

Datum	28 september 2020
Steller	Annette Keates
Afdeling	Beleid & Ontwikkeling
telefoonnummer:	0640599952
onderwerp:	Evaluatie Tegemoetkoming Chronisch Zieken en Gehandicapten
bijlages:	Input cliënten, adviesraden, consultants en adviseurs kwaliteit

Inleiding

Op 1 januari 2020 is het nieuwe minimabeleid in werking getreden. Het nieuwe beleid is gebouwd op drie pijlers: meedoen, vangnet en gezondheid. Het minimabeleid is gericht op duurzame zelfstandigheid en onafhankelijkheid voor onze inwoners, door preventie, activering naar werk, (positieve) gezondheid en maatwerkondersteuning daar waar nodig.

Het nieuwe minimabeleid heeft de regelingen overzichtelijker gemaakt. Eén van de minimaregelingen is de Tegemoetkoming Chronisch Zieken en Gehandicapten. Vanuit deze regeling kunnen mensen met een chronische ziekte of handicap aanspraak maken op een bijdrage vanuit de gemeente in de vaak hoge kosten die zij maken. Per huishouden kan maximaal €500 per jaar worden toegekend. Het gaat hierbij om directe en indirecte kosten die voortvloeien uit de medische situatie van de inwoner, waarvoor de zorgverzekeringswet geen vergoedingen regelt.

Bij directe medische kosten kan je bijvoorbeeld denken aan de meerkosten van een speciaal dieet. Onder indirecte kosten vallen bijvoorbeeld de extra bewassings- en slijtagekosten voor kleding die door ziekte vaker gewassen moet worden of sneller slijt.

Nieuw binnen de regeling is de vergoeding van het verplichte eigen risico. Voorheen was het eigen risico meeverzekerd in de premie van de collectieve ziektekostenverzekering voor minima. Sinds 2020 hebben we een nieuwe aanbieder van de ziektekostenverzekering, waarbij het eigen risico niet meeverzekerd kan worden. Inwoners kunnen via de Tegemoetkoming Chronisch Zieken en Gehandicapten een groot deel van het eigen risico terugkrijgen (€360 van de €385).

We hebben inmiddels bijna een jaar ervaring opgedaan met de nieuwe regeling en krijgen signalen vanuit de uitvoering en vanuit de inwoners dat de regeling op sommige punten voor verwarring zorgt. Wij hebben daarom besloten om een evaluatie uit te voeren, en met concrete voorstellen voor verbetering te komen.

Aanpak

Om de regeling te evalueren hebben we verschillende bronnen geraadpleegd. We zijn gestart met een eerste analyse van de bij ons bekende (financiële) gegevens over de regeling. Daarna hebben we de voorzitters van de Adviesraad Sociaal Domein en de Cliëntenraad Hilversum uitgebreid gesproken. Ook hebben we een aantal inwoners die recent gebruik hebben gemaakt van de regeling telefonisch gevraagd naar hun ervaringen daarmee. Om de input vanuit de medewerkers te betrekken hebben we een gesprek gehad met consultants die de regeling uitvoeren. Uit deze gesprekken hebben we de verbeterpunten verzameld. Die zijn vervolgens omgezet naar concrete verbetervoorstellen.

Gebruik van de regeling

De Tegemoetkoming Chronisch Zieken en Gehandicapten is in 2020 tot nu toe 136 keer aangevraagd. Het grootste deel van de toekenningen is voor personen tussen de 21 en de pensioengerechtigde leeftijd. Er is tot heden € 40.199 aan de regeling uitgegeven. De prognose is dat we voor 2020 uitkomen op zo'n €57.000. Er was €200.000 begroot, wat betekent dat we een onderbenutting zien van het budget. Dit is in lijn van de uitgaven van de afgelopen jaren aan deze regeling.

Ervaringen van inwoners die gebruik maken van de regeling

Zie voor het volledige verslag bijlage 1

Uit de gesprekken met inwoners zijn de volgende punten naar voren gekomen:

1. De inwoners zijn blij dat de regeling bestaat.
2. Sommigen kregen voorheen een vergoeding van het CAK (De algemene tegemoetkoming vanuit de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de compensatie voor het eigen risico), dat werd automatisch uitbetaald. Toen dat werd afgeschaft heeft het even geduurd voordat ze hun weg naar de gemeente gevonden hadden.
3. Niet iedereen heeft zelf de regeling gevonden. Met hulp van bureaus, consultants van het Sociaal Plein of medewerkers van zorginstellingen zijn zij op de mogelijkheid gewezen. Ze vinden dat er wel duidelijker over gecommuniceerd mag worden door de gemeente, het liefst direct per brief aan iedereen die er recht op heeft. Het boekje met alle minimaregelingen op een rijtje wordt erg gewaardeerd.
4. Hoewel het bedrag van €500 volgens de meesten onvoldoende is om de daadwerkelijke kosten te dekken, vinden ze het ook heel fijn dat de regeling er is. Alle beetje helpen om de kosten te kunnen betalen. Hoe het precies zit met de specifieke bedragen voor de verschillende kostensoorten binnen de regeling is onduidelijk voor hen. Ze vinden het niet logisch dat het bedrag voor het eigen risico minder is dan de daadwerkelijke kosten van het eigen risico.

Ervaringen van de Adviesraad Sociaal Domein en de Cliëntenraad Hilversum

Zie voor het volledige verslag bijlage 2

Uit het gesprek met beide adviesraden zijn de volgende punten naar voren gekomen:

1. De regeling is onvoldoende bekend onder de doelgroep en onder hulpverleners die met de doelgroep werken zoals fysiotherapeuten, revalidatiecentra, maatschappelijk werk etc.
2. Het maximumbedrag is niet kostendekkend.
3. Het maximumbedrag is per huishouden en niet per persoon.
4. De telefonische bereikbaarheid van KCC is onvoldoende. Mensen staan soms heel lang in de wacht.
5. Er is onduidelijkheid over de regeling bij medewerkers van de gemeente waardoor inwoners verkeerd geïnformeerd worden.
6. Medewerkers van het Sociaal Plein informeren inwoners niet actief over de mogelijkheden van het minimabeleid.
7. Er wordt nu als voorwaarde gesteld dat iemand aanvullend verzekerd moet zijn om van de regeling gebruik te mogen maken. Dit is een onlogische voorwaarde, omdat je daarmee de klant extra kosten laat maken, terwijl de meeste kosten uit de basisverzekering worden vergoed. Daarnaast wordt niet iedereen bij de aanvullende verzekering toegelaten.
8. In de huidige collectieve verzekering van de gemeente (DSW) is het eigen risico niet meeverzekerd. Vorig jaar zaten we bij Menzis en toen kon dat wel. Dat was veel handiger voor deze doelgroep.
9. Het opvragen van een medisch advies kost veel tijd en geld. Je zou ook kunnen kijken naar het verbruik van het eigen risico zonder de achterliggende ziekte/aandoening uit te vragen.

Ervaringen van consulenten die de regeling afhandelen

Zie voor het volledige verslag bijlage 3

1. De consulenten zijn redelijk positief over de regeling. De belangrijkste reden daarvoor is dat zij zien dat de regeling echt nodig is. Mensen met een chronische ziekte maken hoge kosten, die gezonde mensen niet maken.
2. De regeling heeft een maximumbedrag van €500. Maar als iemand hogere kosten heeft dan kan dat niet geweigerd worden. Er wordt dan aangevuld vanuit maatwerk/individuele bijzondere bijstand.
3. De voorwaarde dat iemand aanvullend verzekerd moet zijn wordt door de consulenten onlogisch gevonden. De kosten waarvoor deze regeling is, vallen niet onder de zorgverzekeringswet. Je kunt niet van iemand met een laag inkomen eisen zich onnodig tegen hoge kosten te verzekeren. Daarnaast wordt niet iedereen toegelaten tot een aanvullende verzekering. Daarmee sluit je een kwetsbare groep uit van deze regeling.
4. Vaak moet een medisch advies worden opgevraagd om te laten toetsen of iemand chronisch ziek is. Dit brengt kosten voor de gemeente met zich mee. Dit zou misschien op een andere manier geregeld kunnen worden.
5. Het eigen risico wordt nu toegekend voor 12 maanden vanaf datum aanvraag. Het zou handiger zijn om dat per kalenderjaar toe te kennen. Een inwoner gebruikt niet ieder jaar op hetzelfde tijdstip zijn eigen risico.
6. Als iemand chronisch ziek is, moet die eerst 3 jaar voldoen aan de eisen voordat ze in aanmerking komen voor eigen risico. Die periode is best lang.

