Technische vragen:

Agendapunt 2: Voorbereidende vergadering Compensatie eigen risico chronisch zieken, collectieve zorgverzekering" d.d. 20 augustus 2019

Met plezier hebben we via de opgevraagde B&W-stukken kennis genomen van het raadsvoorstel "Compensatie eigen risico chronisch zieken, collectieve zorgverzekering" zoals dat is aangeboden aan het presidium, ter agendering voor een voorronde. Goed dat de aangenomen motie is uitgewerkt, zeker ook gelet op de problematiek die recent weer helder in kaart zijn gebracht door de Patiëntenfederatie[1]. Ook goed dat in het raadsvoorstel duidelijk is vermeld dat op dit moment maar een beperkt deel van de doelgroep gebruik maakt van de collectieve verzekering, wat bij koppeling van deze compensatieregeling aan die collectieve verzekering risico's oplevert ten aanzien van het bereik.

Wel hebben wij over de voorgestelde uitwerking een aantal technische vragen.

Technische vragen D66 & BOB:

Vraag:	Antwoord:
1. Heeft het College al een inschatting van het verschil in premie tussen de opties die via de collectieve verzekering met Menzis zal worden gegeven en de goedkoopste basisverzekering zonder vrijwillig eigen risico? Zo nee, kan het College inzicht geven hoe deze verschillen in 2019 lagen, bijvoorbeeld op basis van een overzicht van een vergelijkingssite als zorgwijzer?	Antwoord zie hieronder
2. Kan het College aangeven of ook gekeken is naar het alternatief van een 'losse' regeling van chronisch zieken en mensen met een beperking zoals die in Arnhem geldt[2], met een inkomensgrens van 130% van het wettelijk sociaal minimum (WSM) conform de in Overbetuwe aangenomen motie? Zo ja, op grond waarvan is dit niet als alternatief in het raadsvoorstel opgenomen? Zo nee, kan het College uitgaande van de regeling van Arnhem en het beschikbare budget in technische zin een alternatief schetsen, zodat de raad dit kan afwegen? Kan daarbij ook de vergelijking op uitvoeringskosten worden gemaakt	2. Gemeente Overbetuwe kent dezelfde regeling als Arnhem. Via het PMB (Persoonlijk Minima Budget) is het mogelijk om een verhoging te krijgen. Om hiervoor in aanmerking te komen gelden de volgende voorwaarden. De inwoner dient dit zelf aan te vragen. Hieronder vanuit de verordening geciteerd: *2. Een gezinslid of een alleenstaande komt in aanmerking voor verhoging van het persoonlijk minimabudget als genoemd in het eerste lid onder c. en d., als:* *a. de belanghebbende in de referteperiode gebruik heeft gemaakt van een voorziening die is toegekend op grond van de WMO, óf* *b. de belanghebbende op de peildatum ten minste 5 jaar onafgebroken aangewezen is*

[2] https://www.arnhem.nl/Inwoners/zorg_en_welzijn/chronisch_zieken_en_gehandicapten/tegemoetkoming_meerkosten_chronisch_zieken_en_gehandicapten

