
Onderwerp	Beleidsregel Tegemoetkoming eigen risico zorgverzekering		
Zaaknummer		Teammanager	Ernst-Jan Meerbeek
B & W datum	26 oktober 2020	Afdeling/Team	Stad Dorpen en Wijken/Maatschappelijke ontwikkeling
Naam steller	Ilse Veugen	Portefeuillehouder	Anne Thielen

Openbaarheid	Deze adviesnota is openbaar		
Bevoegd orgaan	B&W		

ADVIES

1. Beleidsregel Tegemoetkoming eigen risico zorgverzekering vaststellen per 1 januari 2021.

Samenvatting

Op 28 september 2020 heeft u besloten om de collectieve ziektekostenverzekering voor minima, de zogenaamde CZM, per 1 januari 2021 af te schaffen. In dit voorstel is aangekondigd dat er nog gekeken werd naar de wijze waarop we onze extra kwetsbare inwoners (via de bijzondere bijstand) kunnen ondersteunen.

De uitwerking hiervan heeft plaatsgevonden in de Beleidsregel tegemoetkoming eigen risico zorgverzekering en wordt met dit voorstel ter besluitvorming aan het college voorgelegd.

Beoogd resultaat

Inwoners met een laag inkomen ontvangen een tegemoetkoming zodra zij langdurig hoge zorgkosten hebben.

Argumenten

1.1 Dit sluit aan bij de uitvoering van ons armoedebeleid.

In de armoedenota "Evaluatie en de volgende stap in de aanpak van armoede 2020-2022" is reeds geconcludeerd dat de CZM niet langer passend is als ondersteuning van onze kwetsbare inwoners en is als doel gesteld op zoek te gaan naar een alternatieve vorm van ondersteuning voor extra kwetsbare inwoners. Op 28 september 2020 heeft uw college reeds besloten tot het afschaffen van de CZM, middels het intrekken van de betreffende beleidsregel. Daarbij is aangekondigd dat de ondersteuning van onze extra kwetsbare inwoners op korte termijn ter besluitvorming zou worden voorgelegd.

1.2 De tegemoetkoming komt terecht bij mensen met langdurig hoge zorgkosten.

Bij de CZM konden inwoners met hoge zorgkosten zich verzekeren middels het meest uitgebreide pakket. Inwoners met dit pakket ontvingen automatisch een tegemoetkoming vanuit de gemeente. Dit terwijl onduidelijk was of deze inwoners ook daadwerkelijk hoge zorgkosten hadden en derhalve gebaat waren bij het meest uitgebreide pakket. Met deze beleidsregel ontvangen enkel inwoners met langdurig hoge zorgkosten een tegemoetkoming.

1.3 Dit betreft een aanvulling op het door ons gehanteerde beleid bijzondere bijstand.

Met deze beleidsregel ontvangen mensen met hoge zorgkosten een tegemoetkoming in het eigen risico, de aard van de medische kosten is niet van belang. Separate medische kosten komen in beginsel niet voor vergoeding in aanmerking omdat de ziektekostenverzekering geldt als een voorliggende voorziening. De beleidsregels met betrekking tot niet-medische kosten, zoals bijvoorbeeld bewassing, maaltijdvoorziening en extra stookkosten blijven eveneens van toepassing.

Risico's

Onrust en zorgen onder minimahuishoudens

Door inwoners zorgvuldig en tijdig in te lichten over de veranderingen en mogelijkheden trachten we eventuele zorgen en onrust te beperken. Deelnemers aan de CZM worden apart geïnformeerd over de alternatieve ondersteuning bij het kiezen van een nieuwe zorgverzekering en de mogelijke tegemoetkoming in het eigen risico van de zorgverzekering.

Kanttekeningen

Onderdeel van het geboden alternatief is het gebruik van poliswijzer en/of de voorzieningenwijzer. Evaluaties van andere gemeenten laten zien dat inwoners, wanneer zij begeleid worden bij het vinden

van een passendere verzekering, een forse besparing realiseren op het premiebedrag. De nu voorliggende beleidsregel betreft het tweede onderdeel van het alternatief voor de CZM. Voor de uitvoering van deze beleidsregel zijn minder middelen beschikbaar dan voorheen.

Communicatie

Inwoners worden geïnformeerd over de geboden alternatieven, waaronder de mogelijkheid om een tegemoetkoming in het eigen risico te ontvangen.

Deze nieuwe beleidsregel wordt verder meegenomen in het communicatieplan met betrekking tot het afschaffen van de CZM.

Financiële gevolgen

Vanaf 1 januari 2021 wordt jaarlijks een bedrag van € 50.000 begroot voor uitvoering van deze beleidsregel (kostenplaats 66205, grootboek 44055).

