

Afdeling	: Directie Inwoners	B&W-voorstel:
Naam opsteller voorstel	: Lambers, Maartje (575 887)	BW-010715
Portefeuillehouder	: P.P.H. (Paul) Sterk	Zaaknummer JOIN:
		Z/17/046173
		Publicatie:
		Openbaar

Onderwerp

Compensatieregeling chronisch zieken en gehandicapten.

Voorstel

Klik hier als u tekst wilt invoeren.

1. De 'evaluatie chronisch zieken en gehandicapten 2016' (bijlage 1) vast te stellen.
2. De 'pilot' die als doel heeft om het mijden van zorg te verminderen voor het jaar 2017 voort te zetten.

Inleiding

Op 25 november 2014 heeft uw college ingestemd met de introductie van een 'collectieve maatwerkvoorziening voor chronisch zieken en gehandicapten' (hierna: regeling CZG). Dit door uitbreiding van de collectieve zorgverzekering voor minima (hierna: CZM). De evaluatie richt zich op behaalde aantallen en benodigd budget.

In de bijgaande notitie 'Evaluatie compensatieregeling chronisch zieken en gehandicapten' (bijlage 1) worden de volgende onderdelen beschreven:

- Voorgeschiedenis (paragraaf 1);
- Recente (landelijke) ontwikkelingen (paragraaf 2);
- Doelstellingen van de compensatieregeling (paragraaf 3);
- Behaalde resultaten, zowel in aantallen als in geld (paragraaf 4);
- Pilot zorgwekkende zorgmijders (paragraaf 5);
- Klantevredenheidsonderzoek Cliëntenplatform minima (paragraaf 6);
- Voorstellen tot verbetering van de compensatieregeling (paragraaf 7);
- Doorontwikkeling en verdere verkenningen (paragraaf 8).

De belangrijkste onderdelen van de notitie zijn in dit collegevoorstel opgenomen.

Weert, 06-06-2017 De directeur, Soort besluit: Besluit college	S	B	W	W	W	W
			FvE	PS	GG	MvdH
	akkoord					
	bespreken					
Vergadering B&W van 27-06-2017						

In te vullen door het B&W secretariaat:

- Akkoord
 Akkoord met tekstuele aanpassing door portefeuillehouder
 Anders, nl.:

Beslissing d.d.:

27.6.17

- Niet akkoord
 Gewijzigde versie

- A-stuk
 B-stuk
 C-stuk

Nummer:

3

De secretaris,



Behaalde resultaten

In 2016 hebben we ca. 2.320 volwassen deelnemers aan de CZM. Het aantal volwassen deelnemers is ten opzichte van 2015 met 25% toegenomen. Het streven was om in 2016 uit te komen op ongeveer 2.500 deelnemers (prognose 2016: 1800 gemeente Extra en 700 gemeente Extra Uitgebreid). Gelet op de maximale deelnamegraad aan de CZM door minima, die door BS&F is berekend, zal het aantal deelnemers amper verder kunnen groeien (BS&F ondersteunt overheden, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en belangenorganisaties op het gebied van zorg en sociale zekerheid). Vastgesteld kan worden dat het beoogd aantal deelnemers niet volledig bereikt is en het beschikbare budget voldoende is om de regeling in zijn huidige vorm voort te zetten.

De gemiddelde deelnemer haalt jaarlijks ongeveer € 250 per jaar aan voordeel uit de CZM. De CZM heeft onder de potentiële doelgroep in Weert een hoog bereik; bijna 65% van de doelgroep maakt gebruik van de CZM. Het regionale en landelijke gemiddelde ligt met respectievelijk 50% en 47% fors lager. Voor meer gedetailleerde informatie over het gerealiseerde aantal deelnemers, opbrengst voor de deelnemers en het bereik onder de potentiële deelnemers wordt verwezen naar paragraaf 4 in de evaluatie.

Uitbreiding van de compensatieregeling

Op basis van een vorige evaluatienotitie (collegebesluit 24 november 2015) is in paragraaf 7 beschreven welke vier voorstellen gedaan zijn om de compensatieregeling te verbeteren. Hieronder worden deze vier voorstellen kort en bondig omschreven. Voor een uitgebreidere beschrijving wordt verwezen naar de notitie (bijlage 1).

Verbetering

In 2016 is ervoor gekozen om de netto premie voor beide verzekeringen op het zelfde bedrag te laten uitkomen. De premie voor de 'uitgebreide variant' werd netto net zo hoog als de premie van de 'normale variant'. Hiermee werd beoogd ervoor te zorgen dat de hoogte van de premie geen belemmering vormt voor de keuze van de 'uitgebreide variant'.

Ingeschat werd dat daardoor het aantal deelnemers met een 'uitgebreide variant' zou toenemen van 25% naar 35%. Dit zou leiden tot hogere uitgaven aan gemeentelijke bijdrage. De extra uitgaven werden begroot op € 12.900 per jaar. Als men kijkt naar de toename in het aantal deelnemers in 2016 bij de meest uitgebreide variant is het aantal zelfs met 50% toegenomen. Het gebruik van de gemeente extra variant is licht gestegen.

Op advies van BS&F is er voor 2017 gekozen om een verschil in premiebijdrage te doen. De reden daarvoor is om juist personen de mogelijkheid te bieden om een verzekering af te sluiten die een dekking biedt voor kosten die ze denken te gaan maken. Mensen met een hoge zorgbehoefte kiezen een verzekering met een uitgebreide dekking en mensen met een lage zorgbehoefte een verzekering met een beperkte dekking. Het effect om beide verzekeringen op het zelfde bedrag te laten uitkomen gaat aan dit principe voorbij. Voorgesteld is dan ook om de premiebijdrage voor 2017 te laten differentiëren en een hogere bijdrage in het meest uitgebreide pakket te doen. Voor een uitgebreidere beschrijving zie paragraaf 4.8 in de notitie (bijlage 1)

Innovatie

Vanuit de praktijk blijkt dat sommige burgers zorg mijden door het wettelijk eigen risico in de Zorgverzekeringswet. Dit heeft negatieve gevolgen voor de participatie van deze mensen. Daarom is onderzocht of het mogelijk is het aantal zorgmijders terug te brengen. Dit is uitgevoerd door middel van een pilot gestart in 2016. We hebben een aantal personen door middel van inzet van deze pilot kunnen helpen maar dat bleek een beperkte groep (4 personen). Geconcludeerd kan worden dat zorgmijders lastig bereikbaar zijn. De problematiek en bereik van de doelgroep is ingewikkeld.

De ketenpartners waaronder het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW), huisartsen e.d. kunnen nog nadrukkelijker gewezen worden op het signaleren en 'aanleveren' van zorgmijders. Daarnaast is er vaak sprake van meervoudige problematiek en verkeren zij veelal in een achterstandssituatie. Binnen de vangnetregeling kan maatwerk geboden worden. Voorstel is dan ook om de vangnetregeling aan te houden voor 2017 en eind 2017 opnieuw te evalueren. Voor een uitgebreidere beschrijving zie paragraaf 5.2 in de notitie (bijlage 1).

In gesprek met de doelgroep

In 2016 was het de bedoeling om in gesprek te gaan met de doelgroep om erachter te komen wat hun wensen zijn ten aanzien van de compensatieregeling. Dit onderdeel is betrokken in een in 2016 uitgevoerd Klanttevredenheidsonderzoek door het Cliënten Platform Minima. Zie hiervoor paragraaf 6 in de notitie (bijlage 1).

