

Hoofdpijnen inzet compensatiemiddelen Wtcg/CER

Ten behoeve van Bestuursadvies 14.059659

Door Arjan Koerts, Sabine Quak Telefoon 65297 / 63229

Versiedatum 4 september 2014

In dit memo wordt een voorstel gedaan voor de inzet van de compensatiemiddelen Wtcg en CER.

Achtereenvolgens komen aan bod:

– Aanleiding	Pagina 1
– Utrechtse model: langs drie lijnen	Pagina 2
– Conclusie	Pagina 2
– Financiën	Pagina 3
– Consultatie en besluitvorming	Pagina 3
– Achtergronden ontstaan en afschaffing regelingen	Pagina 4
– Achtergronden doelgroepen	Pagina 4
– Verbinding met armoedebelief	Pagina 4

Aanleiding

Per 1-1-2014 is de landelijke inkomensregeling Compensatie Eigen Risico (CER) afgeschaft. Ook zijn de vergoedingen en de kortingen in het kader van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) vervallen voor AWBZ cliënten. Per 1-1-2015 vervallen ook de vergoedingen en kortingen ook voor Wmo cliënten. Daarmee wordt ook de Wtcg afgeschaft. Reden van de afschaffing is dat de CER en vooral de Wtcg te 'ongericht' zijn. Tegemoetkomingen zouden te vaak terechtkomen bij mensen die het geld niet nodig hebben. Ter compensatie van de afschaffing van de CER en de Wtcg ontvangt Utrecht een bedrag van € 576.000 in 2014, oplopend naar € 3,43 miljoen structureel vanaf 2017.

Pas onlangs zijn de kaders duidelijk geworden waarbinnen de gemeente de middelen dient in te zetten:

1. Vergoedingen of tegemoetkomingen kunnen beschikbaar worden gesteld binnen de kaders van de Wmo of de Bijzondere Bijstand;
2. Middelen moeten worden ingezet om maatwerk te leveren ter bevordering van zelfredzaamheid en participatie, rekening houdend met aannemelijke meerkosten.

Utrechtse model: langs 3 lijnen

Het maken van aanzienlijke zorgkosten kan van invloed zijn op de mogelijkheden om zelfredzaam te zijn en te participeren in de samenleving. Zeker als het gaat om mensen met beperkingen. De inzet van compensatiemiddelen heeft dan ook als doel om zelfredzaamheid en participatie te bevorderen. Daarbij hoeft het niet zo te zijn dat de inzet van middelen een directe bijdrage levert aan zelfredzaamheid en participatie. Wel biedt de inzet van compensatie de mogelijkheid tot het overhouden van meer bestedingsruimte. Hiermee kunnen individuele keuzes worden gemaakt en biedt het dus indirect een bijdrage aan zelfredzaamheid en participatie. Het model richt zich hoofdzakelijk, maar niet uitsluitend op minima. Immers, ook mensen met een midden- of zelfs hoger inkomen kunnen als gevolg van meerkosten een feitelijk laag besteedbaar inkomen hebben.

Om de beschikbare middelen zo veel mogelijk ten gunste te laten komen van de doelgroep, wordt gekozen voor een model waarbij meerkosten zo veel mogelijk worden voorkomen in plaats van deze te compenseren. Een dergelijk model heeft als bijkomend voordeel dat het eenvoudig uitvoerbaar is. Er gaat geen budget verloren aan extra uitvoeringskosten.

Het model kent drie lijnen

1. Verlagen of wegnemen van de eigen bijdrage voor algemene voorzieningen;
2. Compensatie via de bestaande Collectieve Ziektekostenverzekering voor Minima (CZM);
3. Vergoeding van bijzondere kosten voor uitzonderlijke situaties via de bijzondere bijstand.

1: Wegnemen of verminderen van eigen bijdragen voor algemene voorzieningen

In het kader van de Wmo worden vanaf 2015 (o.a.) algemene voorzieningen aangeboden. De meest zichtbare algemene voorzieningen zijn de Buurtteams en Sociale Prestatie. Op korte termijn moet in Utrecht een stads breed dekkend netwerk ontstaan van dergelijke algemene voorzieningen. Terwijl de Wmo de mogelijkheid biedt om voor deze diensten een inkomensafhankelijke eigen bijdrage te vragen, is het Utrechtse beleid erop gericht deze dienstverlening kosteloos te houden. Dit vergroot de mogelijkheid om de beschikbare zorg-capaciteit zo flexibel mogelijk in te zetten. Door een deel van de compensatiemiddelen hiervoor in te zetten is er weliswaar geen sprake van directe compensatie, maar wordt wel voorkomen dat gebruikers van algemene voorzieningen hiervoor kosten moeten maken. Een vorm van indirecte compensatie die ten goede komt aan een brede groep gebruikers ongeacht inkomensniveau. Dit sluit aan bij de kaders die vanuit het Rijk zijn meegegeven.

