

BELEIDSREGEL "Collectieve zorgverzekering voor minima gemeente Moerdijk

Het college van de gemeente Moerdijk in zijn vergadering van 20 november 2018:

gelet op de artikelen: 4:81 Algemene wet bestuursrecht en 35 lid 3 van de Participatiewet, overwegende dat een collectieve zorgverzekering een goed middel is om te bewerkstelligen dat ook burgers met een laag inkomen goed verzekerd zijn tegen zorgkosten,

BESLUIT

vast te stellen de : beleidsregel "Collectieve zorgverzekering voor minima gemeente Moerdijk "

BELEIDSREGEL

Hoofdstuk 1 Algemene bepalingen

Artikel 1 Begripsbepaling

Alle begrippen die in deze regeling worden gebruikt en niet nader worden omschreven hebben dezelfde betekenis als in de Participatiewet, de Algemene wet bestuursrecht en de Gemeentewet.

In deze beleidsregel wordt verstaan onder:

de wet: de Participatiewet;

inwoner: degene die op grond van de Wet basisregistratie personen (Brp) als ingezetene bij de gemeente Moerdijk] is ingeschreven;

rechthebbende: de belanghebbende van 18 jaar of ouder die rechtmatig in Nederland verblijft en voldoet aan alle voorwaarden op grond van deze regeling;

voorziening: de door het Werkplein Hart van West-Brabant bij een zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverzekering(en) en de maandelijkse tegemoetkoming in de premie en betaling wettelijk verplicht eigen risico via de bijzondere bijstand;

laag inkomen: hiervan is sprake als de rechthebbende:

op de peildatum periodieke bijstand op grond van de Participatiewet of een uitkering op grond van de loaw of loaz ontvangt, of

in het jaar voorafgaand aan het jaar van deelname aan de collectieve zorgverzekering

kwijschelding gemeentelijke belastingen heeft ontvangen, of

in de maand januari van het jaar van deelname aan de collectieve zorgverzekering een netto

maandinkomen exclusief vakantietoeslag heeft wat niet hoger is of was dan 120% van:

- de normen bijstandsgerechtigden voor respectievelijk een alleenstaande ingeval van een alleenstaande of alleenstaande ouder of voor gehuwden ingeval van gehuwden genoemd in artikel 21 onder a en b Participatiewet exclusief vakantietoeslag per 1 januari van het jaar van deelname als de rechthebbende(n) jonger is/zijn dan de pensioengerechtigde leeftijd of,

- het netto bedrag AOW na heffingskorting exclusief vakantietoeslag voor respectievelijk een alleenstaande of gehuwde per 1 januari van het jaar van deelname als de rechthebbende pensioengerechtigd is;

Bij de vaststelling van laag inkomen is als sprake is van kostendelende medebewoners het bepaalde in artikel 22a van de Participatiewet niet van toepassing.

Bij gehuwden of bij een gezamenlijke huishouding als bedoeld in artikel 3 van de Participatiewet wordt bij de vaststelling van laag inkomen uitgegaan van het gezamenlijk inkomen.

peildatum: 1 januari van het jaar van deelname aan de collectieve zorgverzekering.

Hoofdstuk 2 Recht op deze voorziening

Artikel 2 Recht op deze voorziening

Een inwoner is rechthebbende van een voorziening op grond van deze regeling als deze op de peildatum aan alle hieronder genoemde voorwaarden voldoet:

de (potentiële) rechthebbende dient rechtmatig in Nederland te verblijven zoals bedoeld in artikel 11 van de Participatiewet;

de (potentiële) rechthebbende dient ingeschreven te staan in de Brp van de gemeente en daar feitelijk zijn hoofdverblijf te hebben;
de (potentiële) rechthebbende heeft een laag inkomen zoals bedoeld in artikel 1, lid 2 onder e;
de (potentiële) rechthebbende mag niet rechtens zijn vrijheid zijn ontnomen;
er mag geen sprake zijn van een situatie als bedoeld in artikel 8a van de Zorgverzekeringswet te weten de situatie waarin de (potentiële) rechthebbende de oude zorgverzekering niet kan opzeggen.