Verhoging bijdrage ter compensatie van gestegen kosten

De kosten van de premie voor de zorgverzekering zijn in 2016 met ongeveer € 85,= gestegen. Om die stijging deels te compenseren is de bijdrage met ingang van 2016 te verhoogd met € 2,= per deelnemer per maand. Zie ook paragraaf 4.8 in de notitie (bijlage 1).

Tweede aanbieder

In 2016 is onderzocht of -naast zorgverzekeraar CZ- ook een andere zorgverzekeraar bereid is een CZM aan te bieden. Dit heeft geresulteerd in een tweede aanbieder van een collectieve zorgverzekering voor minima via zorgverzekeraar DSW met ingang van 1 januari 2017. Door inzet van deze tweede aanbieder bestaat een keuzevrijheid voor minima met hoge zorgkosten.

Conclusie

Bijgaande evaluatie leidt tot de volgende acties:

- Het voortzetten van de 'pilot' die als doel heeft om het mijden van zorg te verminderen voor het jaar 2017.
- Het monitoren en evalueren van een tweede aanbieder (DSW) van de collectieve zorgverzekering voor minima
- Het voortzetten van de huidige compensatieregeling chronisch zieken en gehandicapten.

Beoogd effect/doel

Het evalueren van de 'compensatieregeling chronisch zieken en gehandicapten' en waar nodig aanpassingen en verbeteringen doorvoeren.

Argumenten

1. *Door evaluatie van de 'compensatieregeling chronisch zieken en gehandicapten' worden behaalde resultaten en het benodigde budget vastgesteld en kunnen waar nodig verbetervoorstellen voor de compensatieregeling worden gedaan.*

Kanttekeningen en risico's

Niet van toepassing

Financiële, personele en juridische gevolgen

Financieel:

De verwachte totaalkosten in 2017 zijn € 504.000

Er is een beschikbaar budget voor 2017 van € 616.320. Het gaat hierbij om € 166.320 vanuit het budget bijzondere bijstand en € 450.000 vanuit de exploitatieopzet nieuwe taken WMO. Uitgaande van de huidige inkomensgrens van 130%, de kosten van het huidige aantal deelnemers bij Cz (€ 450.000), de hypothese dat maximaal 100 nieuwe

deelnemers gebruik zullen gaan maken van de regeling bij DSW in 2017 en 2018 en het voortzetten van de 'pilot' zorgwekkende zorgmijders is het benodigde bedrag € 490.000 voor 2017. Daarnaast is voor de controle (op inkomensgrens van 130%) van de aanmeldingen inzet van administratief medewerkers nodig. Omgerekend zijn de maximaal noodzakelijke uitvoeringskosten € 14.000,- (jaarlijks). Het niet benodigde bedrag van € 112.000 (€616.320 - € 504.000) blijft beschikbaar binnen de exploitatieopzet WMO nieuwe taken.

Personeel:

Processen kunnen net als voorgaande jaren binnen de huidige capaciteit binnen afdeling WIZ verwerkt worden.

Juridisch:

Het aanbieden van een collectieve zorgverzekering voor minima staat verankerd in de beleidsregel bijzondere bijstand en dient door een wijziging van de gemeentelijke bijdragen te worden aangepast. Gezien het feit dat de beleidsregel bijzondere bijstand op meerdere onderwerpen dient te worden aangepast zal deze apart aan uw college worden aangeboden. Het streven is om de aangepaste beleidsregel bijzondere bijstand in juli 2017 door uw college te laten vaststellen.

Uitvoering/evaluatie

De 'compensatieregeling chronisch zieken en gehandicapten' wordt jaarlijks geëvalueerd om mogelijke verbetervoorstellen mee te nemen.

Communicatie/participatie

Niet van toepassing

Overleg gevoerd met

Intern:

- Kees Joosten, afdelingshoofd WIZ
- Saskia Doek, beleidsadviseur OCSW
- Patricia Vos beleidsadviseur financiën

Extern:

- Cliëntenplatform Minima Weert
- Haaye Tiggelaar en Martijn Pepping, BS&F

Bijlagen

Evaluatie 2016 'compensatieregeling chronisch zieken en gehandicapten' (versie juni 2017).

Evaluatie compensatieregeling chronisch zieken en gehandicapten



Inleiding

In deze (korte) notitie wordt de evaluatie van de compensatieregeling voor chronisch zieken en gehandicapten beschreven. Eind 2014 is, in lijn met het beleidsplan WMO, gekozen voor de introductie van een gemeentelijke compensatieregeling voor chronisch zieken en gehandicapten per 1 januari 2015. En wel door middel van aanpassing van de bestaande collectieve zorgverzekering voor minima. In november 2015 heeft een eerste evaluatie plaatsgevonden. Er is ook aangegeven dat een evaluatie in 2016 zou plaatsvinden.

De evaluatie is met name bedoeld om inzicht te krijgen en geven over de aantallen en de bestedingen. Daarnaast wordt inzicht gegeven in het voordeel voor de deelnemers en in het bereik (deelnamegraad).

Inhoudelijk zullen de volgende onderdelen aan bod komen:

1. Wat ging vooraf? (voorgeschiedenis)
2. Recente ontwikkelingen
3. Doelstellingen
4. De cijfers: aantallen en geld
5. Pilot zorgwekkende zorgmijders
6. Klanttevredenheidsonderzoek Cliënten platform minima
7. Hoe verder?
8. Overige

1. Wat ging vooraf?

In 2014 is de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (hierna: Wtcg) en de regeling compensatie eigen risico (hierna: CER) komen te vervallen. Tegelijkertijd kregen de Nederlandse gemeenten de bevoegdheid om chronisch zieken en gehandicapten te compenseren voor meerkosten van zorg. Hiervoor werd een deel van het oude Wtcg/CER budget beschikbaar gesteld. In Weert is onderzocht of en hoe een dergelijke compensatieregeling tot stand kon komen. De raad heeft hierbij met een motie¹ kaderstellend richting aangegeven. Dit heeft uiteindelijk geleid tot uitbreiding van de collectieve zorgverzekering voor minima (hierna: CZM).

Weert kent sinds 2013 een CZM via zorgverzekeraar CZ. In 2013 was dit beperkt tot korting op de premie van de zorgverzekering. Vanaf 2014 werd een speciaal samengesteld pakket (gemeentepakket) aangeboden¹. Dit was de aanvullende zorgverzekering 'Gemeenten Extra'.

Dit bood een oplossing voor de gevolgen van het stoppen met het buitenwettelijk verstrekken van bijzondere bijstand. Tevens had het als voordeel dat uitvoeringskosten verlaagd konden worden en burgers slechts bij één loket (zorgverzekeraar) terecht konden voor vergoedingen. Hierdoor werd ook administratieve lastenverlichting bij burgers en gemeente gerealiseerd. Deelnemers kregen bij deelname aan de CZM een korting² op de premie en daarnaast ook een financiële bijdrage van de gemeente. Met CZ werd ook overeengekomen dat de toegang actief bevorderd werd en eventuele drempels (schulden) zoveel mogelijk beslecht zouden worden. Om voor de regeling in 2014 in aanmerking te komen gold een inkomenseis van 115% van het sociaal minimum.

