



MOTIE 7a ZORGKOSTEN VIA VERZEKERING.

De gemeenteraad van Aalten bijeen op 15 december 2015, behandelend de nota Armoedebeleid 2016

constaterende

- dat bij raadsbesluit van 27 januari 2015 ter compensatie van het wegvallen van de WTCG is gekozen voor een vergoeding van de extra zorgkosten via de individuele bijzondere bijstand met de daarbijbehorende (uitzonderings)regels en administratieve lasten;
- dat in het nieuw voorgestelde beleid ook een gedeeltelijke compensatie (50%) van het verplichte eigen risico is opgenomen, mits dit eigen risico in een jaar ten minste € 100,-- bedraagt;
- dat voor 2016 het maximum te declareren dan bedrag € 285 – 100 x 50% = € 142,50 bedraagt;
- dat blijkens een rapport van BS&F een groot aantal gemeenten ook kiest voor uitbreiding van de collectieve verzekering met zowel een inhoudelijke dekking (zorg) als een financiële dekking (eigen risico en eigen bijdragen) en een tegemoetkoming daarvoor verstrekt;
- dat het voor het verzekeringsjaar te laat is om nog aan te sluiten bij deze pakketuitbreiding in de collectieve zorgverzekering;

overwegende

- dat het verzekeren van extra kosten wegens chronische ziekte en handicaps in principe in Nederland is belegd bij de zorgverzekeraars;
- dat het weghalen van de administratie van deze kosten bij de individuele bijstand werk en tijd kan besparen;
- dat blijkens het onderzoek van BS&F de gemiddelde gemeentelijke bijdrage in dit pakket € 340,-- bedraagt, terwijl de collectiviteitskorting gemiddeld € 118,-- bedraagt, waardoor per saldo inwoners met een laag inkomen en een hoge zorgvraag een voordeel genieten en toch tegen beperkte kosten een ruime zorgverzekering kunnen afsluiten;

voorts overwegende

- dat de keuzevrijheid van verzekeraar die beperkt wordt bij de keuze voor de collectiviteit bij één verzekeraar een beperkt nadeel heeft t.o.v. de ruime dekking van zowel zorg als eigen risico;
- dat de gemeente Aalten (zie rbs 27 januari 2015) een structureel bedrag ontvangt vanwege de afschaffing van de WTCG en de CER van € 342.342,--;
- dat in principe dit bedrag ook gebruikt zou moeten worden aan de ondersteuning van chronisch zieken en gehandicapten;

verzoekt het college

de raad een (hernieuwde) voor 1 september 2016 keuze voor te leggen voor de ondersteuning aan chronisch zieken en gehandicapten gebaseerd op het vergoeden van zowel de financiële gevolgen (eigen risico en bijdragen) als de extra zorgkosten waarbij de optie van het afsluiten van een aanvullende collectieve verzekering onderdeel is, zodat een eventuele nieuwe regeling per 1-1-2017 kan ingaan;

en gaat over tot de orde van de dag.

De fractie van de Progressieve Partij,

Joop Wikkerink

Toelichting.

Het rapport: "Compensatie van meerkosten via de gemeentelijke zorgverzekering" is via deze link te lezen:

<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2014/12/17/compensatie-van-meerkosten-via-de-gemeentelijke-zorgverzekering>

Dit rapport beschrijft hoe gemeenten hun collectieve zorgverzekering inzetten om chronisch zieken en gehandicapten te compenseren voor hun meerkosten. Deze gemeentelijke collectiviteit wordt sinds jaar en dag door gemeenten aangeboden om inwoners in een (financieel) kwetsbare positie toegang te garanderen tot goede en betaalbare zorg. In 2014 is deze zorgverzekering, in samenspel tussen gemeenten, zorgverzekeraars en BS&F, doorontwikkeld om nader aan te sluiten bij de meerkosten van chronisch zieken en gehandicapten.

Dit heeft geleid tot een 'uitgebreide variant' van de gemeentelijke zorgverzekering, waarin zowel: - *inhoudelijke dekkingen* (zoals fysiotherapie, mondzorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en preventie) als - *financiële vergoedingen* (eigen bijdragen en het verplicht eigen risico) zijn opgenomen.

Doordat gemeenten een bijdrage geven in de premie van deze zorgverzekeringen, worden meerkosten voor de doelgroep gericht gecompenseerd. Gemeenten hanteren verschillende inkomensgrenzen voor deze: met een inkomen tot 110 % van het sociaal minimum komt men doorgaans in aanmerking, *meer dan de helft van de onderzochte gemeenten hanteert een grens van 120 % of hoger*. Zo hebben meer mensen toegang tot deze vorm van compensatie voor de landelijke afschaffing van de Wtgc en CER.

Uit het onderzoek blijkt daarnaast dat bijna *80 % van de gemeenten* in het onderzoek (namelijk 238 van de 300 gemeenten) daadwerkelijk deze uitgebreide variant van de gemeentelijke zorgverzekering inzetten om hun nieuwe budget te ontsluiten. Gemeenten geven gemiddeld een *bijdrage van € 340,- per jaar* in deze variant.

Daarnaast besparen deelnemers gemiddeld genomen *€ 118,- per jaar dankzij kortingen* die zorgverzekeraars verlenen op de premie van deze zorgverzekeringen.

Per saldo genieten deelnemers daarmee gemiddeld een *financieel voordeel van bijna € 460,- per jaar*. Zo bieden gemeenten aan inwoners met een hoge zorgvraag via deze manier de mogelijkheid om een ruime zorgverzekering af te sluiten, tegen relatief beperkte kosten.