Artikel 3 Vermogen

De hoogte van het vermogen van de rechthebbende is niet van belang voor het recht op een voorziening op grond van deze regeling.

Artikel 4 Periode waarin recht op deze voorziening bestaat

Overeenkomstig de systematiek van de Zorgverzekeringswet (Zvw) loopt de termijn van de voorziening steeds van 1 januari tot en met 31 december van het kalenderjaar;

Na afloop van de onder lid 1 bedoelde periode, wordt bij ongewijzigde omstandigheden de voorziening steeds met een heel kalenderjaar voortgezet tenzij de belanghebbende zelf vóór 25 december via het daarvoor ontwikkelde beëindigingformulier kenbaar maakt daarvan met ingang van 1 januari van het daarop volgende kalenderjaar geen gebruik meer te willen maken of de belanghebbende niet meer aan de voorwaarden voldoet voor het recht op deze voorziening;

In afwijking van het bepaalde in de vorige twee leden, wordt de voorziening tussentijds beëindigd bij:
verhuizing naar het buitenland per de datum van verhuizing;
overlijden van de rechthebbende per de datum van overlijden;
detentie van de rechthebbende (gedurende de detentieperiode);
een zodanige premieachterstand dat de zorgverzekeraar de rechthebbende royeert uit de aanvullende verzekering per de datum van royement;
geconstateerde schending van de inlichtingenplicht op grond waarvan er geen recht op deze voorziening meer bestaat met ingang van de eerste dag van de maand volgend op die constatering.

Hoofdstuk 3 Beoordeling en (inkomens) controle

Artikel 5 Beoordeling en (inkomens)controle

Met uitzondering van de inkomensbeoordeling, wordt binnen een maand na ontvangst van een verzoek voor een voorziening, bepaald of de (potentiële) rechthebbende aan de gestelde voorwaarden voldoet waarbij die voorziening dan ingaat op 1 januari;
De vaststelling of de (potentiële) rechthebbende voldoet aan de voorwaarde dat deze een laag inkomen moet hebben, vindt plaats in de loop van het jaar van deelname;
Waar dat noodzakelijk en mogelijk is, wordt voor de uit te voeren inkomensbeoordeling gebruik gemaakt van gegevens via tussenkomst van het Inlichtingenbureau.

Artikel 6 Gevolgen te hoog inkomen

Als bij de inkomensbeoordeling als bedoeld in artikel 5 wordt vastgesteld dat er geen recht op een voorziening op grond van deze regeling bestaat, wordt de voorziening beëindigd met ingang van de eerste dag van de maand volgend op die waarin de inkomenscontrole is uitgevoerd;

Hoofdstuk 4 Pakketkeuze, wettelijk verplicht eigen risico en gemeentelijke premiebijdrage

Artikel 7 Pakketkeuze

Aan de rechthebbende wordt een zorgverzekering aangeboden die bestaat uit een basis- verzekering aangevuld met één of meerdere aanvullende verzekeringen en een module welke dekking biedt voor de door het Centraal Administratiekantoor (CAK) opgelegde eigen bijdragen op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo);
Bij het aanbod van een aanvullende verzekering die een aangepaste dekking biedt voor mensen met hoge zorgkosten in verband met een chronische ziekte of handicap, wordt het principe van zelfindicatie door de rechthebbende toegepast met de restrictie dat de deelname aan deze aanvullende verzekering kan worden geweigerd als het zeer aannemelijk is dat de (potentiële) rechthebbende niet tot deze doelgroep behoort.

Artikel 8 Betaling wettelijk verplicht eigen risico bij aanvullende verzekering voor mensen met hoge zorgkosten

Voor deelnemers aan de aanvullende verzekering die een aangepaste dekking biedt voor mensen met hoge zorgkosten in verband met een chronische ziekte of handicap, wordt voor de betaling van het wettelijk verplicht eigen risico een betalingsregeling getroffen tussen de gecontracteerde zorgverzekeraar en het Werkplein Hart van West-Brabant.