In november 2014 is besloten³ om per 1 januari 2015 een uitgebreidere variant van de gemeentelijke aanvullende verzekering te introduceren, te weten *Gemeenten Extra Uitgebreed*. Dit is in lijn met hetgeen is opgenomen in het door de raad vastgestelde beleidsplan WMO 2015-2016⁴. Deelnemers aan de CZM met de *Gemeenten Extra Uitgebreed* verzekering krijgen een hogere vergoeding dan mensen met de *Gemeenten Extra* verzekering. De vooruitbetaling van het wettelijk eigen risico⁵ werd hierbij als eis gesteld. De dekking vanuit deze aanvullende verzekering is specifiek afgestemd op de behoefte van de chronisch zieken en gehandicapten en is in nauwe samenspraak met Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten tot stand gekomen. De inkomensgrens is verhoogd naar 130% van het sociaal minimum. Hiermee werd aangesloten bij de inkomensgrens zoals die bij de Wtcg gold. Hierdoor kwam een grotere doelgroep voor deze regeling in aanmerking.

¹ Zie collegebesluit d.d. 08-10-2013, BW-006369

² Korting van 7% op premie basis- en aanvullende zorgverzekering

³ Zie collegebesluit d.d. 25-11-2014, BW-007831

⁴ Zie raadsbesluit d.d. 11-09-2014, RAD-001011

⁵ Van € 385 per jaar

2. Recente ontwikkelingen

Het gemeentelijke sociale domein is stevig in beweging. Met de drie decentralisaties (Wmo2015, Participatiewet, Jeugdwet) en de uitbreidende rol voor chronisch zieken en gehandicapten is de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor kwetsbare burgers fors toegenomen. Deze ontwikkeling werkt ook door op de relatie met zorgverzekeraars (en de gemeentelijke collectiviteit in het bijzonder). In dit hoofdstuk worden de voornaamste ontwikkelingen kort beschreven.

- *Wederzijdse afhankelijkheid neemt toe*
In 2014 is de ingezette koers van het tweede kabinet Rutte bestendigd: de transformatie van een verzorgingsstaat naar een 'participatiemaatschappij', waarbij beleid en uitvoering zo decentraal mogelijk worden georganiseerd. Deze beweging impliceert een intensivering van de relaties tussen gemeenten en zorgverzekeraars.
- *Inzet bij gezondheidsbevordering en decentralisatie van regelingen voor chronisch zieken*
De collectiviteit krijgt steeds vaker een verantwoordelijkheid bij meer dossiers binnen het sociale domein. Zo heeft het ministerie van VWS de collectiviteit opgenomen in het landelijke Nationaal Programma Preventie. Bovendien heeft de gemeentelijke collectiviteit een belangrijke rol ingenomen bij de decentralisatie van de Wtcg en CER naar gemeenten, als gericht instrument om meerkosten van chronisch zieken en gehandicapten te compenseren: Circa 90% van de Nederlandse gemeenten maakt gebruik van de gemeentelijke collectiviteit bij het compenseren van meerkosten voor chronisch zieken en gehandicapten.
- *Samenwerking om wanbetaling zorgpremies te bestrijden*
Het aantal wanbetalers stijgt gestaag. Per eind 2015 bedraagt het aantal wanbetalers 282.190^[1]. Daarvan hebben 64.240 een bijstandsuitkering op grond van de Participatiewet.
- *Aantal onverzekerden sterk teruggedrongen*
Sinds medio 2011 is de Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering van kracht geworden. Op dat moment waren er in Nederland ongeveer 136.450 personen onverzekerd voor ziektekosten (CBS, 2010). In februari 2012 sloot het CVZ (inmiddels Zorginstituut Nederland) de eerste zorgverzekeringen af namens degenen die niet op de aanschrijving van het Zorginstituut als onverzekerde en de twee boetes hadden gereageerd. Op dit moment zijn er ongeveer dan 24.000⁶ onverzekerden in Nederland.
- *Ontwikkeling overstappers*
De invoering van de Zorgverzekeringswet heeft geleid tot een grote verhuizing van verzekerden. Begin 2006 stapte bijna 20% van hen over naar een andere verzekeraar. De mobiliteit is daarna sterk verminderd, maar neemt sinds 2011 weer voorzichtig toe. Gemiddeld ligt het overstappercentage de laatste jaren rond de 6%.

^[1] Bron: CBS. De cijfers over eind 2016 worden in de loop van september 2017 verwacht.

⁶ Bron: verzekerden monitor 2015, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.

3. Doelstellingen

De CZM is een instrument dat op verschillende manieren bijdraagt aan gemeentelijke doelstellingen binnen het sociale domein:

3.1 Verbeteren verzekeringspositie door compensatie van meerkosten zorg

Minima zijn over het algemeen minder goed verzekerd tegen meerkosten van zorg en ondersteuning. Anderzijds geldt voor diegenen met hoge zorgkosten, zoals chronisch zieken en gehandicapten, dat zij niet altijd voldoende financiële mogelijkheden hebben om zich goed te kunnen verzekeren. De CZM biedt de mogelijkheid om gericht meerkosten van zorg te compenseren. Mensen met een hoge zorgbehoefte kiezen de Gemeenten Extra Uitgebreid verzekering, mensen met een normale zorgbehoefte kiezen voor de (goedkopere) Gemeenten Extra verzekering.

3.2 Verminderen beroep op bijzondere bijstand

Door de introductie van de CZM is gerealiseerd dat het aantal aanvragen bijzondere bijstand voor medische kosten drastisch is gedaald. Dit betroffen vrij arbeidsintensieve (en daarmee in uitvoering dure) werkprocessen. Veelal ging het om verstrekkingen van enkele tientjes, terwijl per aanvraag ongeveer € 175 aan uitvoeringskosten nodig waren. Nu krijgen cliënten deze vergoeding voor de medische kosten rechtstreeks van de zorgverzekeraar.

3.3 Vermindering schuldenproblematiek

Weert zet actief in op vermindering van het aantal personen met schulden bij zorgverzekeraars. Zonder deze inzet zullen zorgverzekeraars de dekking van de aanvullende verzekering beëindigen. Hierdoor wordt de toegang tot belangrijke zorg, zoals tandheelkunde, fysiotherapie en hulpmiddelen, verslechterd. Afdeling WIZ pakt de signalen van de zorgverzekeraars op, waardoor erger wordt voorkomen. Samen met de betreffende cliënt wordt gekeken naar een passende oplossing of ondersteuning. In het kader van schulddienstverlening zal dit nog meer aandacht krijgen.

3.4 Bestrijden niet-gebruik van inkomensondersteuning voor kwetsbare groepen

Uit onderzoek blijkt dat slechts 30% van de minima gebruik maakt van recht op bijzondere bijstand. Met de CZM is een laagdrempelige toegang tot vergoeding van meerkosten van zorg gecreëerd. Ook voor diegenen die eerder een Wtcg of CER vergoeding ontvingen. Zo wordt door middel van een door de gemeente Weert volledig bekostigde module WMO⁷ de eigen bijdrage voor minima voor WMO-voorzieningen volledig vergoed door de zorgverzekeraar.

3.5 Premiekorting

Deelnemers aan de CZM kunnen besparen op de kosten van de premie, aangezien de zorgverzekeraar een korting geeft op zowel de basis- als aanvullende zorgverzekering en daarnaast een bijdrage van de gemeente krijgen.

