

BUFFER VOOR ZOR GKOSTEN



John Beier is zelfstandig trainer en werkzaam onder de naam Essenz Trainingen

Wat is een reële buffer voor zorgkosten? Om deze vraag te beantwoorden kijken we in dit artikel naar de volgende drie regelingen met als doelstelling om de netto kosten aan zorg inzichtelijk te maken:

1. De Zorgverzekeringswet (Zvw),
2. De Wet langdurige zorg (Wlz),
3. De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo).

ZORGVERZEKERINGSWET

Verzekerden van 18 jaar zijn de nominale premie verschuldigd voor de basisverzekering. Daarnaast wordt er bij iedereen die inkomen uit loondienst heeft een procentuele inkomensafhankelijke bijdrage ingehouden. Werkgevers vergoeden deze inkomensafhankelijke bijdrage voor hun werknemers. Ondernemers betalen deze bijdrage zelf rechtstreeks aan de belastingdienst.

Als we kijken naar welke premie er te beïnvloeden is door uw klanten dan is dat de nominale premie. Naast de basisverzekering kan er ook nog één of meerdere aanvullende verzekeringen worden afgesloten. In 2015 had 84,1% van de verzekerden een aanvullende verzekering.¹ Worden er zorgkosten gemaakt die worden vergoed uit de basisverzekering dan is meestal het eigen risico van toepassing. Als we ons richten op deze premies en het eigen risico dan zijn er de volgende mogelijkheden:

1. *Overstappen van zorgverzekeraar.* De Autoriteit Consument en Markt heeft een onderzoek² laten uitvoeren wat aangeeft dat er een gemiddelde besparing op de zorgpremie per jaar is te behalen van € 138 voor een alleenstaande en € 277 voor een echtpaar. Nu heeft "alle waar zijn geld", zeker bij zorgverzekeringen. Een goede vergelijking, rekening houdend met bestaande zorgkosten is onontbeerlijk. Uit een onderzoek gepubliceerd in het Algemeen Dagblad van 8 mei 2015 bleek bijvoorbeeld dat verzekerden met een budget basisverzekering gemiddeld meer zelf moesten betalen bij zorg dan verzekerden met een natu-

ra basisverzekering. Dit is later ook bevestigd door het Ministerie van VWS. Wisselen van zorgverzekeraar is dus zeker interessant maar aan een andere goedkopere basisverzekering en of aanvullende zorgverzekeringen zitten ook nieuwe spelregels.

2. *Een zorgverzekeraar kiezen die medicijnkosten vrijstelt van de verrekening van het eigen risico.* Er zijn zorgverzekeraars die medicijnkosten niet verrekenen met het eigen risico van de verzekerde als deze medicijnen vallen onder het preferentiebeleid van de zorgverzekeraar en worden verstrekt door een apotheek die een contract heeft met de betreffende zorgverzekeraar. Interessant dus om na te gaan voor uw klanten die veel medicijnen gebruiken die vallen onder de dekking van de basisverzekering.
3. *Lid worden van een collectiviteit.* Voor heel veel Nederlanders is er korting op de premie mogelijk door lid te worden van een collectiviteit. Vaak kan dat via de werkgever maar ook via ledenverenigingen zoals een ouderenbond of een sportclub. In Nederland is 69% van de verzekerden collectief verzekerd. De gemiddelde collectiviteitskorting bedraagt 4,4% ten opzichte van de individuele premies die zorgverzekeraars aanbieden.
4. *Verhoging van het eigen risico.* Als adviseur heeft u vaak al inzicht in de risico-acceptatiegraad en de risicotolerantie van uw klant. Deze informatie kunt u ook gebruiken voor het al dan niet adviseren van een vrijwillig eigen risico voor de zorgverzekering. Maximaal kan er gekozen worden voor een vrijwillig eigen risico van € 500 bovenop het verplichte eigen risico van € 385. In Nederland heeft 88,2% van de verzekerden alleen het wettelijke verplich-

te eigen risico. De meeste verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico kiezen dan voor het maximale eigen risico van € 500. Dit levert gemiddeld een korting op de premie op van € 236 per jaar.

