

Postadres Postbus 24, 9410 AA Beilen
Telefoon (0593) 53 92 22
Internet www.middendrenthe.nl
E-mail gemeente@middendrenthe.nl

Aan de leden van de commissie Zorg en Welzijn
Postbus 24
9410 AA BEILEN

Bezoekadres
Beilen Raadhuisplein 1
ma, di, vr 8.30 – 12.00
wo 8.30 – 16.00
do 8.30 – 20.00
Smilde Hoofdweg 24
ma, do 8.30 – 12.00
Westerbork B.G. van Weezelplein 10
di 8.30 – 12.00

Datum: 21 juni 2018
Behandeld door: Myriam Foekema
Zaaknummer: 1077698
Onderwerp: Aanpassing Zorgkostenregeling 2018

Bijlagen: 1

Geachte leden van de commissie Zorg en Welzijn,

Graag bieden wij u ter informatie, de voorlopig vastgestelde aangepaste beleidsregels aan met betrekking tot een tegemoetkoming in de kosten voor chronisch zieken en gehandicapten. In deze brief informeren wij u over de wijzigingen. De beleidsregels zullen wij definitief vast stellen nadat we kennis hebben kunnen nemen van het advies van de Adviesraad Minimabeleid.

Tussentijdse evaluatie

Vorig jaar hebben wij u een tussentijdse evaluatie van deze Regeling aangeboden voor opiniërende bespreking in uw commissie.

Uw bespreking heeft ons waardevolle aandachtspunten opgeleverd die betrokken zijn in de evaluatie. Een van uw wensen was om het bereik van de regeling te vergroten, enerzijds door een betere communicatie over de regeling en anderzijds door het vergroten van de doelgroep. Dit is na de gemeenteraadsverkiezingen 2018 inzet geworden van de coalitieonderhandelingen.

Coalitieakkoord

In het coalitieakkoord is besloten om de inkomensgrens voor de gehele regeling op 130% te zetten. Dat betekent dat de inkomensgrens voor drie onderdelen van 110 naar 130% is opgetrokken en voor twee onderdelen van 120% naar 130%.

Groter bereik

Door de verruiming van de inkomensgrens zullen meer mensen recht hebben op een financiële tegemoetkoming in het kader van de Zorgkostenregeling 2018.



Ook denken wij meer mensen te kunnen bereiken door het verlengen van de reguliere aanvraagtermijn met vijf maanden. Zo kunnen mensen tot 1 augustus (was 1 maart) nog een aanvraag over een voorgaand jaar indienen. Uiteraard zal ook in 2018 weer stevig worden ingezet op het geven van een betere bekendheid aan de regeling.

Bij de jaarverslagen zullen wij u op de hoogte houden van het bereik van deze regelingen.

Evaluatie van de regeling

Wij hebben de Regeling voor chronisch zieken en gehandicapten begin dit jaar geëvalueerd. Wij hebben besloten deze beleidsregels voortaan “Zorgkostenregeling 2018 gemeente Midden-Drenthe” te noemen. Deze benaming werd in de praktijk al gebruikt en blijkt veel beter aan te slaan dan de oorspronkelijke benaming. De evaluatie leverde een aantal verbeterpunten op die wij –samen met uw aandachtspunten - hebben verwerkt in bijgaande regeling.

In de algemene toelichting staat een beknopte versie van de wijzigingen. Om u wat achtergrondinformatie te verstrekken, noemen wij hier de belangrijkste aanpassingen.

Aanpassing van de beleidsregels

In bijgaande regeling hebben wij de volgende wijzigingen verwerkt:

1. Grondslag gewijzigd

De grondslag voor deze beleidsregels is met de intrekking van de Verordening Wmo 2015 komen te vervallen. De nieuwe grondslag is terug te vinden in art. 13 van de Verordening Wmo en Jeugdhulp 2018 die met ingang van 1 januari 2018 in werking is getreden.