3.6 Verbinden van de zorgverzekeraar aan de domeinen preventie, re-integratie en participatie

De collectiviteit biedt de mogelijkheid om de zorgverzekeraar te verbinden aan gemeentelijke doelstellingen in het sociale domein, niet alleen qua armoedebeleid (van oudsher) maar ook op terreinen als preventie (gezondheidsbevordering), re-integratie en participatie. De collectiviteit kan ook op deze dossiers de 'brug' leggen naar organisatie en financiering van de zorgverzekeraar. Zo kunnen kosten ontdubbeld worden en een efficiënte rolverdeling gerealiseerd.

⁷ Kosten bedragen € 2 per maand per volwassene

4 De cijfers; aantallen en geld

Zoals eerder aangegeven wordt in deze notitie met name aangegeven wat de gerealiseerde aantallen en uitgaven zijn.

4.1 Aantal deelnemers

In onderstaande tabel 'aantallen' wordt aangegeven hoeveel volwassen deelnemen aan de CZM. Minderjarige kinderen van deelnemers zijn gratis meeverzekerd⁸. Het aantal volwassen deelnemers is ten opzichte van 2015 met 50% toegenomen. Voor 2016 was de verwachting deze stijging vast te houden. Het streven was om in 2016 uit te komen op ongeveer 2.500 deelnemers (prognose 2016: 1800 gemeente Extra en 700 gemeente Extra Uitgebreid). Gelet op de maximale deelnamegraad⁹ aan de CZM door minima, die door BS&F is berekend, zal het aantal deelnemers amper verder kunnen groeien.

Tabel aantallen

Omschrijving	2014	2015	2016	Stijging 2015-2016
Aantal deelnemers* Gemeenten Extra	1.238	1.404	1.412	0,5%
Aantal deelnemers* Gemeenten Extra Uitgebreid	-	451	909	50%
Totaal	1.238	1.856	2.321	25%

*: alleen premieplichtige volwassenen

Het beoogd aantal deelnemers is niet volledig bereikt maar er is een stijging te zien van 25%.

4.2 Opbrengst voor deelnemers

Zoals eerder aangegeven geeft de zorgverzekeraar een korting op de verzekeringspremie. Daarnaast verstrekt de gemeente een bijdrage in de kosten van de premie. In onderstaande tabel 'behaalde korting en bijdrage' wordt dit voordeel voor de jaren 2014, 2015 en 2016 weergegeven.

Tabel behaalde korting en bijdrage

Omschrijving	2014	2015	2016
Verstreckte bijdrage	€ 167.130	€ 287.902	€ 424.344
Behaalde korting door deelnemers	€ 146.046	€ 215.498	€ 291.072 ¹⁰
Totaal voordeel	€ 313.176	€ 503.400	€ 715.416

Door de premiekorting en de gemeentelijke bijdrage bespaart de gemiddelde deelnemer ongeveer € 250 per jaar.

4.3 Bereik

De gemeente Weert heeft zich altijd ingezet om het niet-gebruik van inkomensondersteunende voorzieningen terug te dringen. Het bereik van de CZM onder de potentiële doelgroep is steeds een punt van aandacht geweest. Uit onderstaand figuur is te zien hoe het bereik (de dekkinggraad) zich verhoudt ten opzichte van de regio en het landelijke gemiddelde. Wat opvalt is dat Weert een hoog bereik realiseert. Getracht wordt het bereik nog verder te verhogen door met name in te zetten op het goed informeren van intermediairs¹¹.

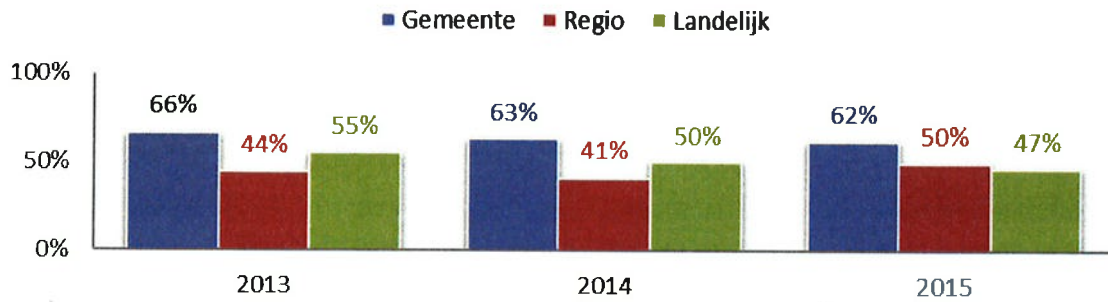
⁸ In 2014 ging het om 416 kinderen en in 2015 om 479 kinderen.

⁹ zie onder 'bereik'

¹⁰ Dit is exclusief het onder 7.4 opgenomen voorstel tot indexerings van de gemeentelijke bijdrage

¹¹ Uit onderzoek van de Hogeschool Windesheim, in opdracht van BS&F, blijkt dat informeren van intermediairs het hoogste rendement haalt.

Figuur: dekingsgraad CZM



Bron: BS&F en Minimascan van Stimulansz

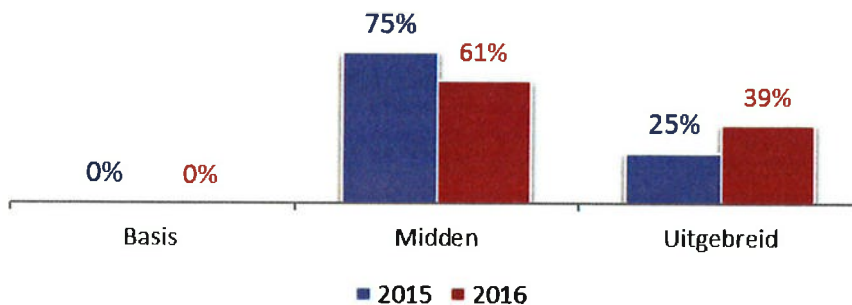
4.4 Verschillende pakketten

Binnen de CZM worden momenteel twee aanvullende zorgverzekeringen aangeboden: de 'normale variant' (Gemeenten Extra) en de 'uitgebreide variant' (Gemeenten Extra Uitgebreid). De uitgebreide variant is met name bedoeld voor de mensen met een grotere zorgbehoefte, feitelijk dus de groep chronisch zieken en gehandicapten. Het aantal mensen dat gebruik maakt van de meest uitgebreide variant blijft bij alle gemeenten met een CZM wat achter. Op basis van het aantal burgers dat in aanmerking kwam voor de oude Wtcg en CER regeling was de verwachting dat het aandeel verzekerden dat een uitgebreidere verzekering zou afsluiten veel hoger zou zijn.

De verwachting was dat dit aantal wel zal stijgen, maar dat meer toestroom naar de uitgebreidere verzekering wat langere tijd nodig zal hebben. Vandaar dat in de prognose voor 2016 werd uitgegaan van een beperkte groei maar in werkelijkheid is er een forse toename in het aantal deelnemers bij gebruik van de meest uitgebreide variant namelijk 50%.

Momenteel bieden bijna alle zorgverzekeraars keuzevrijheid binnen de gemeentelijke collectiviteit: meer of minder uitgebreide dekkingen, wel of geen tanddekking en verschillende mogelijkheden om het verplicht eigen risico te verzekeren danwel gespreid vooraf te betalen.