Ervaringen van de adviseurs kwaliteit

Zie voor het volledige verslag bijlage 4

1. De huidige regeling is ongeschikt voor het aanbieden als e-dienst omdat er te ingewikkelde voorwaarden aan worden gesteld.
2. Afhandeling van een aanvraag kost de uitvoering meer tijd dan bij andere regelingen. Dit is vervelend voor de uitvoering maar ook voor de inwoner die langer op zijn geld moet wachten.
3. Doordat deze regeling ingewikkeld is wordt de informatie (via de website, folder, lokale krant etc.) vaak anders geïnterpreteerd dan hoe deze bedoeld is.
4. Er is gekozen voor een vreemde combinatie van kostensoorten. Het gaat om niet-medische meerkosten waar al individuele bijzondere bijstand voor mogelijk is. Daarnaast gaat het om een vergoeding voor een deel van het eigen risico waar normaal gesproken geen bijzondere bijstand voor mogelijk is. Ten derde is het ook nog mogelijk om vanuit de regeling medische kosten te vergoeden waarvoor normaal gesproken de Zorgverzekeringswet een passende en toereikende voorliggende voorziening is. Dit geeft extra onderzoek omdat je soms nog het recht op individuele bijzondere bijstand moet onderzoeken en maakt de regeling ook lastig uit te leggen.
5. Sommige inwoners komen niet voor de regeling in aanmerking omdat zij (bijvoorbeeld door schulden of zuinig leven) niet aanvullend verzekerd zijn, terwijl juist zij het heel hard nodig kunnen hebben.
6. De doelgroep is moeilijk te bereiken. Wij moeten onze huidige manier van communiceren met deze doelgroep anders inrichten en meer gebruik maken van de kanalen waar deze inwoners wel binnen komen.
7. Bij andere gemeentes zie je deze regeling ook, maar dan in veel eenvoudiger vorm. Te denken valt aan:
 - De regeling alleen inzetten voor het vergoeden van het eigen risico en de overige kosten vergoeden vanuit de individuele bijzondere bijstand
 - De doelgroep duidelijker specificeren waardoor je minder vaak een medisch advies nodig hebt
 - Een vast bedrag per persoon en per jaar verstrekken wanneer je tot de doelgroep behoort. En daarbij voorwaarden stellen waarbij een medische keuring niet meer nodig is.

Conclusie

Een aantal thema's komt steeds terug. Deze rode draad is samen te vatten in de volgende punten:

1. Communicatie over de regeling
2. Ingewikkeldheid van de regeling
3. Hoogte van het bedrag
4. Onderverdeling kostensoorten
5. Aanvullende voorwaarden
6. Medische keuringen

1. Communicatie over de regeling

De regeling wordt minder gebruikt dan verwacht, en ook vanuit de adviesraden komt het signaal dat de regeling niet bij iedereen bekend is. Hier is meer aandacht voor nodig. Te denken valt aan het informeren van andere hulpverleners die te maken hebben met chronisch zieken zoals fysiotherapeuten, huisartsen, bewindvoerders en zorginstellingen. Ook leeft het beeld onder inwoners dat minimaregelingen alleen voor uitkeringsgerechtigden zijn. Specifieke communicatie gericht op werkende armen is noodzakelijk om deze doelgroep te bereiken.

2. Ingewikkeldheid van de regeling

De regeling is een samenvoegsel van verschillende regelingen en stelt daarnaast specifieke voorwaarden aan de doelgroep. Aan de ene kant wordt een maximumbedrag genoemd, maar aan de andere kant kunnen we aanvragen voor hogere kosten niet weigeren omdat dat individuele bijzondere bijstand betreft. De complexiteit van de regeling maakt dat het lastig is om erover te communiceren, dat hij lastig uit te voeren is en dat hij niet kan worden doorontwikkeld naar een digitaal aanvraagformulier.

3. Hoogte van het bedrag

Het maximumbedrag staat op €500 per huishouden. Dit is niet eerlijk voor partners die beiden een chronische ziekte hebben. De regeling zou per persoon moeten gelden en niet per huishouden. Hoewel het bedrag niet voldoende is om de kosten te dekken, geven inwoners aan dat ze er tevreden mee zijn. Een rondgang bij andere gemeentes leert dat het bedrag van €500 ruimhartig is in vergelijking met andere gemeentes.

4. Onderverdeling kostensoorten

De maximumbedragen per kostensoort is als volgt opgenomen in de beleidsregels:

- a) € 10,- per maand voor de meerkosten kledingslijtage
- b) € 10,- per maand voor de meerkosten bewassing
- c) € 10,- per maand voor de meerkosten energie
- d) € 10,- per maand voor de meerkosten maaltijdbezorging
- e) € 30,- per maand voor compensatie eigen risico

Dit maakt de regeling voor inwoners lastig te begrijpen en voor consulenten lastig uit te voeren. Het is ook niet altijd eenvoudig aan te tonen wat de precieze meerkosten zijn ten opzichte van wat een gezond persoon aan kosten maakt. Door een lijst op te nemen lijkt de regeling alleen voor deze kosten te gelden. Maar de regeling kan ook worden ingezet voor andere kostensoorten.