Het Werkplein Hart van West-Brabant betaalt bij wijze van voorlopige betaling het op jaarbasis verschuldigde bedrag van het wettelijk verplicht eigen risico aan de gecontracteerde zorgverzekeraar. Na afloop van het jaar van deelname restitueert de gecontracteerde zorgverzekeraar het niet verbruikte deel van het wettelijk verplicht eigen risico aan het Werkplein Hart van West-Brabant.

Artikel 9 Gemeentelijke premiebijdrage

Aan de rechthebbende die deelneemt aan de collectieve zorgverzekering voor minima, wordt maandelijks een tegemoetkoming in de premie van de aanvullende verzekering verstrekt via de bijzondere bijstand; De onder lid 1 bedoelde tegemoetkoming wordt door het Werkplein Hart van West-Brabant rechtstreeks betaald aan de gecontracteerde zorgverzekeraar;

De hoogte van de maandelijks tegemoetkoming in de premie kan per type zorgpolis verschillen; Jaarlijks vóór 1 september stelt de gemeente de hoogte van deze maandelijks premie-tegemoetkoming voor het komende kalenderjaar vast en deelt die informatie met het Werkplein Hart van West-Brabant; Het Werkplein Hart van West-Brabant informeert vervolgens de gecontracteerde zorgverzekeraar over de hoogte van de gemeentelijke premietegemoetkoming(en).

Artikel 10 Inwerkingtreding

Deze beleidsregel treedt in werking op(datum noemen of dag na bekendmaking)

De beleidsregel Collectieve zorgverzekering voor minima gemeente Moerdijk , vastgesteld op 10 mei 2016, wordt ingetrokken met ingang van inwerkingtreding van deze beleidsregel.

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel collectieve zorgverzekering voor minima van de gemeente Moerdijk.

Aldus besloten in de openbare vergadering van het college, gehouden op.....

De secretaris,

.....,

De burgemeester,

.....

Bijlage 1

Algemene toelichting bij de Beleidsregel collectieve zorgverzekering voor minima Moerdijk

Gemeenten kunnen naast individuele bijzondere bijstand ook categoriale bijzondere bijstand verlenen voor bijzondere kosten. Dit is echter nog maar zeer beperkt mogelijk. Binnen de bijstand kan het college categoriale bijstand te verlenen in de vorm van een collectieve aanvullende zorgverzekering of een tegemoetkoming in de kosten van de premie van een dergelijke verzekering.

Met ingang van 1 januari 2016 hebben de 6 Werkpleingemeenten het beleid van de zorgverzekering voor minima geharmoniseerd.

Met het afsluiten van een collectieve zorgverzekering voor minima wordt enerzijds bereikt dat de doelgroep minima goed verzekerd is tegen een gunstige premie en anderzijds dat er minder een beroep gedaan hoeft te worden op de bijzondere bijstand.

Artikelsgewijze toelichting bij de Beleidsregel collectieve zorgverzekering voor minima gemeente Moerdijk

Artikel 1 Begripsbepalingen

In dit artikel zijn de begrippen gedefinieerd die verder in deze beleidsregel worden vermeld.

Omdat deelname aan de collectieve zorgverzekering voor de burger twee gevolgen heeft namelijk:

- deelname aan de door het Werkplein Hart van West-Brabant gecontracteerde collectieve zorgverzekering en;
- het verkrijgen van maandelijkse bijzondere bijstand in een deel van de premiekosten, wordt het begrip voorziening gehanteerd.

Met de definitie laag inkomen wordt aangeduid wanneer daarvan sprake is. Eerder is de inkomensgrens voor de zes Werkpleingemeenten gelijk getrokken naar 120%.

Voor de berekening van het maximaal toegestane inkomen wordt:

- tot de pensioengerechtigde leeftijd uitgegaan van bijstandsnormen voor respectievelijk een alleenstaande ingeval van een alleenstaande of alleenstaande ouder of voor gehuwden ingeval van gehuwden genoemd in artikel 21 onder a en b Participatiewet exclusief vakantietoeslag per 1 januari van het jaar van deelname maal de rekenfactor 1,2 (=120%);
- vanaf de pensioengerechtigde leeftijd uitgegaan van het netto bedrag AOW na heffingskorting exclusief vakantietoeslag voor respectievelijk een alleenstaande of gehuwde per 1 januari van het jaar van deelname maal de rekenfactor 1,2 (=120%).