Onderstaand een overzicht van het bereik van de verschillende pakketten in de gemeentelijke collectiviteit binnen onze gemeente in het tweede kwartaal van 2016.



Figuur 1: Bereik (18+) in het jaar 2016 per pakket

4.5 Meer keuzevrijheid in zorgverzekeraars

In 2015 is onderzocht of een andere grote zorgverzekeraar bereid zou zijn om in Weert ook een CZM aan te bieden. Reden hiervoor is met name gelegen in meer keuzevrijheid voor de burger. Van alle grote zorgverzekeraars die een CZM aanbieden is CZ nagenoeg de goedkoopste verzekeraar. Via BS&F is zorgverzekeraar VGZ (die na CZ het grootste deel van de markt in Weert in handen heeft) benaderd. Zij hebben te kennen gegeven niet bereid te zijn om een CZM aan te bieden. In 2016 is opnieuw onderzocht of er zorgverzekeraars bereid zijn om vanaf 2017 in Weert een CZM aan te bieden.

Tweede aanbieder CZM

Onderzoek is gedaan naar een mogelijke tweede aanbieder van een collectieve ziektekostenverzekering voor minima naast de huidige aanbieder CZ. De reden om te kiezen voor een aanbieder naast de huidige aanbieder (CZ) is voornamelijk de keuzevrijheid die de burger heeft bij het afsluiten van een bij hem/haar passende verzekering. Er hebben oriënterende gesprekken plaatsgevonden met zorgverzekeraar DSW. Zij hebben hun pakketten gepresenteerd aan de afdeling Werk, Inkomen en Zorgverlening en vervolgens heeft er een vergelijking plaatsgevonden van de meest uitgebreide pakketten van de huidige aanbieder CZ en DSW. De BAR-gemeenten (Barendrecht, Albrandswaard en Ridderkerk) werken momenteel met een combinatie van pakketten van CZ en DSW en er heeft aan de hand van gezondverzekerd.nl (website van bureau BS&F over collectieve zorgverzekeringen aangeboden door gemeenten) een vergelijking plaatsgevonden van pakketten zoals deze bestaan in 2016. Geconcludeerd kan worden dat DSW een voordeliger pakket aanbiedt maar het betreffen minimale verschillen.

Vergelijking (met behulp van gezondverzekerd.nl BAR-gemeenten)

	CZ (GEU)	DSW TOP + gemeentelijk pakket)
Bril	+	
Tandarts (vanaf 18 jr.)		+ geen max
Fysiotherapie		+
Dieet		+ geen max
Podo / steunzolen		+
Geneesmiddelen		+
Batterijen hoortoestel		+ (incl batterijen max € 50 p.jr.)
Ziekenvervoer		++
Orthodontie		+
Pedicure		+
Eigen bijdrage WMO / WLZ	+ (beiden 100% max € 375)	+ (beiden 100% max € 375)

Kanttekeningen

DSW kent daarentegen geen vergoedingen voor sommige kosten waarbij CZ deze kosten (gedeeltelijk) wel vergoed. Zoals:

- Alternatieve geneeswijzen: fytotherapie, Iriscopie, manuele geneeskunde, moermantherapie, orthomanele geneeskunde, orthomoleculaire geneeskunde, orthopedische geneeskunde, podo-orthesiologie, shiatsutherlandie, flebologie en proctologie.
- Medisch specialistische zorg: flapoorcorrectie, sterilisatie, obesitasbehandeling
- Overige hulpmiddelen: bewakingsapparatuur voor baby's, ADL-hulpmiddelen
- Tandheelkundige hulp*: verdoving door middel van roesje
- Psychische hulpverlening: psychosociale oncologie
- Kraamzorg: couveuse nazorg, uitgestelde / aanvulling kraamzorg, lactatiekundige hulp
- Cursussen en extra vergoedingen: cursussen patiëntenvereniging, zwangerschapscursus

*: Tandheelkundige hulp wordt bij CZ volledig vergoed met een max van € 570,00 per jaar voor alle behandelingen waarbij DSW 100% vergoedt zonder max bedrag maar wel uitzonderingen maakt bij bepaalde codes. Onze inschatting is dat de uitgezondere codes in de praktijk niet vaak voorkomen.

DSW kent het principe van keuzevrijheid van zorgverlener. DSW maakt met zoveel mogelijk zorgverleners afspraken over kwaliteit en prijs en heeft contracten met lokale zorgaanbieders. DSW geeft verder aan niet selectief te contracteren waardoor het aantal niet – gecontracteerde zorgverleners bij DWS klein is.

Bij het afsluiten van een aanvullende verzekering past de verzekeraar DSW geen medische toegangsbeoordeling toe. Mensen worden dus niet op medische gronden geweigerd.

Uit een door BS&F in 2015 uitgevoerde marktanalyse wordt aangegeven welke zorgverzekeraars een collectieve zorgverzekering aanbieden, maar ook hoe tevreden deelnemers zijn en in het geval van DSW zijn zij overigens erg tevreden.

4.6 Budget versus daadwerkelijke uitgaven

Het budget CZM wordt jaarlijks met € 166.320 gevoed vanuit het budget bijzondere bijstand. Daarnaast is er het budget de integratie uitkering sociaal domein. Vanuit dit budget kunnen er middelen ingezet worden op het gebied van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO, Participatiewet (PW) en de Jeugdwet. Deze budgetten zijn niet geoormerkt. Het rijk heeft hiermee beoogd een maximale beleidsvrijheid te geven aan gemeenten waarbij de gemeenten vrije invulling kunnen geven aan de budgetten.

Jaren	2015	2016	2017*
Beschikbaar budget	€ 634.421	€ 566.320	€ 616.320
Gemeentelijke bijdrage CZM	€ 287.902 -	€ 424.344	€ 490.000
Tijdelijke compensatieregeling	€ 63.780 -	-	-
Uitvoeringskosten CZM	€ 13.968 -	€ 13.968 -	€ 13.968
Totaal kosten	€ 365.650	€ 438.312	€ 503.968

*: Uitgaande van de huidige inkomensgrens van 130%, de kosten van het huidige aantal deelnemers bij CZ (€ 450.000) en de hypothese dat maximaal 100 nieuwe deelnemers gebruik zullen gaan maken van de regeling bij DSW in 2017 (extra kosten € 40.000) is het benodigde bedrag € 490.000 voor 2017. Daarnaast is voor de controle (op inkomensgrens van 130%) van de aanmeldingen inzet van administratief medewerkers nodig. Omgerekend zijn de maximaal noodzakelijke uitvoeringskosten afgerond € 14.000,- (jaarlijks).

Daarmee zijn de verwachte totaalkosten op jaarbasis € 504.000, dit kan dus binnen de begrote budgetten opgevangen worden.

4.7 Wettelijk eigen risico zorgverzekeringswet.

Bekend is dat het grootste deel van alle mensen met een laag inkomen het wettelijk eigen risico¹² volledig verbruikt. Het gemiddelde gebruik van het wettelijk eigen risico ligt op ongeveer € 240 per volwassene per jaar. Ook is bekend dat met name minima zorg mijden vanwege het niet kunnen¹³ betalen van het eigen risico.