VOORBEELD

Als we een voorbeeldvergelijking maken van een zorgverzekeraar die een budget zorgverzekering aanbiedt met een vrijwillig eigen risico van € 500 inclusief collectiviteitskorting en een natura zorgverzekering met alleen het wettelijke eigen risico en geen collectiviteitskorting dan zien we een prijsverschil van € 37 per maand (€ 72 ten opzichte van € 109). Dit prijsverschil betreft dus alleen de basisverzekering en staat nog los van het vergelijken van zorgverzekeraars onderling en de aanvullende verzekeringen.

Een buffer voor zorgkosten is dus zeker nodig. De minimale hoogte bedraagt het bedrag aan gekozen eigen risico. Als we kijken naar deze vier punten dan is het zeker mogelijk voor mensen die weinig tot geen zorg gebruiken om een buffer op te bouwen met de besparingsmogelijkheden. Maar dan is er wel discipline nodig om het bedrag van de besparing ook daadwerkelijk op zij te zetten voor toekomstige zorgkosten.

WET LANGDURIGE ZORG

De Wet langdurige zorg wordt gefinancierd vanuit een inkomensafhankelijke premie van 9,65%. Hier is dus geen nominale premie van toepassing. Heeft een verzekerde recht op zorg vanuit de Wlz dan wordt er een eigen bijdrage opgelegd. De hoogte van de eigen bijdrage is afhankelijk van:

- Of de verzekerde en zijn of haar partner al AOW-gerechtigd is of niet;
- Of de verzekerde zelfstandig thuis woont of in een zorginstelling woont;
- Of de verzekerde samenwoont of alleen;
- De hoogte van het inkomen en het vermogen in box 3.

De eigen bijdrage is een nettobedrag wat **niet** fiscaal aftrekbaar is. Er geldt een minimumbedrag voor de lage eigen bijdrage voor Wlz- zorg van € 159,80 per maand.

Ter illustratie een voorbeeld van Jan en Marieke.³

VOORBEELD

Jan (58) en Marieke (57) zijn getrouwd en wonen in een koopwoning. De woning is vrij van hypotheek. Jan heeft intensieve zorg nodig die wordt gefinancierd vanuit de Wlz. Het Centrum Indicatiestelling Zorg heeft dit beoordeeld. Jan wil graag thuis blijven wonen en ontvangt zijn zorg in de vorm van een Volledig Pakket Thuis (VPT). Jan ontvangt een IVA-uitkering en Marieke werkt nog parttime. Het verzamelinkomen bedraagt op jaarbasis € 35.000. Ze hebben een vermogen in box 3 van € 15.000.

De eigen bijdrage voor Jan wordt opgelegd en berekend door het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Omdat Jan nog in zijn eigen huis woont wordt er een lage eigen bijdrage berekend.

Het bijdrageplichtig inkomen bestaat uit het verzamelinkomen plus 8% van de grondslag sparen en beleggen. Het verzamelinkomen bedraagt in dit voorbeeld € 35.000.

De grondslag sparen en beleggen is het deel van het vermogen boven het heffingsvrije vermogen zoals dat geldt voor box 3. In dit voorbeeld telt het vermogen in box 3 niet mee in de berekening van het bijdrageplichtig inkomen.

De eigen bijdrage voor Jan en Marieke wordt dus 12,5% van € 35.000. Dit is een bedrag van € 4.375 per jaar. Per maand zal het CAK € 364,58 maximaal opleggen.

Stel, de kosten van de zorg voor Jan bedragen € 200 per maand. Dan zal het CAK € 200 gaan incasseren als eigen bijdrage. Zijn de kosten van de zorg voor Jan hoger, bijvoorbeeld € 1.000 per maand dan zal het CAK maximaal € 364,58 gaan incasseren bij Jan en Marieke.