2. Uitbreiding doelgroep

De breed gedragen wens om de doelgroep voor alle onderdelen van deze Regeling te verruimen, is in bijgaande beleidsregels verwerkt. Als gevolg van het coalitieakkoord betekent dit dat voor 3 onderdelen de inkomensgrens met ingang van 1 januari 2018 verruimd wordt van 110 naar 130%: de eigen bijdrage voor Wmo- en Wlz voorzieningen, niet vergoede zorgkosten en compensatie voor een deel van het wettelijk verplichte eigen risico (resp. art. 9, 10 en 11). De onderdelen waarvoor een inkomensgrens van 120% gold, worden als gevolg van het coalitieakkoord verruimd naar 130%. Dit heeft betrekking op de onderdelen bijzondere bijstand voor specifieke niet medische meerkosten en voor een toegekende gehandicaptenparkeerkaart. (resp. art. 7 en 8).

3. Naamswijziging regeling

Omdat het rijk breed heeft gecommuniceerd dat gemeenten budget kregen voor een regeling voor chronisch zieken en gehandicapten, werd deze benaming in 2015 ook gebruikt in onze stukken en de communicatie.

Uit de praktijk blijkt dat mensen die van het rijk een Wtcg en CER uitkering kregen, zichzelf vaak niet als chronisch ziek of gehandicapt beschouwen. Ook als ze jarenlang bijvoorbeeld een bepaald medicijn slikken, dan werd niet het verband gelegd met een begrip als “chronisch ziek”. Hierdoor had men niet het gevoel dat onze regeling op hen betrekking kon hebben. Als werd gecommuniceerd over “hoge zorgkosten”, dan bleek men zich wel aangesproken te voelen.

In 2017 zijn we gestart om over de “Regeling tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten” te spreken als de “Zorgkostenregeling”. Met de aanpassing van de beleidsregels wordt voorgesteld de benaming van de beleidsregels officieel te wijzigen, zodat ook in beschikkingen en alle communicatie gebruik gemaakt kan worden van de toegankelijke naam “Zorgkostenregeling”.

4. Kortere aanduiding

In de oorspronkelijke beleidsregels luidde de omschrijving bij artikel 10: “Bijzondere bijstand voor medische kosten of behandelingen die niet of niet volledig vergoed worden door de zorgverzekeraar”. Deze omschrijving bleek veel te lang. Al snel werd gesproken over “niet vergoede zorgkosten”. Deze praktijkbenaming is nu ook in deze beleidsregels doorgevoerd.

5. Verlenging aanvraagtermijn

De termijn van twee maanden (januari en februari) om aanvragen over het voorafgaande jaar nog te kunnen indienen, blijkt in de praktijk voor een aantal mensen te kort om het gevraagde overzicht van de zorgverzekeraar mee te kunnen sturen met de aanvraag. Omdat zorgaanbieders mensen die het eigen risico gespreid betalen, pas in april het overzicht sturen dat nodig is, kan men dat dus niet voor 1 maart inleveren. Dat hebben we tot nu toe praktisch oplost door hen een langere inlevertermijn te bieden.

Nu de regeling aangepast wordt, wordt voorgesteld om de aanvraagtermijn tot 1 augustus te verlengen. Hierdoor is het niet nodig om de groep die het overzicht pas in april ontvangt, verlenging van de inlevertermijn te verlenen. Bovendien neemt de kans op niet gebruik af, doordat meer mensen alsnog over het voorgaande kalenderjaar een aanvraag kunnen indienen.

6. Onnodige tekst

In de beleidsregels werd een aantal keren “of CZM” toegevoegd aan “de zorgverzekeraar”. Op plaatsen waar die toevoeging eigenlijk niet nodig was (omdat de CZM ingekocht wordt bij een zorgverzekeraar) is die toevoeging weggelaten.