Deze minimaregeling is een open-eindregeling. Dit betekent dat het budget het aantal aanvragen volgt, er is geen budgetplafond. Bij een toename van het aantal aanvragen, zoals bijvoorbeeld verwacht als gevolg van corona, is het mogelijk dat het begrootte budget wordt overschreden.

Personele/organisatorische gevolgen

Deze beleidsregel vervangt de beleidsregel met betrekking tot de CZM. In de uitvoering heeft dit geen personele gevolgen. Deze beleidsregel wordt uitgevoerd door team Schakelplein.

Juridische gevolgen

N.v.t.

Rechtmatigheid

N.v.t.

Fatale termijnen

N.v.t.

Vervolgtraject besluitvorming

N.v.t.

Evaluatie

N.v.t.

Bijlagen

1. Beleidsregel Tegemoetkoming eigen risico zorgverzekering

Naslagwerk

N.v.t.

Beleidsregel Tegemoetkoming eigen risico

Bent u inwoner van de gemeente Venray met een laag inkomen en langdurig hoge zorgkosten? Dan kunt u een tegemoetkoming ontvangen hiervoor.

Doel

Leven met een handicap of chronische ziekte brengt extra kosten met zich mee. Dit betreft meerkosten voor zorg, vervoer, hulpmiddelen, aanpassingen en voorzieningen. Maar ook meerkosten omdat het dagelijks leven voor een chronisch zieke of gehandicapte duurder is dan voor anderen. Het College verstrekt aan mensen met langdurig hoge zorgkosten met een laag inkomen op aanvraag een tegemoetkoming ter bestrijding van kosten als gevolg van deze ziekte of handicap.

1 Hoogte tegemoetkoming

De tegemoetkoming bedraagt € 150,00 per kalenderjaar.

2 Wanneer komt u in aanmerking?

U komt in aanmerking voor deze tegemoetkoming als u aan de volgende voorwaarden voldoet:

- u bent 21 jaar of ouder
- u staat ingeschreven bij de gemeente Venray
- u leeft van minder inkomen dan 110% van de bijstandsnorm
- u gedurende 2 aaneengesloten jaren het eigen risico op grond van artikel 19 van de Zorgverzekeringswet hebt opgemaakt.

3 Heeft u hoge zorgkosten en een laag inkomen?

Wij willen dat de tegemoetkoming terecht komt bij de mensen uit de samenleving waarvoor deze tegemoetkoming noodzakelijk is. Daarom kunnen alleen chronisch zieken, gehandicapten en mensen met hoge zorgkosten, met een laag inkomen van deze regeling gebruik maken.

Inkomen is bijvoorbeeld uw salaris, uitkering of pensioen. De inkomensgrens bedraagt 110% van de bijstandsnorm. Is uw inkomen niet hoger dan deze grens, dan ontvangt u de tegemoetkoming.

4 Schulden

In de volgende situaties houden wij rekening met uw schulden:

- U heeft een minnelijke schuldregeling met een erkende schuldhulpverlenende instantie; of
- de Wet schuldsanering natuurlijke personen (WSNP) is over u uitgesproken; of
- er ligt beslag op uw inkomen.

Dit betekent dat u de aflossingsbedragen van uw schulden of het bedrag van het loonbeslag van uw inkomen mag aftrekken.

5 Aanvragen

U kunt een aanvraag eenmaal per kalenderjaar indienen. Indienen kan via het formulier 'aanvraag tegemoetkoming eigen risico zorgverzekering'. Uiterste indieningstermijn van de aanvraag is 31 december van het betreffende kalenderjaar.

6 Bewijsstukken

De tegemoetkoming is bedoeld voor de extra kosten die u heeft als gevolg van uw chronische ziekte of handicap. Van deze kosten hoeft u echter geen bewijsstukken in te leveren.

Bij het aanvraagformulier moet u bewijsstukken inleveren van:

- uw huidige netto inkomen (uw inkomen na aftrek van belastingen) zoals een loonstrook of een specificatie van uw uitkering.
- bewijs dat u de afgelopen 2 jaar een maximuminkomen van 110% van de bijstandsnorm ontving.
- bewijs dat u de afgelopen 2 jaren uw eigen risico volledig heeft opgemaakt.

Toelichting

Doelgroep m.b.t. chronische ziekte

De doelgroep chronisch zieken en gehandicapten is niet aan de hand van specifieke kenmerken in te delen. Iedere ziekte of handicap is anders en brengt ook specifieke meerkosten met zich mee. Om die reden is er voor gekozen om de doelgroep van deze regeling niet te bepalen aan de hand van specifieke (medische) kenmerken, maar een algemene vaststelling van de doelgroep. Voor de gemeente is het niet interessant welke chronische ziekte of handicap belanghebbende heeft. Verder willen wij de burger niet belasten met extra medische toetsen. Dit is enerzijds belastend voor de burger. Anderzijds brengt dit onnodig kosten met zich mee. Uitgangspunt is om de beschikbare financiële middelen zoveel mogelijk bij de doelgroep terecht te laten komen en niet in onnodige uitvoeringskosten te steken.