SCENARIO 1

We zijn een aantal jaren verder. Jan en Marieke zijn met pensioen en ontvangen AOW. Hun verzamelinkomen is gedaald naar € 25.000. Ze hebben hun koopwoning, die hypotheekvrij was verkocht en zijn in een huurappartement gaan wonen. Jan kreeg steeds meer moeite met traplopen in het oude huis. De maandelijkse huur bedraagt € 750. Het vermogen in box 3 is gestegen door de verkoop van hun huis van € 15.000 naar € 250.000. Jan ontvangt nog steeds de zorg thuis. De berekening van de maximale eigen bijdrage is in de nieuwe situatie als volgt:

Bijdrage plichtig inkomen:

Verzamelinkomen: € 25.000

De grondslag sparen en beleggen is het deel van het vermogen boven het heffingsvrije vermogen zoals dat geldt voor Box 3. Voor 2 personen (fiscaal partners): € 42.278,-

$8\% (\text{€ } 250.000 - / - \text{€ } 42.278) = \text{€ } 16.617$

Het bijdrage plichtig inkomen bedraagt € 25.000 + € 16.617 = € 41.617

De eigen bijdrage voor Jan en Marieke bedraagt 12,5% van € 41.617 = € 5.202,12 per jaar. Per maand € 433,51.

In dit voorbeeld is de maandelijkse eigen bijdrage verhoogt van € 364,58 naar € 433,51. Een toename van € 68,93.

De woonlasten zijn omhoog gegaan met € 750 per maand. Er is geen recht op zorgtoeslag. Per saldo zijn

de netto lasten per maand met € 818,93 toegenomen als we ervan uit gaan dat de kosten van zorg die Jan ontvangt hoger zijn dan het berekende bedrag van de eigen bijdrage.

SCENARIO 2

Stel nu dat Jan en Marieke niet waren verhuisd en in hun hypotheekvrije woning waren blijven wonen. De eigen bijdrage voor de zorg van Jan zou € 260,42 bedragen. Om niet te hoeven verhuizen in verband met Jan zijn mobiliteitsproblemen zou het huis aangepast moeten worden met een traplift. Jan en Marieke doen een beroep op hun gemeente met de vraag of ze in aanmerking komen voor een traplift bekostigd door de gemeente. Ze komen hiervoor in aanmerking. De gemeente verstrekt vanuit het Wmo budget de traplift.

Voor voorzieningen vanuit de Wmo geldt ook een maximale eigen bijdrage. De hoogte van de eigen bijdrage voor de Wmo is ook afhankelijk van onder andere het verzamelinkomen en het vermogen. Voor Jan en Marieke zou de eigen bijdrage voor de traplift als volgt worden:

$€ 27,80 + 1/13(15\%(€ 25.000 - 23.374)) + 8\%$ van het vermogen. Ook voor de eigen bijdrage berekening van de Wmo geldt dat vermogen onder de heffingsvrije voet niet meetelt. In dit voorbeeld is dat het geval. De eigen bijdrage voor de traplift zou dan € 27,80 + € 18,76 = € 46,56 per vier weken.

Omdat Jan al een eigen bijdrage betaalt voor zijn zorg uit de Wlz vervalt de Wmo eigen bijdrage. In scenario 2 blijft de eigen bijdrage voor Jan dus € 260,42.

Het moeizame traplopen van Jan kan zoals in dit voorbeeld is berekend dus € 558,51 netto in de maand extra kosten ten opzichte van niet verhuizen.

BLIJVERSLIENING

Uiteraard zijn er ook situaties dat ouderen met een koopwoning zelf geen geld hebben om het huis aan te passen of diensten als een tuinman zelf te betalen. Ze hebben bijvoorbeeld alleen een AOW-uitkering of een heel laag pensioen. Hun pensioen zit in de stenen van het huis. Voor deze doelgroep is er een mogelijkheid om een "blijverslening"⁴ aan te vragen bij de gemeente of provincie. Met een blijverslening kunnen deze ouderen hun eigen woning aan laten passen. Na overlijden of na opname in een verzorgingstehuis kan de woning worden verkocht en daarmee ook de blijverslening worden afgelost.

