

Algemene toelichting

Inleiding

In het Wmo Beleidsplan 2015-2019 heeft de gemeente ervoor gekozen om de gemeentelijke middelen voor de inkomensondersteuning van chronisch zieken en gehandicapten over te hevelen naar het minimabeleid. Binnen het minimabeleid is een regeling uitgewerkt om de meerkosten te compenseren. Deze regeling is toegankelijk voor chronisch zieken en gehandicapten met een inkomen tot 120% van de toepasselijke bijstandsnorm.

In de notitie compensatie meerkosten chronisch zieken en gehandicapten Gemeente Oldebroek van 24 september 2014, is aangegeven welke vijf opties voor lokaal beleid de gemeente heeft. In dezelfde notitie is ook aangegeven waarom ervoor gekozen is om de volgende opties of een combinatie ervan uit te werken en te onderzoeken:

1. Een collectieve aanvullende zorgverzekering met korting aanbieden waar een aanvullend gemeentelijk pakket veelvoorkomende meerkosten voor chronisch zieken en gehandicapten is inbegrepen.
2. Bijzondere bijstand verstrekken in de vorm van een tegemoetkoming in de kosten van de premie van een collectieve aanvullende verzekering zonder dat wordt nagegaan of ten aanzien van die persoon de kosten van die verzekering of die premie ook daadwerkelijk noodzakelijk zijn of gemaakt zijn.

Na raadpleging onder chronisch zieken en gehandicapten die tot 2014 een tegemoetkoming ontvingen en bij de adviesraad, is gekozen voor een combinatie van de beide opties. Wettelijk is dit geregeld in artikel 35 lid 3 van de Participatiewet.

Collectieve aanvullende zorgverzekering

Chronische zieken en gehandicapten kunnen zich aanmelden voor een collectieve aanvullende zorgverzekering via de website www.gezondverzekerd.nl. De zorgverzekeraar heeft een pakket ontwikkeld waarin een goede benadering van de medische meerkosten zijn opgenomen. Deze meerkosten zijn gebaseerd op onderzoek van Nivel (2013) onder haar Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten en aangevuld met onderzoeken van RIVM/NPCF, Diabetesvereniging Nederland en Parkinsonvereniging.

Bij de aanmelding wordt de chronische zieke of gehandicapte gevraagd of hij/zij tot de doelgroep behoort op basis van het maximum van 120% van de toepasselijke bijstandsnorm. Als de chronische zieke of gehandicapte hier niet aan voldoet, kan hij/zij zich niet aanmelden.

De zorgverzekeraar levert een lijst met verzekerden bij de gemeente aan die gebruik maken van deze collectieve aanvullende zorgverzekering. De gemeente controleert steekproefsgewijs of de verzekerde inderdaad behoort tot de doelgroep. Dit is geregeld in de beleidsregel.

Keuzevrijheid

Chronische zieken en gehandicapten zijn niet verplicht gebruik te maken van de gemeentelijke collectieve aanvullende zorgverzekering. Men kan ook de compensatie gebruiken voor een tegemoetkoming in de premie bij een andere zorgverzekeraar of het afsluiten van een ander pakket of een groter eigen risico.

Als een chronisch zieke of gehandicapte in aanmerking wil komen voor een dergelijke compensatie, kan hij/zij een aanvraag indienen en ontvangt hij/zij een bijdrage in de premiekosten van zijn/haar aanvullende zorgverzekering. De regels met betrekking tot deze aanvraag, zijn verwoord in de beleidsregel.

Artikelsgewijze toelichting

Hoofdstuk 1. Algemene bepalingen

Artikel 1. Begrippen

Bij de begrippen is aansluiting gezocht bij de omschrijving die gehanteerd wordt in de Participatiewet. Voor begrippen als kind is bijvoorbeeld artikel 4 van de Participatiewet van belang.

Artikel 2. Regels bijzondere bijstand

Deze beleidsregel is een aanvulling op de regels die al bestaan met betrekking tot de bijzondere bijstand. Denk hierbij aan artikel 12 (onderhoudsplicht ouders) of artikel 35 van de Participatiewet en aan de beleidsregels bijzondere bijstand (Op 1 oktober 2014 waren de beleidsregels bijzondere bijstand 2011 van kracht).