Er bestaat een mogelijkheid om het verbruikte eigen risico deels te compenseren via de zorgverzekeraar. Het maximale budgettaire risico¹⁴ is daarbij € 185.600 voor het jaar 2015 en € 250.000 voor het jaar 2016. Uiteraard zou dit voor de deelnemers een welkome bijdrage in gemaakte kosten zijn. Het heeft echter in hoge mate het karakter van een ongerichte inkomenssuppletie zonder een sterk onderliggend doel (anders dan extra geld voor minima).

4.8 Eerdere voorstellen

Zelfinclusie

Voorgesteld werd om in 2016 de netto premie voor beide verzekeringen op het zelfde bedrag te laten uitkomen. De premie voor de 'uitgebreide variant' werd netto net zo hoog als de premie van

¹² € 385 per jaar

¹³ Veelal is het rekenkundig wel mogelijk, maar worden andere prioriteiten gesteld die in de beleving van de minima belangrijker zijn.

¹⁴ Uitgaande van een vergoeding van € 100 per deelnemer.

de 'normale variant'. Hiermee werd beoogd ervoor te zorgen dat de hoogte van de premie geen belemmering vormt voor de keuze van de 'uitgebreide variant'. Het enige verschil in het te betalen bedrag voor deelnemers met de 'uitgebreide variant' is het vooruit te betalen wettelijke eigen risico. Voor deelnemers die verwachten het eigen risico te gaan verbruiken is dit geen probleem. Alleen diegenen die niet denken het eigen risico te gebruiken zullen mogelijk niet kiezen voor de uitgebreide variant. Zij hebben, gelet op hun lagere zorgbehoefte, de uitgebreide variant ook niet nodig.

Ingeschat werd dat daardoor het aantal deelnemers met een 'uitgebreide variant' zou toenemen van 25% naar 35%. Dit leidt tot hogere uitgaven aan gemeentelijke bijdrage. De extra uitgaven werden begroot op € 12.900 per jaar. Als men kijkt naar de toename in het aantal deelnemers in 2016 bij de meest uitgebreide variant is dit zelfs met 50% toegenomen. Het gebruik van de gemeente extra variant is licht gestegen. Op advies van BS&F is er voor 2017 gekozen om een verschil in premiebijdrage te doen. De reden daarvoor is om juist personen de mogelijkheid te bieden om een verzekering af te sluiten die een dekking biedt voor kosten die ze denken te gaan maken. Mensen met een hoge zorgbehoefte kiezen een verzekering met een uitgebreide dekking en mensen met een lage zorgbehoefte een verzekering met een beperkte dekking. Het effect om beide verzekeringen op het zelfde bedrag te laten uitkomen gaat aan dit principe voorbij. Voorgesteld is dan ook om de premiebijdrage voor 2017 te laten differentiëren en een hogere bijdrage in het meest uitgebreide pakket te doen.

	GE	GEU	DSW Top
Gemeentelijke bijdrage CZM 2017	€ 15,00	€ 20,00	€ 20,00
Gemeentelijke bijdrage CZM 2016	€ 12,00 en de kosten van de module thuiszorg	€ 12,00 en 100% van het verschil tussen de premie extra en extra uitgebreid en de kosten van de module thuiszorg.	-

Indexering van de bijdrage

Het wettelijk eigen risico werd voor 2016 met € 10,= verhoogd naar € 385,=. Daarnaast verwachtte het Ministerie van VWS een stijging van de premie met ongeveer € 85,= per jaar. De zorgtoeslag wordt met € 42 per jaar verhoogd, waardoor ten dele de stijging wordt gecompenseerd. Voorgesteld werd dan ook om de premiebijdrage vanaf 2016 voor iedere deelnemer met € 2,= per maand te verhogen. De extra uitgaven werden begroot op € 60.000 per jaar. Vanwege het contracteren van een tweede aanbieder is op advies van BS&F gekozen voor eenzelfde bijdrage in de meest uitgebreide pakketten (GEU en DSW Top) om vooral mensen met hoge zorgkosten de mogelijkheid te bieden om zich tegen een lagere premie te verzekeren.

In gesprek met de doelgroep

Om een goed beeld te krijgen waar mogelijke hiaten in het verstrekkingenpakket van de CZM zitten, zullen in 2017 gesprekken worden gevoerd met deelnemers aan de CZM. Het Cliëntenplatform minima heeft in 2016 en 2017 een kwantitatief en kwalitatief klanttevredenheidsonderzoek laten uitvoeren. In hoofdstuk 6 worden de bevindingen beschreven.

5 Pilot 'zorgwekkende zorgmijders'

5.1 inzet pilot

Een deel van de minima mijdt zorg omwille van het wettelijk eigen risico. Het vanwege financiële redenen afzien van noodzakelijke zorg werkt belemmerend in de participatie van kwetsbare burgers.

Het achteraf terugbetalen van (een deel van) het wettelijk eigen risico is een sympathieke manier om de doelgroep te compenseren voor daadwerkelijk gemaakte zorgkosten. Het levert echter geen bijdrage aan reductie van zorgmijding. Vooral omdat deze compensatie alleen achteraf kan plaatsvinden.

Er is onderzocht wat er gebeurt als burgers die daadwerkelijk zorg mijden financieel vooraf de waarborg krijgen dat ze zich geen zorgen hoeven te maken over het wettelijke eigen risico.

Het moet hierbij gaan om mensen die als gevolg van het mijden van zorg de eigen participatie in de weg staan. Verondersteld wordt dat dit het aantal zorgwekkende zorgmijders zal laten dalen. Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan om iemand die het nalaat om noodzakelijke psychologische hulp te aanvaarden omdat hij het geld voor de wettelijke eigen bijdrage in zijn beleving harder nodig heeft voor andere zaken. Juist in die gevallen kan het wegnemen van zorgen over het te betalen eigen risico het verschil zijn tussen wel of niet gebruik maken van zorg die essentieel is voor de participatie. Dit levert een positieve bijdrage aan gezondheid van mensen. Daarnaast levert het ook een bijdrage aan minder uitval tijdens re-integratietrajecten.

Er heeft een pilot plaatsgevonden gestart in 2016 in eerste instantie voor de duur van 6 maanden en vervolgens uitgebreid naar 12 maanden, om ervaringen op te doen met een regelluwe "vangnetregeling CZG". Hiervoor is éénmalig een bedrag van € 50.000 gereserveerd.

De volgende regels bieden het kader voor de pilot:

- De persoon moet in Weert wonen;
- Er moet sprake zijn van een inkomen van ten hoogste 130% van het sociaal minimum¹⁵;
- De persoon kan op jaarbasis maximaal een bedrag gelijk aan het wettelijk eigen risico ontvangen¹⁶;
- De persoon heeft een zorgverzekering;
- De persoon mijdt daadwerkelijk zorg waardoor de participatie van hemzelf ernstige schade wordt toegebracht;
- Wat onder 'ernstige schade' moet worden verstaan is maatwerk. Die beoordeling vindt plaats door consulenten (WMO, Inkomen of Activering/Werk) in overleg met de teamleider Participatie.