Dit betreft een wijziging ten opzichte van het huidige (oude) beleid waar voor deze groep deelnemers uitgegaan werd van het bruto jaarinkomen in het jaar voorafgaand aan het jaar van deelname.

Die methodiek moest losgelaten worden omdat de Rijksbelastingdienst sinds 2017 geen inkomensgegevens meer beschikbaar wil stellen aan het Werkplein. Overweging Rijksbelastingdienst is dat er een alternatief is namelijk het Inlichtingenbureau die maandelijkse de inkomensgegevens vanuit de UWV-polis-administratie kan aanleveren. Uit onderzoek van het Werkplein blijkt dat deze wijziging van de controlemethodiek naar verwachting geen nadelig effect zal hebben op het recht op deelname van de huidige deelnemers.

Voor de toepassing van deze regeling wordt ingeval van een alleenstaande oudergezin de norm voor een alleenstaande toegepast. Overweging hierbij is dat sinds 1 januari 2015 de aparte bijstands- en AOW-normering voor alleenstaande ouders is komen te vervallen en vervangen is door het z.g. kindgebonden budget van de Belastingdienst.

Bij huwelijk of samenwoning wordt het inkomen van beide echtelieden/partners in aanmerking genomen. Het begrip peildatum is van belang omdat beleidsmatig gekozen wordt om qua periode van deelname aansluiting te zoeken bij de systematiek van de Zorgverzekeringwet (zie artikel 4).

Artikel 2 Recht op de voorziening

In dit artikel staat in combinatie met de begripsbepalingen van artikel 1 omschreven wanneer men recht heeft op deze voorziening.

Artikel 3 Vermogen

De vermogenstoets voor het recht op deelname aan de collectieve zorgverzekering is al vanaf 2016 vervallen. Overweging hierbij is dat ook burgers met een minimum inkomen maar wel met eigen vermogen ook een beroep op deze regeling moeten kunnen doen. Gedacht wordt bijvoorbeeld aan mensen met een loaw-loaz-uitkering en eigen vermogen of ouderen met Aow en klein pensioen en met een eigen huis. Ook beperkt dit de administratieve lasten voor de (potentieel) rechthebbende en voor het Werkplein Hart van West-Brabant. Gelet op de ervaring van de afgelopen jaren heeft het vervallen van de vermogenstoets ook niet tot een hoge toename van het aantal deelnemers geleid.

Artikel 4 Periode waarin recht op deze voorziening bestaat

Ten aanzien van de termijn van deelname wordt aansluiting gezocht bij de systematiek van de

Zorgverzekeringswet namelijk dat men met ingang van 1 januari van het nieuwe kalenderjaar steeds een zorgverzekering/polis afsluit met een looptijd van een heel kalenderjaar.

Door in -en uitstroom in de loop van het kalenderjaar niet toe te staan:

- garandeer je de rechthebbende dat ook bij wijziging van omstandigheden (bijv. verhuizing naar andere gemeente in Nederland, inkomensstijging na werkaanvaarding) hun recht op deelname aan deze minimaregeling gedurende dat kalenderjaar niet onmiddellijk in gevaar komt,
- beperk je de administratieve lasten voor de deelnemers, gecontracteerde zorgverzekeraar en het Werkplein Hart van West-Brabant,
- wordt rechtsongelijkheid tussen uitkeringsgerechtigden die al een zorgpolis bij de gecontracteerde zorgverzekeraar hebben en minima met een zorgpolis bij een andere zorgverzekeraar voorkomen omdat de laatst genoemde groep in de loop van een kalenderjaar nooit tussentijds van zorgverzekeraar kan wisselen.