ACTUALITEITEN

1. Gemeenten verhogen de tarieven voor geleverde zorg vanuit de Wmo.⁵ Voorbeelden hiervan zijn dat gemeenten in 2015 nog rekende met fictieve uurtarieven van € 14,20

per uur voor zorg. In 2016 is dit tarief in veel gemeenten verhoogd naar de daadwerkelijke kostprijs en worden er tarieven berekend van bijvoorbeeld € 45 per uur. Met dit soort verhogingen worden nu veel burgers geconfronteerd die zorg uit de Wmo ontvangen. Het gaat dan om ongeveer 90.000 mensen.

80 procent van de 450.000 Wmo-gebruikers betaalde al de maximale eigen bijdrage.

20 procent (90.000 mensen) betaalde nog niet de maximale eigen bijdrage omdat de kostprijs van hun zorg een laag tarief kende. Nu de tarieven van de zorg omhoog zijn gegaan gaat hun te betalen eigen bijdrage ook omhoog.

VOORBEELD

Een Wmo zorggebruiker met een maximale bijdrage per vier weken van € 100, die vier uur zorg nodig heeft in de maand betaalde in 2015 $4 \times € 14$ per vier weken. Een bedrag van € 56. In 2016 bedragen de werkelijke kosten $4 \times € 45$. Een bedrag van € 180. De maximale bijdrage is vastgesteld op € 100 dus deze burger betaalt € 100 per vier weken in plaats van € 56.

2. Aanjaagteam Langer zelfstandig wonen

Door de hervorming van de langdurige zorg blijven meer (oudere) mensen langer zelfstandig thuis wonen dan voorheen. De Rijksoverheid heeft een team samengesteld dat onderzoek doet naar bijvoorbeeld of er voldoende beschikbare woningen zijn voor senioren in de toekomst. Dit team, genaamd het *Aanjaagteam* heeft een oproep gedaan aan marktpartijen om betaalbare, levensloopbestendige woonconcepten te ontwikkelen. Er zijn al nieuwe woon-zorgarrangementen ontstaan, zoals zorgappartementen voor lagere inkomens, thuishuizen (een soort studentenhuizen voor alleenstaande 60-plussers), of zorgvilla's voor hogere inkomens.⁶

TOT SLOT

Wat is nu een goede buffer voor zorgkosten? Dat is de vraag waar dit artikel mee begon. Met de voorbeelden in dit artikel heb ik willen duiden dat dit per huishouden verschillend is. Als we kijken naar de berekening van eigen bijdragen voor voorzieningen vanuit de Wmo en de Wlz dan zien we dat de hoogte van het inkomen en het vermogen in box 3 bepalend is.

Bij financiële planning is het cruciaal om rekening te houden met deze eigen bijdragen of in ieder geval dit in een voorbeeldberekening te presenteren aan klanten. Deze eigen bijdragen raken het netto besteedbare inkomen van uw klant. Het geeft inzicht in bijvoorbeeld wel of niet verhuizen, kopen of huren of wel of niet investeren in woningaanpassingen.

Bij financiële planning aan ouderen die te maken hebben met zorg uit de Wlz en of de Wmo of die daar in de toekomst

mee te maken gaan krijgen is een voorbeeldberekening van de eigen bijdrage voor Wlz- en Wmo- zorg dus relevant. Voor ouderen kan het interessanter zijn de huidige koopwoning aan te passen dan te verkopen. Of om toch maar wel in de huidige koopwoning te blijven wonen en een tuinman te nemen als de tuin te zwaar wordt als hobby dan in een huurappartement te gaan wonen.

Informatie: john@essenztrainingen.nl

- 1 Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2015 NZa
- 2 Voordelen van shoppen financiële producten, Consuwijzer
- 3 De berekeningen van de eigen bijdragen in de voorbeelden zijn gebaseerd op de rekenprogramma's voor WLZ-, en Wmo zorg van 2016 zoals deze op de website van het CAK te vinden zijn. Voor de berekening van de Wmo eigen bijdrage mogen gemeenten de parameters aanpassen ten gunste van de burger. Daar is in het voorbeeld geen rekening mee gehouden.
- 4 Stimuleringsfonds Volkshuisvesting, svn.nl
- 5 Binnenlands Bestuur, 24 maart 2016
- 6 Rapport Aanjaagteam langer zelfstandig wonen