7. Compensatie en UWV-vergoeding

Mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering van het UWV die van het UWV een forfaitaire vergoeding voor niet vergoede zorgkosten ontvangen, waren uitgesloten van een forfaitaire vergoeding van de gemeente.

Tijdens het schrijven van de beleidsnota en de eerste set beleidsregels, verstrekke het UWV aan deze doelgroep een forfaitair bedrag van € 252,- als compensatie voor niet vergoede zorgkosten. Deze vergoeding is in de afgelopen jaren afgebouwd tot € 176,27 in 2017. Dat is aanmerkelijk lager dan de gemeentelijke regeling. Dit werd door belanghebbenden als onrechtvaardig ervaren. De verwachting is dat deze UWV-vergoeding verder zal worden verlaagd.

Bij de actualisatie is ervoor gekozen om hierop te anticiperen en om de groep personen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering die een forfaitaire vergoeding van het UWV ontvangen, een forfaitair bedrag van € 100,- te verstrekken als ze aan alle voorwaarden voldoen. Door voor een forfaitair bedrag te kiezen, blijft de regeling technisch goed uitvoerbaar. Indien nodig, kan dit bedrag in de toekomst door het college worden aangepast.

8. Eigen bijdrage Wlz-voorziening

Toegevoegd aan artikel 9 (tegemoetkoming eigen bijdrage Wmo) is de tegemoetkoming voor de eigen bijdrage voor een Wlz-voorziening. Voorzieningen die voorheen nog onder de AWBZ vielen, vallen nu o.a. onder de Wet Langdurige Zorg. Ook hiervoor geldt een eigen bijdrage. Er is echter geen stapeling met de eigen bijdrage Wmo. Mensen betalen ofwel de Wlz eigen bijdrage, of de Wmo eigen bijdrage. Deze eigen bijdrage wordt volledig vergoed als men gebruik maakt van de Collectieve Zorgverzekering Minima met pakket 3.

9. Eigen bijdrage Wmo of Wlz bij echtparen

De eigen bijdrage voor een Wmo- of Wlz-voorziening is iets hoger voor (echt)paren dan voor alleenstaanden. Toegevoegd is dat (echt)paren daarom een iets hogere tegemoetkoming ontvangen dan alleenstaanden. Voor (echt)paren wordt de compensatie verhoogd van € 7,- per maand, naar € 8,- per maand.

10. Vergelijking met pakket CZM

De bepaling dat een vergoeding alleen kan worden verstrekt voor kosten die de CZM volledig vergoedt, in het jaar dat men nog niet over kan stappen op de CZM, is geschrapt. Onze aanbieder van de CZM (Zilveren Kruis) heeft onlangs het gemeentepakket en het gemeente extra pakket bij de CZM afgeschaft. Voor zover er nog sprake is van vergoedingen, zijn die opgenomen in de aanvullende verzekering van de CZM. Hierdoor ontbreekt het aan een handzaam overzicht van de vergoedingen die specifiek waren voor deelnemers aan de CZM.

Bovendien werd de dekking van de zorgverzekeringen voortdurend aangepast. Hierdoor werd deze vergelijking uitvoeringstechnisch niet langer doenlijk. Om de uitvoering efficiënter te maken is die bepaling dan ook geschrapt, behalve bij de vergoeding van de eigen bijdrage Wmo en Wlz. De CZM onderscheidt zich van andere zorgverzekeringen door een volledige vergoeding van die eigen bijdrage voor Wmo- en Wlz-voorzieningen bij deelname aan pakket 3.

11. Tandartskosten

In de oorspronkelijke beleidsregels werd aangegeven dat de **meerkosten** voor bepaalde tandheelkundige behandelingen als vullen en trekken, ook konden behoren tot niet vergoede zorgkosten onder deze regeling. De reden hiervan was dat hieraan in de tandartsverzekering veelal een maximum gebonden is. Het meerdere telde dan mee als “niet vergoede zorgkosten”. Voortschrijdend inzicht is echter dat deze bepaling praktisch lastig uitvoerbaar was, door de vele verschillen per verzekering en per pakket. Bovendien is in de meeste gevallen de dekking van de tandverzekering voor deze kosten toereikend.

