhankelijkheid van gemeentelijke inkomenssteun.*

Op basis van de in het vorige hoofdstuk uitgewerkte scenario's en rekening houdend met voornoemd coalitieakkoord wordt voorgesteld om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande regeling zoals die nu ook geldt in de Bijzondere Bijstand. Namelijk in de beleidsregels opnemen dat Bijzondere Bijstand kan worden verstrekt voor een gedeelte van de kosten voor de premie van een aanvullende ziektekostenverzekering en een vergoeding voor een gedeelte van de kosten van het eigen risico.

Het nadeel van administratieve lasten voor de burger wordt beperkt doordat wordt aangesloten bij een bestaande regeling. Het recht op deze bijdrage kan eenvoudig worden vastgesteld, op basis van de verzekeringspolis en de afrekening van het opgebruikte eigen risico. De burger hoeft niet in gesprek over zijn aandoening(en) en de meerkosten als gevolg daarvan hoeven niet te worden aangetoond. Ook kan eenvoudig tijdens een contact aan de burger gevraagd worden of men aanvullend verzekerd is en/of het eigen risico is opgebruikt. Op deze wijze kunnen de mogelijk rechthebbenden, ook via het toegangsteam actief benaderd worden.

Door een bijdrage in de premie voor een aanvullende ziektekostenverzekering te verstrekken is het ook voor inwoners met een laag inkomen mogelijk een (hogere) aanvullende verzekering af te sluiten. Hierdoor zijn zij beter verzekerd en worden minder eigen bijdragen opgelegd.

Bij de vaststelling van de Bijzondere Bijstand wordt één keer per twaalf maanden de financiële draagkracht vastgesteld en verrekend. Hiermee wordt een stapeling van inkomenseffecten voorkomen. Bij een nieuwe aanvraag binnen deze twaalf maanden kan worden volstaan met een verkorte aanvraag procedure.

Overigens kan deze regeling naast een collectieve verzekering blijven bestaan. Indien bijvoorbeeld het eigen risico wordt afgekocht dan is geen Bijzondere Bijstand nodig voor het eigen risico, deze hoeft immers niet te worden betaald.

Indien de gemeente in een later stadium besluit de al bestaande collectieve verzekering uit te breiden zullen niet alle inwoners deze regeling gaan gebruiken. Zoals gezegd is de keuze voor een polis sterk afhankelijk van de individuele situatie. De gemeente kan de inwoners niet verplichten een collectieve verzekering af te sluiten. Het is voor de gemeente niet reëel meerdere collectieve verzekeringen bij verschillende verzekeraars af te sluiten.

4.1 Bijzondere Bijstand voor de premie aanvullende ziektekostenverzekering

Voorgesteld wordt aan te sluiten bij de bestaande regeling Bijzondere Bijstand voor de premie aanvullende ziektekostenverzekering. Deze bedraagt tot op heden € 100,- per jaar per persoon.

Deze regeling geeft burgers de (financiële) mogelijkheid om een (uitgebreidere) aanvullende verzekering te kiezen. Op dit moment signaleren we dat er ook inwoners kiezen om niet aanvullend verzekerd te zijn omdat zij de premie niet meer kunnen betalen, dit is ook een landelijk signaal. Door deze mogelijkheden te vergroten is er ook een "preventieve" werking. Onze inwoners kunnen zich met de financiële bijdrage goed verzekeren en kunnen nu naar de (huis)arts en tandarts zonder bang te zijn voor hoge kosten. Door eerder naar een arts te stappen kan erger worden voorkomen.

Hiermee is deze regeling juist ook bedoeld voor die groep chronisch zieken en gehandicapten. Voor hen is het extra belangrijk zich goed aanvullend te verzekeren.

Hiervoor is het wel noodzakelijk dat men met deze bijdrage ook daadwerkelijk een afdoende aanvullende verzekering kan bekostigen. De ziektekostenverzekeraars bieden verschillende pakketten aan, in prijs variërend van € 5,85 per maand tot € 41,65 per maand. Daarnaast kent men verschillende tandartsverzekeringen variërend in prijs van € 9, - per maand tot € 41,60 per maand. Zoals al eerder is aangegeven hangt de pakketkeuze sterk af van de individuele situatie. Daarom wordt voorgesteld om de Bijzondere Bijstand vast te stellen op één maximum bedrag per jaar, hiermee heeft men maximale keuzevrijheid om een aanvullende verzekering naar wens te kiezen. De Bijzondere Bijstand wordt vastgesteld op de daadwerkelijk te betalen premie aanvullende ziektekosten verzekering en aanvullende tandartsverzekering tot een maximum bedrag van € 400, - per verzekerde (>18 jaar) per jaar. Deze regeling geldt ongeacht bij welke verzekeringsmaatschappij men verzekerd is.

