

Beleidsregels bijzondere bijstand in verband met medische kosten GR Ferm Werk

Het dagelijks bestuur van Ferm Werk, gelet op artikel 35 van de Participatiewet, besluit vast te stellen de navolgende beleidsregels in verband met medische kosten:

Artikel 1 Bijzondere bijstand voor medische kosten

1. De Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) vormen een passende en toereikende voorliggende voorziening voor medische kosten, zodat voor medische kosten geen bijzondere bijstand wordt verleend, tenzij deze beleidsregels anders bepalen.
2. Uitgangspunt is dat de belanghebbende een basisverzekering plus aanvullende verzekering heeft afgesloten.
3. Bijzondere bijstand kan worden verstrekt voor medische kosten of tandartskosten die hoger zijn dan de verzekering vergoedt vanuit de basis en aanvullende verzekering, als dit medisch noodzakelijk is in individuele bijzondere omstandigheden.
4. Als belanghebbende geen aanvullende verzekering heeft afgesloten dan wordt dit gezien als een ongenoegzaam besef van verantwoordelijkheid. Voor de kosten die vergoed zouden worden door de aanvullende verzekering wordt geen bijzondere bijstand verleend.
5. Een eenmalige uitzondering op het vierde lid kan gemaakt worden voor medische kosten en/of tandartskosten waarvoor belanghebbende niet verzekerd is, maar die in het individuele geval medisch noodzakelijk zijn. De hoogte van de verstrekking is in dat geval gelijk aan de vergoeding die verstrekt zou worden vanuit de aanvullende verzekering van de collectieve zorgverzekering bij ZZ (AV standaard)
6. Bij toepassing van het vijfde lid, wordt verwacht dat belanghebbende met ingang van het volgende kalenderjaar een passende aanvullende verzekering afsluit. Vanaf het nieuwe kalenderjaar kan er geen bijzondere bijstand meer verstrekt worden voor medische kosten en/of tandartskosten die vergoed zouden worden op basis van de collectieve zorgverzekering.
7. In uitzonderlijke gevallen kan het dagelijks bestuur besluiten om af te wijken van deze beleidsregels.

Artikel 2 Collectieve zorgverzekering voor minima

1. Voor verzekerbare medische kosten worden belanghebbenden geacht zich te verzekeren.
2. Voor mensen met een laag inkomen in de gemeenten Woerden, Bodegraven-Reeuwijk, Montfoort en Oudewater biedt Ferm Werk een collectieve zorgverzekering aan. Hiervoor zijn contracten gesloten met VGZ en Zorg en Zekerheid. Beide verzekeraars bieden verschillende pakketten aan.

Artikel 3 Eigen risico

1. Het verplicht eigen risico van de Zvw behoort tot de algemeen noodzakelijke kosten van het bestaan. Deze kosten kunnen worden voldaan uit de bijstandsnorm en de zorgtoeslag. Bij invoering van het verplicht eigen risico is de zorgtoeslag verhoogd. Bovendien is het inmiddels mogelijk om via de aanvullende verzekering de kosten van het eigen risico te verzekeren. Daarom kan geen bijzondere bijstand voor deze kosten verleend worden.
2. Kosten van een eigen risico hoger dan het verplicht eigen risico zijn het gevolg van een vrijwillige keuze van de belanghebbende en komen derhalve niet voor bijstandverlening in aanmerking.

Artikelsgewijze toelichting

Artikel 1 bijzondere bijstand voor medische kosten

Algemeen

Inwoners met een laag inkomen kunnen gebruik maken van de collectieve zorgverzekering voor minima (hierna; czm). Deze verzekering biedt een ruime dekking. Bij invoering werd daarom de mogelijkheid om bijzondere bijstand voor medische kosten te vertrekken beperkt. Met deze beleidsregel voor medische kosten wordt enige nuance gebracht in het uitgangspunt dat de collectieve zorgverzekering voor minima altijd als passende en toereikende voorziening wordt aangemerkt. Met deze aanpassing willen we voorkomen dat inwoners met een laag inkomen in de knel komen of zorg gaan mijden omdat zij de kosten van een medisch noodzakelijke behandeling niet kunnen opbrengen. De beleidsregel biedt

ruimte om in bijzondere individuele situaties toch bijzondere bijstand te verlenen voor medische kosten die noodzakelijk zijn maar niet (volledig) vergoed worden door de zorgverzekering.

Voor de hoogte van de vergoedingen wordt aangesloten bij de vergoedingen die Zorg en Zekerheid biedt in de aanvullende pakketten Standaard en Top van de czm.