5. Aanvullende voorwaarden

Er zijn drie aanvullende voorwaarden opgenomen in de beleidsregels:

- a) Aanvrager maakt aantoonbare meerkosten die een gevolg zijn van een chronische ziekte
- b) Aanvrager heeft zich aanvullend verzekerd voor ziektekosten.
- c) Bij compensatie van het eigen risico heeft aanvrager de voorgaande drie jaren het eigen risico volledig verbruikt.

De voorwaarde dat de meerkosten aantoonbaar moeten zijn, is lastig te bewijzen. Dit resulteert in een hoge bewijslast voor de inwoner, terwijl deze regeling juist bestaat omdat we al weten dat mensen met een chronische ziekte extra zorgkosten maken.

De voorwaarde dat iemand zich aanvullend moet verzekeren wordt door alle betrokkenen als een onlogische voorwaarde gezien. Ten eerste omdat voor de meeste mensen de basisverzekering de kosten al dekt. De aanvullende verzekering brengt extra kosten met zich mee, wat voor de doelgroep minimaal niet wenselijk is. Daarnaast kunnen mensen geweigerd worden bij een aanvullende verzekering, en sluit daardoor een kwetsbare groep uit van deze regeling.

De voorwaarde dat iemand 3 jaar zijn eigen risico moet hebben opgemaakt is voor iemand met een uitkering of laag inkomen een vrij lange periode.

6. Medische keuringen

Vaak moet een medische keuring worden opgevraagd om aan te tonen dat iemand aan een chronische ziekte lijdt. Deze keuringen worden op kosten van de gemeente uitgevoerd. Dit zorgt voor extra kosten van €300 per keuring. De uitvoeringskosten van deze regeling worden daardoor onevenredig hoog.

Advies

1. Communicatie over de regeling

Gerichtere communicatiemiddelen gebruiken, denk aan het fysiek bezoeken en informeren van de instellingen en instanties die zich bezig houden met deze doelgroep. Een samenwerking zoeken met het CAK. Daarnaast de betrokken collega's middels een simpele korte training kennis laten maken met deze (hernieuwde) regeling.

2. Ingewikkeldheid van de regeling

De regeling versimpelen op het gebied van: hoogte bedrag, welke kostensoorten voor vergoeding in aanmerking komen, wie tot de doelgroep behoort en de aanvullende voorwaarden.

3. Hoogte van het bedrag

De vergoedingen per persoon toe kennen in plaats van per huishouden.

4. Onderverdeling kostensoorten

Geen verdeling meer maken in de verschillende soorten kosten, maar een vast bedrag per jaar toekennen waarmee alle kosten betaald kunnen worden.

5. Aanvullende voorwaarden

De voorwaarde dat de meerkosten aantoonbaar moeten zijn schrappen. De eis om aanvullend verzekerd te zijn schrappen en de eis om 3 jaar het eigen risico op te maken verlagen of te schrappen.

6. Medische keuringen

De doelgroep zo goed mogelijk in de beleidsregels definiëren, zodat een medische advies in de meeste gevallen niet meer nodig is.

Financiën

Door de regeling te veranderen en de regeling onder de aandacht te brengen zal de regeling vaker worden aangevraagd. Er is binnen de begroting voldoende ruimte om deze stijging op te vangen.

Uiteraard houden we gedurende het jaar 2021 de uitgaven in de gaten, en koppelen we tijdig terug als de uitgaven het budget dreigen te overschrijden.

Acties

1. Communicatie over de regeling oppakken in samenwerking met de communicatiemedewerker
2. Beleidsregels aanpassen op basis van bovenstaande advies en laten ingaan per 1 januari 2021
3. Werkinstructies aanpassen en middels een korte training uitleggen aan medewerkers

Bijlage 1. Input Cliënten Tegemoetkoming Chronisch Zieken en Gehandicapten

Verslagen telefonische gesprekken met inwoners die in juli of augustus een toekenning hebben ontvangen voor de Tegemoetkoming Chronisch Zieken en Gehandicapten

September 2020

Inwoner A

Vindbaarheid: Hoe heeft u ons gevonden, hoe wist u van de regeling af?