De betreffende zorgmijders zullen met name door de afdeling WIZ gesignaleerd worden. Daarnaast zullen ook vanuit de keten zorgmijders worden gesignaleerd. De ketenpartners zullen na instemming met deze pilot nadrukkelijk hun rol krijgen in het 'aanleveren' van zorgmijders. Voor alle duidelijkheid gaat het hier om zorgmijders die zorg mijden op grond van financiële argumenten. Het gaat niet om mensen die vinden dat ze de noodzakelijke zorg niet nodig hebben. Voor deze vorm van zorgmijding is deze pilot niet geschikt, dat vereist meer inhoudelijke overtuigingskracht.

De verwachting is dat met name GGZ-zorg omwille van financiële redenen gemijd wordt; die kosten drukken namelijk op het eigen risico.

Na afloop van de pilot zal op basis van de ervaringen beoordeeld worden in hoeverre de introductie van een structurele vangnetregeling zinvol is.

5.2 Bevindingen pilot

In de pilot is onderzocht wat het effect is van het compenseren van het eigen risico. Met name wordt bekeken of dit een bijdrage levert aan reductie van zorgwekkende zorgmijders. Mocht dit daadwerkelijk effect resulteren kan er dan een besluit worden genomen over het (deels) compenseren van het eigen risico en op welke wijze dit moet plaatsvinden.

De aantallen

Gezien de geringe aantallen van aanmeldingen in juli 2016 is besloten de duur van de pilot te verlengen naar geheel 2016. Evaluatie heeft nu plaatsgevonden in het voorjaar 2017 in plaats van een eerdere planning najaar 2016 vanwege het uitbreiden van de termijn waarbinnen de pilot plaatsvindt.

Tot op heden hebben er 4 personen een beroep hebben gedaan op deze regeling waarvan 3 personen een vergoeding hebben ontvangen en 1 persoon een afwijzing heeft ontvangen. Het kon hier gaan om twee soorten kosten namelijk het wettelijk eigen risico Zorgverzekeringswet (Zvw) en de eigen bijdrage WMO opgelegd door het CAK.

¹⁵ gelijk aan de inkomensgrens voor de CZM

¹⁶ voor 2016 en 2017 is dit € 385

Bij de eigen bijdrage WMO is aanvullend op voorgenoemde criteria ook nog beoordeeld waarom de klant niet heeft gekozen voor de collectieve zorgverzekering voor minima (hierna: CZM). Dit omdat vanuit de CZM een vergoeding wordt gegeven voor de eigen bijdrage Cak op grond van de WMO. Indien de CZM niet is afgesloten is een vergoeding alleen mogelijk wanneer:

- Toelating tot CZM eerder niet mogelijk is geweest door schulden bij de zorgverzekeraar;
- Toelating tot CZM gelet op de individuele situatie van de cliënt hem niet aan te rekenen is (dit is maatwerk, kan te maken hebben met een reeds afgesloten zeer uitgebreide aanvullende verzekering of door ernstige financiële problemen).

Hoogte van de vergoeding

De vergoeding bedraagt maximaal € 385 per jaar per persoon en kan alleen betrekking hebben op het jaar 2016. De vergoeding wordt altijd rechtstreeks uitbetaald aan de zorgverzekeraar of het Cak (in geval van eigen bijdrage WMO).

Mocht er sprake zijn van samenloop (dus zowel eigen risico Zvw als eigen bijdrage WMO) kan maximaal 2 x het bedrag van € 385 worden verstrekt.

Casu

In alle casu is sprake van meervoudige problematiek. In 2 gevallen is er sprake van een drugsverslaving en schulden. In beiden gevallen kan er geen gebruik worden gemaakt van de CZM door achterstanden bij de zorgverzekering. In een ander geval was belanghebbende niet op de hoogte van de CZM regeling en is met ingang van 2017 deel gaan nemen aan deze regeling.

Er is in totaal € 922,20 uitgegeven aan bijzondere bijstand voor deze kosten. Er heeft in 1 geval een vergoeding plaatsgevonden van het eigen risico Zvw en in 2 gevallen een vergoeding van de eigen bijdrage CAK vanuit de WMO. De afwijzing heeft plaatsgebonden nadat gebleken is dat er geen sprake was van het daadwerkelijk mijden van zorg.

Voorbeeld casus toekenning:

Wat geeft cliënt zelf als argumentatie voor het mijden van zorg? Ze kan de kosten voor het eigen risico Zvw niet betalen. Haar zoon gaat naar het middelbaar onderwijs, sindsdien zijn de kosten toegenomen en komt zij net uit met haar geld. Er blijft echter niets over.

Geeft cliënt aan dat hij/zij behoefte heeft aan de zorg? Tijdens het keukentafelgesprek geeft mevrouw aan graag psychiatrische zorg te willen ontvangen. Ze heeft een geschikte psychiater gevonden welke haar kan helpen met haar toenemende psychische klachten.

Waaruit blijkt dat cliënt op basis van financiële argumenten de zorg mijdt? Mevrouw benoemt dat haar angsten toenemen en ze is bang om in de toekomst niet meer alleen naar buiten te durven. Ze wil dit graag aanpakken maar de financiële kosten zijn hierbij een grote belemmering. Daarom is deze zorg nog niet gestart.

Wat heeft cliënt gedaan om zelf een oplossing voor het financiële probleem te zoeken? Samen met de begeleiding kijkt zij naar haar in- en uitgaven. Ze kijken samen naar mogelijkheden en eventuele vergoedingen voor allerlei zaken. Bijvoorbeeld sport voor haar zoontje.

Motiveer waarom door het mijden van zorg ernstige schade aan de persoon of diens directe gezinsleden wordt toegebracht. Mevrouw is gescheiden en woont alleen met haar 12 jarige zoon. Als haar psychische klachten toenemen is dit niet alleen van invloed op haar leven maar ook op dat van haar zoontje.

Mevrouw doet momenteel vrijwilligerswerk. Omdat haar angsten toenemen is zij bang dit straks niet meer te kunnen uitvoeren omdat de stap om naar buiten te gaan wellicht te moeilijk wordt. Mevrouw kan dan niet meer zelfstandig participeren in de maatschappij. Begeleidingsuren zullen dan moeten toenemen. Dit kan met psychiatrische hulp hopelijk voorkomen worden. Normaliter heeft mevrouw ongeveer 100,- aan eigen risico Zvw. Ze vraagt een vergoeding voor de kosten voor eigen bijdrage boven dit bedrag.

Op basis van de bovenstaande ervaringen moet beoordeeld worden in hoeverre de introductie van een structurele vangnetregeling zinvol is.

Geconcludeerd kan worden dat zorgmijders lastig bereikbaar zijn. Daarbij opgemerkt dat alle vier de aanvragers reeds bekend waren binnen de afdeling Werk, Inkomen en Zorgverlening. De ketenpartners kunnen nog nadrukkelijker hun rol aangeleverd krijgen in het 'aanleveren' van zorgmijders. Daarnaast is er vaak sprake van meervoudige problematiek en verkeren zij veelal in een achterstandssituatie. Binnen de regeling kan maatwerk geboden worden. Voorstel is dan ook om de vangnetregeling aan te houden voor 2017 en eind 2017 opnieuw te evalueren. Voortzetting kan gebeuren binnen het beschikbare budget.

6 klanttevredenheidsonderzoek Clientenplatform Minima Weert

Om een goed beeld te krijgen waar mogelijke hiaten in het verstrekkingenpakket van de CZM zitten, zouden in 2016 gesprekken worden gevoerd met deelnemers aan de CZM. Daarnaast zou ook vanuit het klanttevredenheidsonderzoek (zie 8.3) - dat in 2016 door het Cliënten Platform Minima zal worden uitgevoerd - input worden geleverd.