4.2 Bijzondere Bijstand tegemoetkoming compensatie eigen risico

Voor de zorgverzekering geldt in 2015 een verplicht eigen risico van € 375, -. Dit eigen risico geldt voor verzekerden van 18 jaar of ouder die zorg gebruiken uit de basisverzekering. Het verplicht eigen risico is het bedrag dat je eerst zelf moet betalen voordat je voor vergoeding vanuit de basisverzekering in aanmerking komt. De overheid bepaalt ieder jaar de hoogte van dit bedrag. Voor 2015 is het verplicht eigen risico vastgesteld op € 375, -. Sinds de invoering van het eigen risico in 2009 is dit ieder jaar gestegen. Waar het eigen risico in 2009 nog € 155, - was, is het eigen risico in 2015 al € 375, -. Het zou dus goed kunnen dat het eigen risico voor de zorgverzekering 2016 ook omhoog gaat. Op dit moment is nog niets bekend over een eventuele stijging van het eigen risico in 2016.

Burgers met hoge zorgkosten betalen vaak het volledig eigen risico van de zorgverzekering. Hiermee komen zij dus steeds voor hogere kostenposten te staan. Met het vervallen van de CER in 2014 verdween ook de compensatie van € 99, -per persoon. Voorgesteld wordt om vanaf 2015 Bijzondere Bijstand te verstrekken voor een gedeelte van het eigen risico als het volledig eigen risico is opgebruikt. Hiermee wordt aangesloten bij de regeling zoals deze gold in de CER. Ook deze werd alleen uitgekeerd als het volledig eigen risico was opgebruikt. Voorgesteld wordt de bijdrage te verstrekken als het volledig eigen risico is opgebruikt en vast te stellen op € 200, - per verzekerde (>18 jaar) per jaar.

4.3 Vaststellen financiële draagkracht

Draagkracht is het gedeelte van het inkomen en vermogen dat de aanvrager bij een aanvraag voor Bijzondere Bijstand zelf moet inzetten. Als het inkomen op bijstandsniveau ligt, is er geen draagkracht aanwezig in het inkomen. Wanneer het inkomen de bijstandsnorm overstijgt, moet dat meerdere inkomen geheel of gedeeltelijk worden ingezet ter voldoening van deze kosten. Indien de aanvrager een inkomen hoger heeft dan 110% van de bijstandsnorm dan wordt er draagkracht berekend. Voorgesteld wordt om voor de bepaling van de netto draagkracht rekening te houden met een percentage van 10%. Dit is gelijk aan de huidige beleidsregels die gelden voor Bijzondere Bijstand voor kosten die verband houden met de bevordering naar een zelfstandige bestaansvoorziening en met de bevordering van het zelfstandig kunnen blijven functioneren van ouderen en gehandicapten:

- a. huishoudelijke hulp
- b. alarmering
- c. maaltijdvoorziening
- d. eigen bijdrage vervoersvoorzieningen op grond van de Wmo
- e. eigen bijdrage woningaanpassingen op grond van de Wmo

Voor wat betreft het vermogen wordt voorgesteld om ook hier aan te sluiten bij de al geldende beleidsregel dat het vermogen gebonden in de vorm van een voor eigen bewoning bestemde woning niet in aanmerking wordt genomen voor zover het gaat om Bijzondere Bijstand voor kosten die verband houden met de bevordering naar een zelfstandige bestaansvoorziening en met de bevordering van het zelfstandig kunnen blijven functioneren van ouderen en gehandicapten.

4.4 Aanvraagtermijn

In de beleidsregels Bijzondere Bijstand en Minimabeleid gemeente Olst-Wijhe 2015 is opgenomen dat de Bijzondere Bijstand moet worden aangevraagd binnen drie maanden nadat de kosten zich hebben voorgedaan. Voor wat betreft de premie aanvullende ziektekostenverzekering wordt voorgesteld dat de Bijzondere Bijstand voor het jaar 2015 uiterlijk op 1 april 2016 moet zijn aangevraagd en zo verder. Voor wat betreft de Bijzondere Bijstand voor het eigen risico kan worden opgenomen dat de bijstand kan worden aangevraagd binnen drie maanden na ontvangst van het bericht dat het volledig eigen risico is opgebruikt.

Hoofdstuk 5 Budget en kosten

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het door het rijk beschikbaar gestelde budget en de te verwachten kosten.