2: Compensatie via de CZM

Deze lijn richt zich op minima. Dit is de doelgroep die toegang heeft tot de gemeentelijke collectieve ziektekostenverzekering (CZM). Via deze collectiviteit wordt een dekking aangeboden die de belangrijkste specifieke zorgkosten voor mensen met een beperking vergoed. We zetten de beschikbare middelen vooral in om een premiebijdrage te leveren. Hiermee wordt de CZM voor een grotere groep minima aantrekkelijk en bereikbaar. Het volume aan verzekerden moet de prikkel zijn voor de verzekeraar om een stevige en ruime dekking te bieden. De onderhandelingen met de verzekeraar over de kosten en inhoud van het pakket voor 2015 zijn in de zomer gestart en dienen voor 1 oktober te zijn afgerond. Gezien de beschikbare middelen is de verwachting dat een verbetering van het huidige pakket én verlaging van de premie mogelijk is. Intussen is Achmea per brief opgeroepen om te komen met een marktconform aanbod. Aanvullend daarop zal door inzet van de compensatiemiddelen een premiebijdrage worden geleverd. Uitgangspunt bij de te voeren onderhandelingen is dat de CZM meer (specifiek voor de doelgroep) dekking biedt dan op de reguliere markt ook wordt aangeboden.

3: Vergoeding van bijzondere kosten voor uitzonderlijke situaties via de bijzondere bijstand

Uitgangspunt is dat via de CZM compensatie wordt geboden aan de doelgroep. Immers, minima krijgen de mogelijkheid zich aanvullend te verzekeren. Toch kunnen er zich situaties voordoen waarbij minima met onoverkomelijke noodzakelijke meerkosten worden geconfronteerd. Voor die situaties moet de bijzondere bijstand bereikbaar blijven. Het gaat dan bijvoorbeeld om mensen die geen gebruik (hebben kunnen) maken van de CZM omdat ze tot voor kort niet woonachtig waren in Utrecht of nog niet tot de doelgroep minima behoorden. In feite wordt vanuit de compensatiemiddelen extra budget toegevoegd aan de Bijzondere Bijstand.

Conclusie: Alle inkomensgroepen worden gecompenseerd, maar de minima het meest

Met de inzet via bovengenoemde lijnen wordt een relatie gelegd tussen zorggebruik en compensatie. Door de verdeling tussen 3 lijnen komen de middelen ten goede aan een brede doelgroep ongeacht inkomensniveau, maar profiteren de minima het meest. Dit is geheel in lijn met de kaders die gelden voor de inzet van de compensatiemiddelen. Het TransitieBureau Wmo van het ministerie van VWS beschrijft deze lijn als een logische oplossingsrichting. Bovendien zorgt dit model er voor dat de doelgroep wordt bediend zonder uitbreiding van uitvoeringscapaciteit. Dit past in het uitgangspunt dat beleid zo 'uitvoeringsarm' mogelijk wordt uitgevoerd. Navraag bij het CAK wijst uit dat 90% van de gemeenten kiest voor een vergelijkbare inzet van de compensatiemiddelen.

Financiën

De beschikbare middelen worden met ingang van 2015 gelijk verdeeld onder enerzijds de 1^e lijn (Algemene voorzieningen) en anderzijds de 2^e en 3^e lijn (CZM en Bijzondere Bijstand). Er wordt regulier reeds €800.000 ingezet ten behoeve van de CZM vanuit de Bijzondere Bijstand. We verhogen het budget met €600.000 voor verhoging van de premiebijdrage en verzwaring van de dekking. De aanname is dat om de extra vraag naar Bijzondere Bijstand op te vangen als gevolg van de afschaffing van Wtcg/CER een bedrag nodig is van €400.000 in 2015,-. Dit loopt op naar €600.000,- vanaf 2016 en verder als het volledige effect van afschaffing Wtcg/CER merkbaar is binnen de bijzondere bijstand. We denken dat wij hiermee een reële inschatting hebben gemaakt, er zijn echter geen ervaringscijfers beschikbaar. Mocht bijstelling nodig zijn op basis van de gerealiseerde bedragen dan is hiervoor geld beschikbaar uit de restpost (te her-alloceren bedragen).

Er blijft dan een nog nader in te vullen bedrag over. Dit wordt gereserveerd voor het armoedebeleid, waarbij extra aandacht wordt besteed aan de doelgroep met zorgkosten.

Jaar / Lijn	1 (Algemene voorzieningen)	2 (CZM)	2 (Bijzondere bijstand)	Te her-alloceren (nader in te vullen)
2014	€ 148.000**	–	–	€ 428.000**
2015	€ 1.382.500	€ 600.000	€ 400.000	€ 382.500
2016	€ 1.702.500	€ 600.000	€ 600.000	€ 502.500
2017 e.v.	€ 1.715.000	€ 600.000	€ 600.000	€ 515.000

*) Voorlopig is voor de verdeling tussen de CZM en Bijzondere Bijstand een gelijke verdeling aangehouden. Deze verdeling kan worden aangepast naarmate we er beter in slagen de doelgroep te bedienen via de CZM.