Uit het klanttevredenheidsonderzoek geïnitieerd door het CPM is gebleken dat het overgrote deel van de cliënten met een uitkering deelneemt aan de huidige collectieve ziektekostenverzekering bij CZ. Toch geeft ongeveer een derde van de cliënten met een uitkering in het kader van levensonderhoud aan en een kwart van de cliënten met een minimaregeling aan geen ziektekostenverzekering via de gemeente te hebben. De meest genoemde reden hiervoor is dat zij de huidige eigen verzekering beter vinden. Ook is er een substantiële groep die zegt niet te weten dat de gemeente deze mogelijkheid biedt. Deze onwetendheid komt minder voor bij de cliënten levensonderhoud, maar daar is de groep die de verzekering van de gemeente Weert te duur vindt, omvangrijk. De tevredenheid bij de deelnemers is daarentegen op hoog niveau.¹⁷ Het onderzoeksbureau heeft in opdracht van het CPM Weert gevraagd naar verbeterpunten. Er wordt aangegeven dat de verzekering toch nog te duur is, het eigen risico een probleem vormt en bepaalde behandelingen (tandarts, fysiotherapie en homeopathie) in de polis moeten worden opgenomen. Er hebben gesprekken plaatsgevonden met de doelgroep in het kader van het klanttevredenheidsonderzoek. Hieruit is gebleken dat over het algemeen cliënten tevreden zijn over de collectieve zorgverzekering. Er zijn wel wensen omtrent het pakket, vooral met betrekking tot de tandarts en fysiotherapie. Het eigen risico is voor veel mensen belastend. Sommige mensen kiezen niet voor de goedkopere verzekering omdat men denkt dat de eigen verzekering beter is. Ook vergelijken is moeilijk.

7 Hoe verder?

Er is besloten om (zie BW-010062) naast de huidige collectieve aanvullende zorgverzekering voor minima (Gemeente Extra) en de uitgebreidere aanvullende zorgverzekering voor minima (Gemeente Extra Uitgebreid) van CZ een uitgebreide zorgverzekering van DSW zijnde de aanvullende verzekering Top aan te bieden. Deze uitgebreidere aanvullende zorgverzekering bestaat uit een verzekeringspakket afgestemd op de behoeften van chronisch zieken en gehandicapten. De huidige collectieve aanvullende zorgverzekering voor minima (Gemeente Extra) biedt voor ongeveer 80% van de zorgkosten waar chronisch zieken en gehandicapten mee geconfronteerd worden een oplossing. Met de uitgebreidere aanvullende zorgverzekering is dit percentage nog verder verhoogd en nu wordt er voor de uitgebreidere zorgverzekering een keuze geboden. De uitgebreidere aanvullende zorgverzekering heeft als voordeel dat de chronisch zieke of gehandicapte feitelijk gecompenseerd wordt voor de door hem/haar ervaren meerkosten van zorg. Hierdoor kunnen minder draagkrachtige, naar gezondheid kwetsbare, burgers blijvend toegang krijgen tot goede en betaalbare zorg.

Cliëntenplatform Minima (CPM)

De wens vanuit het Cliëntenplatform minima Weert bestond om in een vroeg stadium betrokken te zijn in de afweging van het wel dan niet aanbieden van een tweede collectieve zorgverzekeraar. Dit is dan ook reden geweest om de heer Verbeek, lid van het CPM, te betrekken in de afspraken die er zijn geweest met DSW.

Samen werd geconcludeerd dat het aanbieden van een collectieve ziektekostenverzekering niet te omvangrijk en ingewikkeld moet worden om te voorkomen dat potentiële en huidige deelnemers 'door de bomen het bos niet meer zien'. Om de doelgroep te bereiken namelijk, de chronisch zieken en gehandicapten, dient er slechts een keuzevrijheid te komen in de meest uitgebreide pakketten van CZ en DSW. Verder werd er ook geconcludeerd dat er geringe verschillen zitten in de meest uitgebreide pakketten.

¹⁷ Zie klanttevredenheidsonderzoek: de cliënten over de dienstverlening van de afdeling Werk, Inkomen en Zorgverlening van de gemeente Weert, D&K, onderzoek en opleiding, augustus 2016.

Een mogelijk risico bij het contracteren van DSW kan zijn een laag bereik van het aantal deelnemers doordat DSW een vrij onbekende zorgaanbieder in deze regio is. Er worden contractuele afspraken gemaakt over het aantal minimum deelnemers in 2017.

Een ander mogelijk risico is dat het aantal deelnemers meer dan 100 stijgt wat financiële consequenties heeft.

Evaluatie

Een volgende evaluatie zal plaatsvinden ieder voorjaar (eerstvolgend voorjaar 2018) om beleid en bijdragen voor het jaar daaropvolgend tijdig bij te kunnen stellen.

8 Overige

8.1 Controle inkomenseis

Sinds 2013 kent Weert een CZM. Alleen bij toetreding tot de CZM heeft een controle op het inkomen plaatsgevonden. In oktober 2016 is een start gemaakt met de controle van inkomensgegevens. Van het grootste deel van de deelnemers kan geautomatiseerd worden vastgesteld dat zij voldoen aan de inkomenseis. Van een kleiner deel (iets meer dan 600 mensen) is niet geautomatiseerd vast te stellen of zij voldoen. Zij worden aangeschreven om inkomensgegevens te overleggen en zullen wanneer zij niet meer voldoen aan de inkomenseis per 1 januari 2017 de CZM verlaten. Uiteraard worden zij hiervan tijdig door de gemeente en zorgverzekeraar CZ in kennis gesteld.

8.2 Wanbetalers en onverzekerden terugdringen

Weert blijft zich inzetten om het aantal wanbetalers terug te dringen. Weert kent momenteel 300 gezinnen met een achterstand in betaling. Hiervoor zijn afspraken met zorgverzekeraar CZ en DSW gemaakt. Daarnaast blijven we ook scherp op onverzekerden. Lijstwerk met onverzekerden wordt periodiek door het Inlichtingenbureau aangeleverd. De afdeling WIZ team schulddienstverlening pakt deze signalen op.

8.3 Gezondverzekerd (doorontwikkeling)

De door BS&F ontwikkelde en beheerde website www.gezondverzekerd.nl zorgt voor eenvoudige digitale aanmelding bij de CZM. Deze wijze van aanmelden is prettig voor de burger en efficiënt voor de afdeling WIZ. Burgers die problemen hebben met het gebruik van internet worden ondersteund door De Vraagwijzer of door het Servicekantoor van CZ in Weert. De website gezondverzekerd.nl is na Independer de grootste vergelijkingsite.

Uitbreiding is voorzien ten aanzien van de ontwikkeling van een digitale vraagwijzer (waar vind ik de beste betaalbare zorg/ondersteuning?) en een vergoedingswijzer (welke vergoedingen zijn er voor mijn meerkosten?).

De poliswijzer is inmiddels al enige jaren beschikbaar en helpt mensen laagdrempelig een afgewogen oordeel te vellen over de overstap naar de collectieve zorgverzekering voor minima. Dit zowel op inhoud van het pakket als op prijs.