Mevrouw kreeg altijd een tegemoetkoming van het CAK. Toen dat overging naar de gemeente heeft ze niets meer van de gemeente gehoord (ze wist dus niet dat ze het zelf moest aanvragen). Haar buurvrouw heeft in 2019 voor het eerst voor haar een aanvraag ingediend (en ook voor de activeringsregeling). Mevrouw zegt dat ze zelf totaal niet wegwijs is in dit soort dingen, en niet handig is met internet. Dankzij de buurvrouw dus toch een aanvraag kunnen doen. Ze wil in de toekomst het liefst geïnformeerd worden over dit soort regelingen per post, want dingen op internet leest ze niet.

Procedure: Is de informatie op de site/in het boekje/op het aanvraagformulier duidelijk, kon u makkelijk een aanvraag indienen, werd u goed geholpen?

Weet ze niet, ze heeft de aanvraag niet zelf gedaan

Regeling: Kunnen de juiste dingen vergoed worden uit de regeling, is het bedrag hoog genoeg om de kosten te kunnen dekken?

Het bedrag is niet voldoende om de kosten te dekken, mevrouw moet bijv ook elke 14 dagen naar het ziekenhuis en die reiskosten worden niet vergoed. Dat is een grote kostenpost voor iemand in een uitkering.

Inwoner B

Vindbaarheid: Hoe heeft u ons gevonden, hoe wist u van de regeling af?

Door iemand van het sociaal plein op gewezen. Ze is ook wel iemand die zelf dingen uitzoekt. Ze denkt dat heel veel mensen niet van de regeling af weten, maar ze weet ook niet hoe de gemeente die dan wel zou kunnen bereiken.

Procedure: Is de informatie op de site/in het boekje/op het aanvraagformulier duidelijk, kon u makkelijk een aanvraag indienen, werd u goed geholpen?

Ja allemaal heel duidelijk. De eerste keer (in 2019) moest ze naar een arts (keuring?) en moest ze daarvan informatie aanleveren bij de aanvraag. Bij de aanvraag in 2020 moest ze opnieuw 'bewijzen' dat ze chronisch ziek was, terwijl ze die stukken het jaar daarvoor ook al had opgestuurd. Zou dat niet anders kunnen?

Regeling: Kunnen de juiste dingen vergoed worden uit de regeling, is het bedrag hoog genoeg om de kosten te kunnen dekken?

Het bedrag is niet voldoende om de kosten te dekken, maar mevrouw is vooral heel blij dat de regeling bestaat, alle beetjes helpen!

Inwoner C

Vindbaarheid: Hoe heeft u ons gevonden, hoe wist u van de regeling af?

Mevrouw kreeg een tip van een kennis van haar. Ze is toen in het boekje gaan kijken, die bij haar op de tafel ligt. Een medewerker van Quintus heeft haar verder geholpen.

Procedure: Is de informatie op de site/in het boekje/op het aanvraagformulier duidelijk, kon u makkelijk een aanvraag indienen, werd u goed geholpen?

Ja het ging allemaal verder goed.

Ze snapt alleen een aantal zaken niet (heb ik haar inmiddels uitgelegd, maar wel interessant voor de evaluatie:

- waarom krijgt haar kennis een bedrag in 1 keer en zij per maand?
- krijgt zij het met terugwerkende kracht. Aanvraag is op 23 juli binnengekomen en het wordt verstrekt per 1 juli. Hoe zit dat met terugwerkende kracht over een heel jaar?
- is die regeling verschillend per persoon?
- waarom is die vergoeding eigen risico minder dan het totale bedrag aan eigen risico?

Regeling: Kunnen de juiste dingen vergoed worden uit de regeling, is het bedrag hoog genoeg om de kosten te kunnen dekken?

Ik ben heel blij met deze regeling. Alle beetjes helpen. Het is natuurlijk niet voldoende, als je medische problemen hebt, zijn de zorgkosten heel hoog. Heel veel extra kosten.

Inwoner D

Vindbaarheid: Hoe heeft u ons gevonden, hoe wist u van de regeling af?

Via het boekje waarin alle regelingen staan.

Procedure: Is de informatie op de site/in het boekje/op het aanvraagformulier duidelijk, kon u makkelijk een aanvraag indienen, werd u goed geholpen?

Ja allemaal heel duidelijk. Ging soepel. Ze is blij met het boekje.

Regeling: Kunnen de juiste dingen vergoed worden uit de regeling, is het bedrag hoog genoeg om de kosten te kunnen dekken?

Het bedrag is niet voldoende om de kosten te dekken, maar mevrouw is vooral heel blij dat de regeling bestaat, alle beetjes helpen! De zorgkosten in Nederland zijn heel hoog. Wanneer je medische problemen hebt, heb je het al zwaar en dan komen die kosten er nog bij. Mevrouw gaf nog aan dat zij vanwege haar diabetes niets aan de voedselbank heeft.