Uiteraard kunnen er zich in de loop van een kalenderjaar ingrijpende gebeurtenissen voordoen zoals: overlijden, emigratie naar het buitenland en verliezen van de verblijfsstatus bij vreemdelingen die er toe leiden dat het recht op deelname aan deze regeling en de verstrekking van bijzondere bijstand in een deel van de premielasten en eventueel het wettelijk verplicht eigen risico tussentijds beëindigd moet worden.

Artikel 5 Beoordeling en (inkomens)controle

Een (potentieel) rechthebbende is er bij gebaat dat deze snel duidelijkheid krijgt of men recht heeft op deze voorziening. Bij (potentieel) rechthebbenden die een periodieke uitkering van het Werkplein Hart van West-Brabant ontvangen, of die kwijtschelding gemeentelijke belastingen hebben gekregen, staat het recht op deze voorziening ook vast. Bij zogenaamde overige minima vergt de beoordeling meer tijd. Om dit proces zo efficiënt en doeltreffend mogelijk te laten verlopen wordt waar dat noodzakelijk en mogelijk is, de inkomenscontrole gebaseerd op de gegevens via tussenkomst van het Inlichtingenbureau .

Artikel 6 Gevolgen te hoog inkomen

Artikel 5 regelt de beoordeling, inclusief de wijze van de inkomenscontrole, van het recht op deelname aan deze voorziening. Inherent aan het uitvoeren van zo'n controle is dat wanneer tijdens die controle en beoordeling blijkt dat belanghebbende niet (langer) aan de gestelde voorwaarden voldoet, dat de toegekende voorziening dan wordt beëindigd met ingang van de eerste dag van de maand volgend op die waarin de inkomenscontrole is uitgevoerd.

Afgezien wordt van het met terugwerkende kracht corrigeren (=intrekking van het recht en terugvordering) van de ten onrechte verstrekte voorziening. De reden hiervan is dat de driehoeks-verhouding die de belanghebbende – zorgverzekeraar en Werkplein in deze met elkaar hebben en waarbij de zorgverzekeraar op basis van de eerder aangegane zorgpolis bepaalde zorgkosten heeft uitgekeerd aan de zorgaanbieders. Het is ondoenlijk om dat allemaal met terugwerkende kracht te gaan corrigeren of ongedaan te maken.

Artikel 7 Pakketkeuze

De doelstelling van de collectieve zorgverzekering is tweeledig te weten het:

- aanbieden van een zorgverzekering met een brede dekking tegen een premie die ook betaalbaar is voor mensen met een laag inkomen;
- inperken van het beroep op individuele bijzondere bijstand.

Door de afschaffing van de Cer en WTcG-vergoedingen vanuit het Centraal Administratiekantoor te Den Haag ingaande 2015 voor de doelgroep chronisch zieken en gehandicapten, biedt de gemeente hiervoor sinds 1 januari 2015 op lokaal niveau ter compensatie een zorgpolis aan met een aangepaste dekking voor specifiek die doelgroep. De premiekosten van die polis zijn daardoor veel hoger dan voor de gangbare zorgpolissen. Om die polis voor de doelgroep chronisch zieken en gehandicapten toch betaalbaar te houden verstrekt het Werkplein een forse premiebijdrage die gefinancierd wordt vanuit het extra budget wat de gemeenten van het Rijk krijgen ten gevolge van de afschaffing van de CER-WTcG.

Het is dan ook logisch dat die zorgpolis afgesloten wordt door en voor mensen met hoge zorgkosten juist vanwege die handicap of chronische aandoening. Het Werkplein weet echter niet welke burgers dat concreet betreft. Om die reden wordt de afweging of een (potentieel) rechthebbende tot deze doelgroep behoort in eerste aanleg aan de klant zelf gelaten (=principe zelfindicatie). Uitzondering op dit principe is dat wanneer het zeer aannemelijk is dat de (potentieel) rechthebbende niet tot de doelgroep behoort het Werkplein de deelname aan die polis kan weigeren. Indicaties die er op kunnen duiden dat men niet tot de doelgroep chronisch zieken en gehandicapten behoort zijn:

- leeftijd (vrij jong persoon) in combinatie met de eigen verklaring dat men een goede gezondheid heeft;
- mededeling (potentieel) rechthebbende dat men in het/de voorafgaande jaar/jaren het verplicht eigen risico op grond van de Zorgverzekeringswet vanwege ziekenhuisbezoek, behandeling door een specialist

en/of medicijngebruik niet behoefde te betalen in combinatie met de eigen verklaring dat men verwacht dat de gezondheidssituatie in het komende jaar niet zal verslechteren.