Bovendien trad een ongewenst effect op. Een aantal mensen blijkt geen tandartsverzekering te hebben. Een deel van hen vroeg niet alleen voor de meerkosten, maar voor de volledige tandartskosten de compensatie voor niet vergoede zorgkosten aan. Het is niet de bedoeling van de Zorgkostenregeling om het niet hebben van een tandartsverzekering te belonen met een forfaitaire vergoeding van € 250,- als blijkt dat er voor consulten, vullen, trekken en de mondhygiënist wel kosten worden gemaakt die meer zijn dan € 75,-.

Voorkomen moet worden dat het veel lonender is om zich niet (goed) te verzekeren voor deze kosten, dan om zich wel te verzekeren en maandelijks premie te betalen. De bepaling dat de

meerkosten voor bepaalde tandartsbehandelingen voor vergoeding in aanmerking kunnen komen, is om deze redenen geschrapt. In feite komt dit neer op de situatie van voor 2015, toen tandartskosten ook waren uitgesloten van bijzondere bijstand omdat men zich hiervoor kan verzekeren.

12. Aanpassing bedrag gemiddelde kosten vriesverse maaltijd

Onlangs is in Beilen een nieuwe aanbieder gestart met de verkoop van vriesverse maaltijden. Veel mensen zijn naar deze aanbieder overgestapt, maar met een gemiddelde maaltijdprijs van € 5,45 betaalt men gemiddeld een stuiver minder dan nodig is om voor vergoeding van de meerkosten in aanmerking te komen.

In de praktijk werd de vergoeding van de meerkosten wel toegekend, maar werd deze vergoeding met een stuiver verlaagd naar € 2,95. In deze beleidsregels is gekozen voor de aanpassing van de gemiddelde prijs voor een maaltijd van € 5,50 naar € 5,45, zodat de meerkosten een rond bedrag van € 3,- per maaltijd blijven. Daarmee wordt weer recht gedaan aan de wens om afgeronde bedragen te kunnen verstrekken.

Wij hopen dat u zich kunt vinden in deze aanpassingen. We zullen de resultaten blijven monitoren en als daar aanleiding toe is, zeker niet aarzelen om met nieuwe voorstellen te komen om het geld bij die personen te krijgen waarvoor de regeling bedoeld is.

Ambtshalve herziening

Aanvragen voor Bijzondere Bijstand voor de in deze Regeling genoemde onderdelen, die zijn afgewezen of buiten behandeling gesteld in de periode van 1 januari 2018 tot datum inwerkingtreding van de Zorgkostenregeling 2018, zullen zoveel mogelijk opnieuw ambtshalve worden herbeoordeeld.

Als het resultaat voor de aanvrager op grond van deze Regeling gunstiger is, dan het genomen besluit, wordt het besluit herzien met inachtneming van het gestelde in deze Regeling. Deze herbeoordeling is met name van belang voor mensen met een inkomen boven de 110%, maar minder dan 130% of mensen waarvan de aanvraag over 2017 werd afgewezen omdat die na 1 maart 2018 werd ingediend.

Adviesaanvraag

Conform onze verordening Cliëntenparticipatie, wordt bijgaande aangepaste regeling voor advisering voorgelegd aan de Minimaraad. Na ontvangst van het advies zal de regeling definitief worden vastgesteld en gepubliceerd.

Informatie

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met Myriam Foekema, beleidsmedewerker, te bereiken op dinsdag tot en met vrijdag via telefoonnummer (0593) 53 92 64.

Met vriendelijke groet,
burgemeester en wethouders van Midden-Drenthe,

de secretaris, de burgemeester.