Derhalve is in deze regeling bepaald dat een burger tot de doelgroep chronisch zieken/gehandicapten behoort indien hij/zij het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet heeft opgemaakt. Indien iemand over meerdere aaneengesloten jaren zijn eigen risico opmaakt, is er sprake van langdurig medicijngebruik en/of medische behandeling. Derhalve is bepaald dat een burger tot de doelgroep chronische ziekte of handicap op basis van deze regeling behoort als hij/zij gedurende 2 aaneengesloten jaren zijn verplicht eigen risico heeft opgemaakt op grond van artikel 19 van de Zorgverzekeringswet.

Dit is eenvoudig aan te tonen: via de zorgverzekeraar heeft iedere burger overzichten van het gebruik van het eigen risico per kalenderjaar. Voor deze regeling dient de burger hieromtrent 2 bewijsstukken in te leveren: gebruik van het eigen risico over de afgelopen 2 kalenderjaren.

Gekozen is voor het opmaken van het verplicht eigen risico over de afgelopen 2 kalenderjaren omdat de cliënt wellicht vanaf de aanvraagdatum van deze regeling het eigen risico nog niet heeft opgemaakt in het betreffende jaar. In veel gevallen komen de facturen van medische behandelingen pas na 1 januari van het volgende kalenderjaar binnen en wordt dan pas duidelijk dat het verplicht eigen risico is opgemaakt over het voorgaande jaar. Dan is de aanvraagtermijn voor deze tegemoetkoming reeds verstreken.

Derhalve is gekozen voor de 2 voorafgaande kalenderjaren. Over deze jaren zijn de overzichten van het verplicht eigen risico al ontvangen en is duidelijk of iemand wel/niet voor deze regeling in aanmerking komt.

Indien gehuwden beiden tot de doelgroep behoren, kunnen beide partners in aanmerking komen voor de bijdrage en ieder € 150,- ontvangen.

Hoogte van de tegemoetkoming

De burgers die in aanmerking komen voor deze regeling, hebben hun verplicht eigen risico opgemaakt. Dit betekent dat iemand die chronisch ziek/gehandicapt is op grond van deze regeling in ieder geval een bedrag van € 385,- aan extra kosten als gevolg van chronische ziekte/handicap heeft gehad. Chronisch zieken en gehandicapten maken daarnaast nog meer extra kosten. Kosten waaraan o.a. gedacht kan worden, zijn:

- Vervoerskosten van/naar ziekenhuis, revalidatiecentrum, etc.
- Hulpmiddelen die zelf betaald moeten worden
- Geneesmiddelen, dieetpreparaten, etc. die niet vergoed worden door de verzekeraar
- Eigen bijdragen als gevolg van de chronische ziekte/handicap

Het is niet mogelijk om de gemaakte kosten van het eigen risico op grond van deze regeling volledig te vergoeden; hiervoor zijn de budgetten ontoereikend. De tegemoetkoming bedraagt € 150,-.

Doelgroep m.b.t. leeftijd

Deze regeling is van toepassing op personen vanaf 21 jaar. Om op grond van deze regeling als chronisch ziek of gehandicapt aangemerkt te worden, dient belanghebbende gedurende 2

aaneengesloten het eigen risico opgemaakt te hebben. Vanaf 18 jaar geldt het verplicht eigen risico op grond van de Zorgverzekeringswet. Dit betekent dat iemand op z'n vroegst vanaf 20 jaar zijn eigen risico over 2 jaar kan hebben opgemaakt. Omdat wij voor deze regeling kiezen voor het opmaken van het verplicht eigen risico in de 2 voorafgaande kalenderjaren (een kalenderjaar terug ten opzichte van het huidige kalenderjaar), is de minimumleeftijd derhalve 21 jaar.

Voor chronisch zieke kinderen (tot 18 jaar) geldt het volgende:

Per 1 januari 2015 is de Tegemoetkoming voor ouders van gehandicapte kinderen (TOG) vervallen. Deze tegemoetkoming was voor kinderen die extra zorg nodig hadden vanwege een ziekte of handicap. De TOG is vanaf 1 januari 2015 opgenomen in de kinderbijslag. Vanaf deze datum kunnen ouders met thuiswonende kinderen die intensieve zorg nodig hebben tweemaal kinderbijslag ontvangen.