tussen het huidige voorstel en een alternatief a la Arnhem (mede gebaseerd op de uitvoeringskosten zoals die in Arnhem nu worden gemaakt).	*geweest op een uitkering op grond van de wet, de IOAW of een arbeidsongeschiktheidsuitkering, omdat belanghebbende wegens medische redenen een ontheffing van de arbeidsplicht heeft, óf* *c. de belanghebbende op de peildatum de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt.* Het beoordelen of iemand chronisch ziek is, is voor een consulent bijzondere bijstand onhaalbaar. Om die reden geldt de verordening alleen voor mensen die een WMO voorziening hebben of bij een ontheffing arbeidsplicht of de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt. Dit zijn te toetsen criteria De kanttekening is dat iemand nog steeds chronisch ziek en/of gehandicapt kan zijn en zodoende gebruik moet maken van het verplicht eigen risico maar niet in aanmerking komt voor de aanvulling op zijn PMB. Het zijn daarom twee aparte regelingen. Die een Arnhem en ook andere omliggen gemeenten zo hanteren.
3. Tenslotte nog een vraag over de collectieve zorgverzekering: heeft het College nog gekeken of er in het recente CPB-rapport over gemeentepolissen[3] nog punten zitten waar we in Overbetuwe ons voordeel mee kunnen doen? Zo ja, wat waren de conclusies?	3. Jazeker, dit rapport kwam later dan het ingebrachte voorstel naar buiten. Wel zijn veel van de genoemde punten en conclusies al langere tijd bekend. Wij hebben onder andere gekeken welke effecten deze ontwikkeling heeft op het integraal armoedebeleid. In de praktijk zien we veel inwoners met een schuld bij de zorgverzekeraar. Men is dan verplicht aan het CAK een premie een bestuursrechtelijke premie te betalen die veel hoger is dan de gewone zorgpremie. Tegelijkertijd krijgt men geen zorgtoeslag meer. En kan men niet meer overstappen naar een andere zorgaanbieder. Deze inwoners zien we bij schuldhulpverlening, bijstand, bijzondere bijstand en in heftige gevallen zelfs bij het interventieteam. Als aanbeveling wordt er aangegeven om te werken met een ‘no-claim’. Wat hier in mist is dat het raadsvoorstel over een tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten gaat. Deze groep gebruikt vaak zijn eigen risico. Voor deze groep verandert er met een ‘no-claim’ dus vrij weinig.

[3] https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/PB-gemeentepolis-definitief.pdf

Beantwoording vraag 1:

Antwoord(en) ambtelijke organisatie:

1. De premies voor 2020 zijn op dit moment nog niet bekend. Op basis van 2019 kan de volgende vergelijking gemaakt worden:

Menzis Basis	**Menzis aanvullend pakket 1 regulier**	**Menzis gemeente collectief**
€ 109,-	€ 123,50	€ 131,46
Dit is de basisverzekering zonder aanvullende verzekering	Het goedkoopste aanvullende pakket van Menzis. Met veelal vergoeding tot 80% of minder.	De verzekering vanuit de gemeente.

Het grootste verschil voor onze doelgroep zit in de extra's die de gemeentelijke collectieve zorgverzekering biedt. In figuur 1 wordt aan de hand van een voorbeeld het verschil verder geduid.

De belangrijkste verschillen:

- Tandzorg wordt in de gemeentelijke collectieve zorgverzekering voor 100% vergoedt. Menzis Basis vergoedt de tandzorg niet. Menzis aanvullend doet dit tot maximaal 80%.
- De eigen bijdrage voor hoortoestellen, brillen en dergelijken zijn in het gemeentepakket gemaximaliseerd. In de reguliere pakketten is er geen of beperkte vergoeding opgenomen.
- De eigen bijdrage voor WMO is, bij de gemeentelijke collectieve zorgverzekering per jaar maximaal € 300. Bij Menzis basis en aanvullende pakket is deze niet verzekerd.

Ter illustratie:

Meneer A. 45 jaar	**Regulier pakket 1**	**Gemeentelijke verzekering**
Gemaakte Tandartskosten € 250	Betaalt meneer 20% zelf, in dit voorbeeld € 50	Mr. betaalt alleen zijn maandelijkse premie en geen extra kosten.
Mr. Heeft een bril nodig, wil eigenlijk lenzen	Mr. ontvangt geen vergoeding voor een bril. Geen lensvergoeding mogelijk.	Mr. betaalt premie. Lenzen en/of bril is mogelijk.
Orthopedische schoenen	Betaalt € 131 zelf.	Maximaal € 75 vergoed
Totale kosten:	**€ 181 een maandelijkse premie van € 148,58** **Zonder bril of lenzen.**	**€ 137,71**

Figuur 1