Zoals in hoofdstuk twee al is geschetst werd het recht op de bijdrage Wtcg en CER vastgesteld op basis van zorggebruik. Hierbij werd alleen bij de Wtcg ook gekeken naar het belastbaar inkomen.

Over het jaar 2012 ontvingen 2.348 burgers in Olst-Wijhe een bijdrage op grond van de Wtcg.

Hiervan hadden 831 inwoners een inkomen lager dan € 20.000, -

Dit betreft inwoners met specifieke (zorg)kosten, het ligt in de lijn der verwachting dat deze personen een aanvullende verzekering hebben afgesloten.

De CER staat los van de algemene tegemoetkoming vanuit de Wtcg en is NIET inkomensafhankelijk. De CER is met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2014 afgeschaft. Dit betekent dat in 2013 de CER voor de laatste keer is uitgekeerd. Over dat jaar ontvingen 2.509 personen uit Olst-Wijhe de bijdrage.

1560 inwoners hebben middels het terugsturen van een briefkaart aangeven graag informatie over de CER/Wtcg bijdrage te willen ontvangen. De hoogte van het inkomen van deze personen is niet bekend. De bijdrage CER was niet inkomensafhankelijk. Een deel van de groep ontvangers Wtcg en ontvangers CER zullen elkaar overlappen.

In 2014 werd aan 338 personen Bijzondere Bijstand verstrekt. Hiervan hebben 127 personen een bijdrage ziektekostenpremie ad € 100, - ontvangen. In 2015 gaat het t/m augustus 2015 om 165 personen. Er is dus een toenemend aantal personen dat gebruik maakt van deze regeling.

Zoals bekend kan sinds 2015 voor de kosten van huishoudelijke hulp Bijzondere Bijstand worden aangevraagd.

Bij de raming van het gebruik Bijzondere Bijstand voor huishoudelijke hulp is er vanuit gegaan dat 70% van de doelgroep een aanvraag zal doen voor Bijzondere Bijstand.

Daarbij is op basis van de inkomensgegevens van het CAK rekening gehouden met een percentage onder de 110% norm (36%) een percentage boven de norm met (gedeeltelijk) recht op Bijzondere Bijstand (56%) en een percentage wat geen recht heeft op Bijzondere Bijstand (8%).

Voor de vaststelling van de doelgroep Wtcg/Cer wordt uitgegaan van dezelfde berekening. Dit komt dan neer op een mogelijke doelgroep van (70% van 831) 582 personen.

	Aantal aanvragen	Te verwachten kosten
Inkomen onder 110%	210	€ 109.500* ¹
Inkomen boven 110% Gedeeltelijk recht op Bijzondere Bijstand.	326	€ 136.780* ²
Geen Recht	46	-----
Totaal	582	€ 246.280

1. Dit bedrag is gecorrigeerd met het bedrag dat al is uitgegeven aan de al bestaande bijdrage in de ziektekosten.

2. Hierbij is uitgegaan van een gemiddeld bedrag van (afgerond) € 420,-.

5.1 Budget

Met de afschaffing van de wet (Wtcg en CER) is geregeld dat gemeenten via de Integratie-uitkering Sociaal Domein extra (financiële) mogelijkheden krijgen om gericht maatwerk te bieden. Gemeenten kunnen gericht maatwerk bieden via de Wmo 2015 en/of de Bijzondere Bijstand. Uit navraag bij het ministerie blijft dat er geen specificatie per subonderdeel gegeven kan worden.

Het landelijke budget gericht maatwerk zou in 2014 € 45 miljoen bedragen, in 2015 € 216 miljoen, in 2016 € 266 miljoen en vanaf 2017 structureel € 268 miljoen.

Het budget (inclusief uitvoeringskosten) voor Olst-Wijhe bedraagt (gebaseerd op de landelijke cijfers);

2014 € 48.600
 2015 € 233.280
 2016 € 287.280
 2017 € 289.440

Het bovengenoemde budget voor de Compensatie Eigen Risico en Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten is voor 2014 toegevoegd aan de integratie-uitkering Wmo maar maakt vanaf 2015 onderdeel uit van de Integratie-uitkering Sociaal Domein (onderdeel Wmo). De middelen zijn verdeeld middels de verdeelsleutel huishoudelijke verzorging. Vanaf 2016 worden de middelen verdeeld volgens het objectieve verdeelmodel voor de Wmo- sociaal domein.

Het budget voor 2014 is vastgesteld op € 48.600.- en bestemd voor de eenmalige regeling compensatie eigen risico 2014 (Collegebesluit van 9 december 2014).