Als de kosten die niet worden vergoed door de basis- en aanvullende verzekering niet hoger zijn dan de maximale vergoeding vanuit bijzondere bijstand, dan wordt geen onderzoek gedaan naar de medische noodzaak

Als de kosten hoger zijn dan kan het nodig zijn om een onderzoek naar de noodzaak te laten doen door een arts of tandarts.

Lid 1

Uitgangspunt blijft dat de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) een passende en toereikende voorliggende voorziening zijn voor medische kosten, zodat voor medische kosten geen bijzondere bijstand wordt verleend.

Lid 2

Er wordt als uitgangspunt toegevoegd dat de inwoner een basisverzekering plus aanvullende verzekering heeft afgesloten. Er wordt een beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van de inwoner om zich adequaat te verzekeren tegen ziektekosten.

Lid 3

Ook als de inwoner een aanvullende verzekering heeft afgesloten kan het voorkomen dat de kosten door de zorgverzekeraar niet volledig worden vergoed. Omdat er een maximale vergoeding geldt, of omdat de inwoner het beschikbare budget voor dat jaar al heeft verbruikt. In deze gevallen kan er een vergoeding verstrekt worden vanuit bijzondere bijstand, bovenop de vergoeding die de zorgverzekeraar gegeven heeft.

De maximale vergoeding via de bijzondere bijstand is gelijk aan het verschil tussen de vergoeding van de aanvullende verzekering bij Zorg en Zekerheid pakket Standaard en pakket Top voor de betreffende kostensoort

Lid 4, 5 en 6

Van de inwoner wordt verwacht dat hij/zij een aanvullende verzekering afsluit (lid 2). De kosten die een inwoner heeft omdat er geen aanvullende verzekering is afgesloten, worden niet vergoed vanuit de bijzondere bijstand. Wel kan er eenmalig een bedrag toegekend worden om de inwoner tegemoet te komen in de kosten. Er moet duidelijk zijn dat het om een eenmalig bedrag gaat en dat er van de inwoner verwacht wordt dat er een aanvullende verzekering wordt afgesloten in het volgende verzekeringsjaar.

De maximale hoogte van de eenmalige bijzondere bijstand is gelijk aan de hoogte van de vergoeding van de aanvullende verzekering bij Zorg en Zekerheid Standaard.

Voorbeeld bij artikel 3 t/m 6 :

Een inwoner moet een tandartsbehandeling ondergaan . De kosten bedragen € 600,-.

- Client moet vooraf een begroting inleveren.

- De maximale vergoeding bedraagt het verschil tussen de vergoeding vanuit de aanvullende verzekering bij Zorg en Zekerheid. Tussen de pakketten Standaard en Top.

- Zorg en Zekerheid biedt in 2024 een vergoeding van:

Z&Z Standaard € 300

Z&Z Top € 600,

De vergoeding vanuit bijzondere bijstand is afhankelijk van de situatie:

1. Inwoner heeft een basis en aanvullende verzekering (AV)

Vanuit de AV wordt € 300,- betaald.

Er kan een aanvullende vergoeding verstrekt worden vanuit bijzondere bijstand.

Hoogte is maximaal het verschil tussen ZZ av standaard en ZZ av top (€300,-)

In totaal ontvangt de inwoner een vergoeding van € 600,- .

2. Inwoner heeft alleen een basisverzekering

In principe is er geen vergoeding van kosten uit de bijzondere bijstand mogelijk.

Eénmalige kan er een tegemoetkoming worden verstrekt ter hoogte van maximaal de vergoeding op basis van ZZ av standaard (300,-)

De inwoner ontvangt een vergoeding van € 300,- en moet voor de overige € 300,- zelf een oplossing vinden.

Lid 7

Er is altijd de mogelijkheid om in individuele gevallen maatwerk te leveren.

Als de kosten hoger zijn dan de maximale vergoeding op grond van het beleid zou bedragen, dan kan er alsnog besloten worden om op individuele gronden tot een hoger bedrag bijzondere bijstand te verstrekken. Dan wordt er wel een medisch advies van (tand)arts gevraagd om te kunnen bepalen of de behandeling noodzakelijk is, en of deze op dit moment noodzakelijk is of mogelijk uitgesteld kan worden. In dat laatste geval kunnen de kosten wellicht gespreid worden over twee kalenderjaren (twee keer vergoeding door de zorgverzekeraar) of heeft client de mogelijkheid heeft om een uitgebreidere aanvullende verzekering af te sluiten voordat de behandeling aanvangt.

Aldus besloten door het dagelijks bestuur van Ferm Werk in de vergadering van 5 december 2024.

J.J. Rozendaal

Voorzitter dagelijks bestuur

G.A.G. Eggermont

Secretaris dagelijks bestuur