Artikel 3. Hoogte en vorm compensatie

De maximale hoogte van de compensatie bedraagt het wettelijk verplichte eigen risico als beschreven in artikel 19 van de Zorgverzekeringswet. In 2014 bedroeg deze € 360 en in 2015 zal deze € 375 bedragen.

Er is voor gekozen om de hoogte af te laten hangen van de manier waarop mensen de compensatie aanvragen. Het college heeft de voorkeur voor aanmelding voor het meest uitgebreide pakket van de gemeente via de zorgverzekeraar. Hierdoor wordt de uitvoering minder belast met aanvragen. Daarnaast vergoedt de zorgverzekeraar een groot deel van de wettelijke eigen bijdragen en andere kostensoorten waarvoor het college op dit moment individuele bijzondere bijstand medische kosten verstrekt. Daarom krijgt de belanghebbende de hoogst mogelijke compensatie als hij of zij kiest voor de collectieve aanvullende zorgverzekering die het college aan de minima aanbiedt.

Mocht de rechthebbende echter dit gemeentelijke pakket niet willen of kunnen afnemen, dan kan de belanghebbende gecompenseerd worden voor een bedrag van maximaal € 300. Zie toelichting bij artikel 8. Dit wordt verstrekt als compensatie in de premiekosten aanvullende zorgverzekering.

Hoofdstuk 2. Doelgroepbepaling

Artikel 4. Rechthebbende

Iedereen die voldoet aan artikel 5 en 6 van deze beleidsregel is rechthebbende.

Om te bepalen of iemand tot de doelgroep behoort, moeten de volgende vragen gesteld worden:

1. Woont de belanghebbende in de gemeente Oldebroek en staat hij/zij (staan zij) ingeschreven in het GBA?
2. Had de belanghebbende gedurende het jaar van aanvraag een inkomen gelijk of lager dan 120% van de toepasselijke bijstandsnorm? (zie ook toelichting bij artikel 5)
3. Is de belanghebbende (of is degene voor wie de compensatie wordt aangevraagd) chronisch ziek of gehandicapt conform artikel 6 lid 2?
4. Heeft de belanghebbende een aanvullende zorgverzekering via de gemeente? Of heeft de belanghebbende een andere aanvullende zorgverzekering en 3 jaar op rij zijn eigen risico volledig moeten betalen?

Als op alle vier de vragen bevestigend geantwoord kan worden, heeft de belanghebbende recht op compensatie in de meerkosten voor chronisch zieken en gehandicapten.

Artikel 5. Inkomensgrens

Alle minimaregelingen zijn bedoeld voor burgers van de gemeente Oldebroek met een inkomen dat gelijk of lager is dan 120% van de toepasselijke bijstandsnorm. Ook deze regeling is

beschikbaar voor deze doelgroep. In schrijnende gevallen kan afgeweken worden van deze inkomensgrens op grond van de hardheidsclausule in artikel 12.

Als bewijsstuk kunnen loonstroken en bankafschriften gevraagd worden of een kopie van de aangifte Inkomstenbelasting van het betreffende jaar.

Artikel 6. Chronisch zieke of gehandicapte

Om te bepalen of iemand onder de doelgroep van chronisch ziek of gehandicapt valt, wordt gekeken naar bestaande regelingen waarbij al vastgesteld is dat iemand chronisch ziek of gehandicapt is. We denken hierbij aan:

- Een Wmo-indicatie van minimaal een jaar;
- Een uitkering van het UWV op basis van 80-100% arbeidsongeschiktheid;
- Een geldige gehandicaptenkaart;
- Extra hoge kinderbijslag van minimaal twee keer de normale kinderbijslag van het SVB omdat het thuiswonende kind gehandicapt is (tot 1 januari 2015 was dit de TOG; regeling tegemoetkoming voor ouders van thuiswonende gehandicapte kinderen);
- Een indicatie van de zorgverzekeraar voor de Regeling zittend ziekenvervoer;
- Een bewijs dat de belanghebbende, of degene voor wie de belanghebbende een compensatie aanvraagt, een van de 28 chronische ziekten heeft als beschreven door het Nationaal Kompas Volksgezondheid.