Voorgesteld wordt voor 2015 en verder uit te gaan van de hierboven genoemde bedragen en deze toe te voegen aan het budget Bijzondere Bijstand. Het gaat immers om één regeling. Hierbij wordt opgemerkt dat er daarnaast altijd Bijzondere Bijstand kan worden verstrekt voor medisch noodzakelijke ziektekosten waarvoor geen voorliggende voorziening aanwezig is.

De regeling Financiële tegemoetkoming in de ziektekosten gaat in, met terugwerkende kracht, met ingang van 1 januari 2015. Gezien het tijdstip waarop de beleidsnota wordt vastgesteld krijgen de inwoners de gelegenheid om ook in 2016 de bijdrage over het jaar 2015 aan te vragen. Daarom wordt voorgesteld het (restant) budget van 2015 over te hevelen naar het jaar 2016.

Conform de berekeningen van het Rijk bij de "Regeling eenmalige koopkrachttegemoetkoming 2014" wordt ook hier ervan uitgegaan dat 1/7 deel van het budget ingezet wordt ter dekking van de uitvoeringskosten.

	2015	2016	2017
Budget toevoegen aan post Bijzondere Bijstand	€ 200.280	€ 250.000	€ 250.000
Uitvoeringskosten*	€ 35.000	€ 40.000	€ 40.000
Totaal	€ 235.000	€ 290.000	€ 290.000

* De uitvoeringskosten zijn afgerond op hele duizendtallen.

De gemeenteraad heeft op 10 november 2014 ingestemd met voorstellen zoals opgenomen in de notitie uitwerking scenario's minimabeleid. Hierin is als uitgangspunt opgenomen dat de totale lasten van het minimabeleid niet worden overschreden. Mocht dit in de loop van de tijd wel het geval zijn dan volgen er beleidsvoorstellen om binnen de nu afgesproken budgettaire kaders te blijven.

Hoofdstuk 6 Uitvoering van de regeling

Zoals al eerder aangegeven is er een grote groep inwoners die voorheen een bijdrage Wtcg en/of CER ontvingen. Deze inwoners moeten actief benaderd worden over de nieuwe regeling. Voorgesteld wordt om hiervoor verschillende kanalen in te zetten.

6.1 Directe benadering

Bij de afschaffing van de CER heeft het CAK mensen gevraagd een briefkaart in te zenden als zij door de gemeente op de hoogte gesteld willen worden van de nieuwe regeling. Deze gegevens hebben wij van het CAK ontvangen. Deze mensen krijgen een persoonlijke brief met daarbij uitleg over de regeling, de berekening van de financiële draagkracht en uiteraard een aanvraagformulier.

Overigens zullen wij in deze brief ook aandacht schenken aan de overige regelingen die de gemeente kent.

Daarnaast worden de mensen die in 2015 een regeling op grond van het Minimabeleid ontvingen hierover aangeschreven.

Uiteraard zal het Team Werk, Inkomen en Zorg van deze regeling op de hoogte worden gesteld en gevraagd worden de regeling onder de aandacht te brengen tijdens de gesprekken die ze met onze inwoners voeren. Zo kan bij een aanvraag om Bijzondere Bijstand voor een andere kostensoort gelijk gevraagd worden naar de polis aanvullende verzekering en het opgebruikte eigen risico.

Tot slot zullen wij organisaties waar veel mee wordt samengewerkt van de regeling op de hoogte stellen. Hierbij denken we aan; het Algemeen Maatschappelijk Werk, Ut Huus, Stichting Vrijwillige Thuiszorg Overijssel, Vluchtelingenwerk, Het Bad, de ouderenbonden, Stichting Leergeld, Stichting Bij de Buuren, Het Noaberhuus, de Wmo-Adviesraad en de Cliëntenraad Participatiewet.

6.2 Publicatie

Zoals gebruikelijk zal er een publicatie op onze website en in de Huis aan Huis komen.

Daarnaast vragen wij aan betrokken organisaties, zoals hierboven genoemd waar mogelijk een publicatie op te nemen in de eigen nieuwsbrief of contactorgaan.

6.3 Beleidsregels

De in hoofdstuk 4 omschreven regeling "Financiële tegemoetkoming in de ziektekosten" wordt nader uitgewerkt in de Beleidsregels Bijzondere Bijstand en Minimabeleid gemeente Olst-Wijhe. Deze Beleidsregels worden jaarlijks geactualiseerd en ter besluitvorming aan het college voorgelegd.

6.4 Evaluatie

In het vastgestelde Beleidskader Minimabeleid 2014-2017 is afgesproken om in 2017 te starten met het opstellen van een nieuw beleidskader Minimabeleid, dat dan kan ingaan op 1 januari 2018. Daarin wordt deze regeling "Financiële tegemoetkoming in de ziektekosten" meegenomen.