**) Het budget voor 2014 is in afwachting van besluitvorming gereserveerd. Voorgesteld wordt dit budget te verdelen conform dit voorstel.

Consultatie en besluitvorming

Een nader uitgewerkte versie van deze hoofdlijn wordt ter consultatie voorgelegd aan de Cliëntenraad Wmo en de Klientenraad WWB. Besluitvorming over de inzet van de middelen dient daarna plaats te vinden. Dit kan gekoppeld worden aan de besluitvorming over de wijze van invulling van de taakstelling op armoedebeleid.

Achtergronden ontstaan en afschaffing regelingen

In 2009 is de fiscale aftrek van bijzondere zorgkosten beperkt. De Wtcg en de CER zijn in dat jaar ingevoerd met als doel chronisch zieken en gehandicapten hiervoor te compenseren. Verondersteld werd dat deze groepen hoge zorgkosten maken. Een chronische ziekte is een ziekte die lang aanhoudt of blijvend is. Voorbeelden zijn: diabetes, reuma, neurologische aandoeningen, psychische aandoeningen e.d. Anders dan bij een handicap, hoeft een chronische ziekte niet per se te leiden tot een zichtbare fysieke afwijking of beperkingen in het functioneren. Afhankelijk van de definitie worden bepaalde handicaps ook als chronische ziekte gezien.

In de praktijk werd het doel van de regeling echter niet bereikt. Oorzaak hiervan was dat de doelgroep niet te identificeren is. Declaratiegegevens van zorgverzekeraars en indicatiegegevens van CIZ en gemeenten werden gebruikt ter identificatie van de doelgroep. Probleem daarbij was dat deze gegevens wel aanwezen wie chronisch ziek of gehandicapt is, maar niet of dit leidde tot hoge niet verzekerde of niet te dragen kosten. Immers, het ontbrak aan gegevens over financiële draagkracht van betrokkenen. Bovendien betroffen de gegevens ook de kosten van verzekerde of fiscaal aftrekbare zorg. Daardoor werd niet duidelijk welk deel daarvan daadwerkelijk leidde tot meerkosten. Gevolg was dat de tegemoetkomingen in hoge mate (ook) terecht kwamen bij mensen die weliswaar chronisch ziek zijn, maar geen noemenswaardige kosten maken.

Anderzijds bleven mensen buiten beeld omdat zij niet geregistreerd staan als chronisch ziek of gehandicapt, dan wel kosten maken die niet zichtbaar worden voor de verzekeraar. Hiervan is sprake bij zorgkosten die buiten de dekking van de zorgverzekering vallen en daarom niet door de verzekerde worden gedeclareerd. Vanuit de aanname dat gemeenten dicht bij de mensen staan en dus beter in staat zijn tot identificatie van de doelgroep, werd besloten de gemeente verantwoordelijk te maken voor een compensatieregeling die in de plaats komt van Wtcg en CER.

Achtergronden doelgroepen

Doel van de gemeentelijke maatwerkvoorziening is om mensen met meerkosten als gevolg van een chronische ziekte en/of handicap te compenseren. In de praktijk maken niet alle chronisch zieken of gehandicapten meerkosten. Immers, er is verzekerde zorg, de fiscale aftrek van bijzondere ziektekosten blijft na het laatst gesloten begrotingsakkoord deels in stand en de Wmo (ook een gemeentelijke taak) biedt voorzieningen. Bovendien is de vraag gerechtvaardigd of mensen die zorgkosten maken, maar deze op basis van hun inkomen kunnen dragen, moeten worden gecompenseerd. Juist om die reden wordt bij de inrichting van gemeentelijke compensatie gekozen voor de focus op de doelgroep minima.

Verbinding met armoedebeleid

Het is nog niet te overzien of en in welke mate er behoefte is aan de compensatie van meerkosten. Alleen mensen zonder draagkracht die kosten maken die niet verzekerd of aftrekbaar zijn, zullen daadwerkelijk behoefte hebben aan compensatie om te voorkomen dat het werkelijk besteedbaar inkomen onder minimumniveau daalt. Als men geen kosten hoeft te maken of beter verzekerd is, zal de behoefte aan compensatie afnemen. Daarom wordt ook geadviseerd de middelen in te zetten volgens de genoemde lijnen. De naar verwachting zeer beperkte groep die zorgkosten maakt die niet worden gedekt door de voorgestelde lijnen en daardoor onder minimumniveau dalen voor wat betreft het besteedbaar inkomen, moet kunnen terugvallen op minimabeleid. In de praktijk zal het daarbij gaan om mensen die meer kosten maken dan door de ziektekostenverzekering worden gedekt of een medische behandeling nodig hebben die op geen enkele andere wijze wordt vergoed. Bijzondere aandacht verdient de groep die meer dan een minimuminkomen heeft, maar als gevolg van zorgkosten feitelijk een besteedbaar inkomen op of onder minimumniveau overhoudt.