Inwoner E

Vindbaarheid: Hoe heeft u ons gevonden, hoe wist u van de regeling af?

Mevrouw is door haar inkomensconsulent op deze regeling gewezen.

Procedure: Is de informatie op de site/in het boekje/op het aanvraagformulier duidelijk, kon u makkelijk een aanvraag indienen, werd u goed geholpen?

Haar inkomensconsulent heeft haar keurig uitgelegd hoe de regeling in elkaar zit en wat voor bewijsstukken zij moest aanleveren.

Wel vond ze het aanvraagformulier wat lastig in te vullen, maar door weer contact op te nemen met haar consulent heeft zij dit moeiteloos kunnen doen.

Regeling: Kunnen de juiste dingen vergoed worden uit de regeling, is het bedrag hoog genoeg om de kosten te kunnen dekken?

NEE, de vergoedingen dekken niet alle kosten.

Inwoner F

Vindbaarheid: Hoe heeft u ons gevonden, hoe wist u van de regeling af?

Mevrouw hoorde van haar buurman van deze regeling, daarna nam zij contact op met het Sociaal Plein voor meer info. Ze gaf aan dat deze regeling bij niet iedereen bekend is, zij had geluk dat haar buurman een uitkering krijgt en dit wist. De meeste mensen denken dat je alleen iets van het Sociaal Plein krijgt als je een uitkering ontvangt.

Procedure: Is de informatie op de site/in het boekje/op het aanvraagformulier duidelijk, kon u makkelijk een aanvraag indienen, werd u goed geholpen?
Ja dat ging goed.

Regeling: Kunnen de juiste dingen vergoed worden uit de regeling, is het bedrag hoog genoeg om de kosten te kunnen dekken?

Ze was blij dat deze regeling bestond, hierdoor hoeft zij geen zorgen meer te maken hoe zij haar eigenrisico moest betalen. Maar zij kon zich voorstellen dat €500 niet toereikend zou zijn als je bijvoorbeeld meer zorgkosten moet maken door je handicap (zoals het geval bij haar buurman).

Inwoner G

Vindbaarheid: Hoe heeft u ons gevonden, hoe wist u van de regeling af?
Mevrouw is door haar consulent op deze regeling gewezen

Procedure: Is de informatie op de site/in het boekje/op het aanvraagformulier duidelijk, kon u makkelijk een aanvraag indienen, werd u goed geholpen?
Zij heeft een folder en een aanvraagformulier van haar consulent ontvangen, hier was zij blij mee.

Regeling: Kunnen de juiste dingen vergoed worden uit de regeling, is het bedrag hoog genoeg om de kosten te kunnen dekken?
Nee, de vergoedingen zijn niet dekkend genoeg. Een deel van haar kosten is niet vergoed.

Bijlage 2. Input Cliëntenraad en Adviesraad Sociaal Domein

Augustus 2020

Cliëntenraad Hilversum

Adviesraad Sociaal Domein

Platform Chronisch Zieken en Gehandicapten Hilversum

De Tegemoetkoming Chronisch Zieken en Gehandicapten is per 1 januari 2020 gewijzigd. De gemeente wil deze regeling graag evalueren en aan de hand daarvan verbetervoorstellen doen. Daarvoor wordt input opgehaald uit de uitvoering (inkomensconsulenten die de regeling uitvoeren) en bij de mensen die gebruik maken van de regeling. De adviesraden hebben een groot netwerk binnen de doelgroep van de regeling en kunnen daarom waardevolle signalen doorgeven van gebruikers van de regeling.

Signalen vanuit de adviesraden:

- De regeling is niet goed bekend onder de doelgroep.
- De Collectieve ziektekostenverzekering van de gemeente is niet voor iedereen aantrekkelijk, omdat overstappen van verzekeraar voor veel extra werk en onrust zorgt. Als je veel gebruik maakt van zorg en/of medicatie dan ben je blij als je met je zorgverzekeraar goede afspraken hebt over de vergoeding daarvan. Als je overstapt moet je die afspraken weer opnieuw zien te maken. Zou een bijdrage in de kosten voor de zorgverzekering bij de eigen verzekeraar een optie zijn?
- De maximumbedragen zoals opgenomen in de tegemoetkoming Chronisch Zieken en Gehandicapten zijn niet altijd toereikend.
- Het maximum bedrag is per huishouden en niet per persoon. Dat is nadelig als twee chronisch zieken samenwonen.
- De telefonische bereikbaarheid van het KCC is onvoldoende. Mensen staan soms 45 minuten in de wacht voordat ze iemand te spreken krijgen. Ze durven hier geen klacht over in te dienen, ze zijn afhankelijk van de gemeente voor hun inkomen.
- Er is onduidelijkheid over de regeling bij medewerkers van het Sociaal Plein waardoor inwoners verkeerd geïnformeerd worden.
- De regeling is niet goed bekend onder andere hulpverleners die met de doelgroep van de regeling werken, zoals fysiotherapeuten, ergotherapeuten, revalidatiecentra, maatschappelijk werk.
- Als een inwoner een BB aanvraag doet, en de consulent ziet dat het inkomen onder bijstandsniveau is, dan wordt niet automatisch aanvulling vanuit de bijstand aangeboden. Medewerkers van het Sociaal Plein moeten inwoners actiever informeren over de mogelijkheden.
- Er wordt nu als voorwaarde gesteld dat iemand aanvullend verzekerd moet zijn om van de regeling gebruik te mogen maken. Dit is een onlogische voorwaarde, omdat je daarmee de klant extra kosten laat maken, terwijl de meeste kosten uit de basisverzekering worden vergoed. Daarnaast wordt niet iedereen bij de aanvullende verzekering toegelaten.
- Is het mogelijk om bij DSW ook het eigen risico mee te verzekeren?
- Kun je in plaats van een medisch advies (€ 300) op te vragen ook volstaan met het controleren of iemand 3 jaar zijn eigen risico heeft gebruikt? Scheelt een hoop tijd en geld.
- De regeling geldt alleen voor mensen met een chronische ziekte en dus niet voor mensen die door veel pech 3 jaar achter elkaar hun eigen risico opgemaakt hebben. Dat is niet altijd eerlijk.

Bijlage 3. Input van consultants die de regeling uitvoeren

Evaluatie regeling Chronisch Zieken en Gehandicapten

Augustus 2020

Wat is er goed aan de regeling?

De consultants vinden het een belangrijke regeling. Inwoners zijn blij met de regeling, ze maken meerkosten door hun ziekte en hebben het echt nodig. Ze kunnen de kosten anders niet betalen. Financieel noodzakelijk. Soms zijn inwoners die een afwijzing krijgen het niet eens met de voorwaarden.

De doelgroep maakt extra kosten tov mensen die niet ziek zijn. Goed dat het eigen risico er nu ook in zit (is sinds 2020 zo). Bij een afwijzing balen mensen, aanvullende voorwaarden balen ze heel erg van.

Goed dat de regeling er is. Een regeling voor mensen die chronisch ziek of beperkt zijn voor mensen met weinig geld is echt nodig en een groot pluspunt. Compensatie eigen risico is het sterkte punt. Je kan de regeling ook altijd nog aanvullen met maatwerk. Aanpassen aan de feitelijke situatie. Maar dat maakt het ook complex.

Wat kan beter?

Hoogte bedrag

Het is niet sterk dat een deel van de bedragen uit deze regeling maar wordt vergoed, en niet het totaal. Waarom is het max bedrag op €500 gesteld?

Aanvullende voorwaarden

Aanvullende verzekering als voorwaarde is niet (altijd) logisch. De een zal alleen maar gebruik maken van basiszorg en de ander niet. Iemand die alleen de basisverzekering nodig heeft, verzekert zich niet aanvullend. De aanvullende verzekering als voorwaarde is niet altijd redelijk. Zeker niet bij compensatie eigen risico. Die hangt samen met de basisverzekering, aanvullende verzekering heeft daar niets mee te maken. Mensen die chronisch ziek zijn die verbruiken hun eigen risico meestal al aan het begin van het jaar.

Specificatie kostensoorten

Het is vaak lastig om de meerkosten aantoonbaar te maken.

Medische adviezen

De consultant probeert vaak eerst of inwoners zelf de noodzaak kunnen aantonen, als dat niet lukt wordt medisch advies opgevraagd. Dat is in ongeveer de helft van de gevallen nodig. Soms sturen inwoners een verklaring van een arts mee, dan is een medisch advies (meestal) niet meer nodig. Kosten van een medisch advies is best wel duur. Medisch advies is vaak positief. Maar is vaak wel noodzakelijk. Je krijgt vaak nog meer informatie.

Waar loop je tegenaan bij het uitvoeren van de regeling?

Bij toetsen: eerst was voor eigen risico verstrekt, maar 2 maanden later kwam er weer een aanvraag.

Hoe werkt het dan met de termijnen? Hoe loopt de periode dan?