Versie 4.17 van 23 juni 2014. Zie www.nationaalkompas.nl voor een recente versie:

1. Aids en hiv-infectie
2. Kanker
3. Gezichtsstoornissen
4. Gehoorstoornissen
5. Aangeboren afwijkingen van het hartvaatstelsel
6. Aandoeningen van het endocard/hartklepafwijkingen
7. Hartfalen
8. Coronaire hartziekten
9. Hartritmestoornissen
10. Beroerte
11. Reumatoïde artritis
12. Perifere artrose
13. Chronische nek- en rugklachten
14. Osteoporose
15. Ziekte van Parkinson
16. Epilepsie
17. Migraine
18. Aandoeningen gerelateerd aan alcohol
19. Dementie (inclusief alzheimer)
20. Schizofrenie
21. Stemmingsstoornissen
22. Angststoornissen
23. Overspanning/burn-out
24. Persoonlijkheidsstoornissen
25. Verstandelijke handicap
26. COPD
27. Astma
28. Diabetes mellitus

Hoofdstuk 3. Aanvraag

Artikel 7. Vaststellen recht

De belanghebbende kan op twee verschillende manieren gecompenseerd worden.

A. Aanmelden bij de gemeentelijke collectieve aanvullende zorgverzekering via www.gezondverzekerd.nl

Via www.gezondverzekerd.nl kunnen minima zich aanmelden voor het gemeentelijk aanbod aan zorgverzekeringen. Als minima zich aanmelden voor het meest uitgebreide pakket, hebben ze extra dekking voor veelvoorkomende meerkosten chronisch zieken, krijgen ze een groot aantal wettelijke of gemeentelijke eigen bijdragen vergoed en wordt het eigen risico vergoed. Daarnaast krijgen ze een korting op de premie van de zorgverzekeraar.

B. Aanvraag indienen door middel van aanvraagformulier van de gemeente.

Het college heeft de voorkeur dat mensen zich goed verzekeren en gebruik maken van alle extra's die de meest uitgebreide collectieve aanvullende verzekering van de gemeente biedt. Echter, er kunnen omstandigheden zijn waarin de belanghebbende zich (nog) niet heeft aangemeld voor dit pakket van de gemeente. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de termijn waarbinnen een belanghebbende moet zijn overgestapt naar een nieuwe verzekering of aan een specifieke dekking van de huidige verzekering of de hoogte van de premie. In dat geval kan de belanghebbende gecompenseerd worden door het aanvraagformulier Compensatie Meerkosten CZG in te vullen.

Er is één groot verschil; namelijk dat de aanvraag kan worden ingediend terwijl er al een verzekering is, dus er al premiekosten zijn. De compensatie wordt verstrekt op basis van het bewijs dat iemand 3 kalenderjaren op rij zijn wettelijk eigen risico volledig heeft moeten betalen aan de zorgverzekeraar. De compensatie is wat lager dan het eigen risico van 2015, namelijk 300 euro in plaats van 375 euro, om het gebruik van een collectieve zorgverzekering te stimuleren.

Elk jaar moet de belanghebbende een nieuw aanvraag indienen. Dit is onder andere om te kunnen controleren of de belanghebbende niet inmiddels is verzekerd via de gemeentelijke collectieve aanvullende zorgverzekering en om de belanghebbende te stimuleren over te stappen.

Artikel 8. Verstrekking

De uitbetaling van de compensatie gaat op verschillende manieren:

- A. Als de belanghebbende een gemeentelijke collectieve aanvullende zorgverzekering heeft, ontvangt de belanghebbende de compensatie via de zorgverzekering.
- B. Als de belanghebbende niet overstapt naar de collectieve aanvullende zorgverzekering die de gemeente aanbiedt, ontvangt de belanghebbende bijzondere bijstand van € 300 per jaar. Dit is maatwerk en moet in overleg met uitkeringsadministratie, debiteurenbeheer en de klant bekeken worden. Mocht de belanghebbende half juli een aanvraag indienen voor dat jaar, dan kan bijvoorbeeld gekozen worden om in augustus de bijzondere bijstand te verlenen. Als de aanvraag in januari van het volgende kalenderjaar wordt ingediend, moet de bijzondere bijstand met terugwerkende kracht verstrekt worden.

Artikel 9. Controle

Er is om verschillende redenen steekproefsgewijze controle nodig.

- A. Bij de aanmelding wordt de belanghebbende gevraagd of hij/zij een inkomen lager heeft dan zijn of haar toepasselijke bijstandsnorm. Er is geen controle of de belanghebbende deze vraag naar waarheid invult. Door steekproefsgewijze controle kan dit getoetst worden. Zo is het aannemelijk dat iemand die in aanmerking komt voor de CAV, ook in aanmerking komt voor andere minimaregelingen. Als iemand niet bekend is bij ons, is dat reden voor een controle. Dit is niet alleen in het belang van de gemeente om te voorkomen dat oneigenlijk gebruik wordt gemaakt van de regeling. Maar ook in het belang van de belanghebbende omdat het college hem/haar kan wijzen op andere minimaregelingen waarvoor hij/zij in aanmerking kan komen.
Als achteraf blijkt dat belanghebbende niet de gevraagde bewijsstukken heeft overlegd dan zal het uitgekeerde bedrag worden teruggevorderd.
- B. Bij een herhalingsaanvraag, is het niet nodig om weer alle bewijsstukken op te vragen. Het is echter wel van belang om regelmatig te controleren of de situatie ongewijzigd is, bijvoorbeeld door de aanmeldingen voor de CAV te vergelijken.
- C. Bij fraude is maatregelenbeleid mogelijk om niet alleen de tegemoetkoming terug te vorderen, maar ook een boete op te leggen.

Hoofdstuk 4. Slotbepalingen

Artikel 10. Budgetplafond

Het is vooralsnog onduidelijk hoeveel mensen gebruik zullen maken van deze regeling. In 2013 hebben nog zo'n 3.000 mensen uit de gemeente Oldebroek een tegemoetkoming gekregen van het Rijk. Voor 2015 is een begroting gemaakt, waarmee we met deze regeling binnen blijven. Echter, met het oog op de sturing, is een budgetplafond aan deze beleidsregel toegevoegd. Voor zover nu bekend, zijn dit de budgetten voor de komende jaren.

	Budget rijk	Budget Oldebroek
2014	€ 45 miljoen	€ 54.800
2015	€ 216 miljoen	€ 225.000
2016	€ 266 miljoen	€ 275.000
2017 e.v.	€ 268 miljoen	€ 280.000

Op het moment dat blijkt dat het college het budgetplafond gaat bereiken, besluit het college in hoeverre de regeling stopgezet wordt (wie het eerst komt,...) of dat gezocht wordt naar extra budget voor deze regeling. Afhankelijk van de mogelijkheden binnen de budgetten, neemt hetzij het college hetzij de gemeenteraad een beslissing over extra budget.

Artikel 11. Evaluatie

Deze beleidsregel is tot stand gekomen na raadpleging van chronisch zieke minima. Een groot deel van de doelgroep is echter niet geraadpleegd. Binnen twee jaar wordt het beleid geëvalueerd om te kijken:

- of de doelgroep die bedoeld is, ook daadwerkelijk wordt bereikt;
- of de twee vormen van verstrekking (CAV en 300 euro vergoeding in de premie) de juiste vormen van verstrekking zijn;
- of de beleidsregel moet worden aangepast.

Als de conclusie uit de evaluatie is, dat de beleidsregel moet worden aangepast, kan het college het beleid aanpassen. Dit wordt echter niet meer met een aparte beleidsregel gedaan, maar als onderdeel van het bijzondere bijstandsbeleid.

Artikel 12 tot en met 13
Deze regels spreken voor zich.