Eigen risico: Werkt handiger per kalenderjaar ipv per 12 maanden.

Zou het eigen risico een aparte regeling moeten zijn?

Niet per se, maar er gelden wel andere voorwaarden. De daadwerkelijk kosten zijn vaak hoger.

Als iemand chronisch ziek is, moet die eerst 3 jaar voldoen aan de eisen voordat ze in aanmerking komen voor eigen risico. Die periode is best lang.

Is het duidelijk wie er onder de doelgroep vallen?

De voorwaarden staan in de regeling, en als het niet duidelijk is kom je er meestal wel uit.

Wat zou je eraan willen veranderen?

- Eigen risico verstrekken als iemand kan aantonen chronisch ziek te zijn. Per kalender jaar. Vastleggen in beleid wat chronisch ziek is.
- Beleidskeuzes welke dingen we wel en niet vergoeden.
- Winst is wel dat mensen nu van deze regeling gebruik maken ipv algemene BB
- Deze regeling een vast lijstje, als het iets anders is dan individuele BB
- Verschil tussen directe medische kosten en indirecte medische kosten
- 500 euro is extraatje, andere kosten zou geen max aan moeten zitten

Bijlage 4. Input adviseurs kwaliteit team Inkomen

September 2020

- De huidige regeling is ongeschikt voor het aanbieden als e-dienst. Omdat er te ingewikkelde voorwaarden aan worden gesteld, is het aanvraagproces te complex om te zetten in een digitaal formulier/digitale beslisboom.
- Afhandeling van een aanvraag kost de uitvoering meer tijd dan bij andere regelingen. Dat heeft te maken met de puzzel die de consultants moeten leggen of een inwoner voldoet aan de gestelde voorwaarden, het opvragen en beoordelen van bewijsstukken (kosten moeten aantoonbaar zijn), het beoordelen van de noodzaak en de hoogte van de kosten en het beoordelen of het aanvragen van een medisch advies nodig is en deze in gang zetten. Dit is vervelend voor de uitvoering maar ook voor de inwoner die langer op zijn geld moet wachten.
- De huidige regeling is erg ingewikkeld. Inwoners maar ook hulpverleners vinden het moeilijk de regeling te begrijpen. Communicatie over deze regeling is daardoor ook lastig. Doordat de regeling ingewikkeld is, is de kans aanwezig dat inwoners de mogelijkheden van deze regeling niet zien en niet (volledig) gebruik maken van deze regeling. Doordat deze regeling ingewikkeld is wordt de informatie (via de website, folder, lokale krant etc.) vaak anders geïnterpreteerd dan hoe deze bedoeld is.
- Er is gekozen voor een vreemde combinatie van kostensoorten, de inwoners zien dit vaak als een limitatieve lijst van de kosten die vanuit deze regeling vergoed kunnen worden. Het gaat om niet-medische meerkosten waar al individuele bijzondere bijstand voor mogelijk is. Daarnaast gaat het om een vergoeding voor een deel van het eigen risico waar normaal gesproken geen bijzondere bijstand voor mogelijk is. Ten derde is het ook nog mogelijk om vanuit de regeling medische kosten te vergoeden waarvoor normaal gesproken de Zorgverzekeringswet een passende en toereikende voorliggende voorziening is. Dit geeft extra onderzoek omdat je soms nog het recht op individuele bijzondere bijstand moet onderzoeken en maakt de regeling ook lastig uit te leggen.
- Sommige inwoners komen niet voor de regeling in aanmerking omdat zij (bijvoorbeeld door schulden of zuinig leven) niet aanvullend verzekerd zijn, terwijl juist zij het heel hard nodig kunnen hebben.
- De doelgroep is moeilijk te bereiken. Wij hebben de afgelopen jaren meerdere pogingen gedaan om deze doelgroep te bereiken, helaas zonder het gewenste resultaat. Wij moeten onze huidige manier van communiceren met deze doelgroep anders inrichten en meer gebruik maken van de kanalen waar deze inwoners wel binnen komen, denk aan het bezoeken huisartsenpraktijken etc.
- Bij andere gemeentes zie je deze regeling ook, maar dan in veel eenvoudigere vorm. Te denken valt aan:
 - De regeling alleen inzetten voor het vergoeden van het eigen risico en de overige kosten vergoeden vanuit de individuele bijzondere bijstand
 - De doelgroep duidelijker specificeren waardoor je minder vaak een medisch advies nodig hebt
 - Een vast bedrag per persoon en per jaar verstrekken wanneer je tot de doelgroep behoort. En daarbij voorwaarden stellen waarbij een medische keuring niet meer nodig is.