- (bestands)informatie van de gecontracteerde zorgverzekeraar over het niet verbruik van de deelnemers aan de polis voor deze doelgroep over het voorafgaande jaar van deelname

Van (potentiële) deelnemers die een betere/goede gezondheid hebben, mag verwacht worden dat die kiezen voor de regulier gangbare zorgpolis met een minder uitgebreide dekking dan de polis voor chronisch zieken en gehandicapten. Hier hebben zowel de rechthebbende als ook het Werkplein baat bij omdat voor alle betrokkenen de premiekosten dan lager zijn.

Artikel 8 Betaling wettelijk verplicht eigen risico bij aanvullende verzekering voor mensen met hoge zorgkosten

Zoals toegelicht bij artikel 7, wordt sinds 2015 via de collectieve zorgverzekering een zorgpolis aangeboden met een aangepaste dekking voor specifiek de doelgroep chronisch zieken en gehandicapten omdat zij jaarlijks hoge zorgkosten hebben. Juist deze doelgroep loopt dan ook een hoog risico dat zij jaarlijks het verplicht eigen risico op grond van de Zorgverzekeringswet moeten betalen. Dit betekent een forse aanslag op hun financiële positie en juist bij mensen met een laag inkomen kan dit tot grote financiële problemen leiden. Om mensen hiertegen in bescherming te nemen wordt voor de betaling van het eigen risico een betalingsregeling getroffen tussen de gecontracteerde zorgverzekeraar en het Werkplein Hart van West-Brabant. Het Werkplein betaalt het eigen risico bij wijze van voorschot direct aan de zorgverzekeraar. Het Werkplein ontvangt medio het daarop volgende jaar de eindafrekening waarbij het teveel betaalde (niet verbruikte) eigen risico van het verstreken deelnamejaar wordt terugbetaald aan het Werkplein.

Artikel 9 Gemeentelijke premiebijdrage

Het behoort tot de autonome bevoegdheid van de gemeente om op grond van artikel 35 van de Participatiewet bijzondere bijstand te verstrekken in de vorm van een collectieve aanvullende verzekering of een tegemoetkoming in de premie van een dergelijke verzekering. In dit artikel wordt de gemeentelijke premiebijdrage nader geregeld. Volgens de Zorgverzekeringswet moeten Zorgverzekeraars hun verzekerden half november in kennis stellen van de nieuwe premies voor het daarop volgende jaar. Om die deadline te kunnen halen, starten Zorgverzekeraars hun z.g. prolongatieproces daarom al medio oktober.

Om te voorkomen dat in die z.g. prolongatiebrieven de Zorgverzekeraar een verkeerd bedrag aan gemeentelijke premiebijdrage en dus ook een foutief bedrag wat de klant zelf moet betalen vermeldt, dient het Werkplein uiterlijk eind september al aan de Zorgverzekeraar door te geven wat de nieuwe premiebijdrage voor het daarop volgende jaar wordt. Het is daarom van belang dat de gemeente tijdig het Werkplein informeert over de gemeentelijke premiebijdrage voor het nieuwe kalenderjaar. Het Werkplein wil daarom graag voor 1 september geïnformeerd worden over de hoogte van de gemeentelijke premiebijdrage voor het daarop volgende kalenderjaar.

De gemeentelijke tegemoetkoming in de premie wordt door het Werkplein Hart van West-Brabant niet aan de rechthebbende uitgekeerd maar rechtstreeks aan de gecontracteerde zorgverzekeraar.

Artikel 10 Citeertitel

Dit artikel heeft geen toelichting.

Artikel 11 Inwerkingtreding

Dit artikel heeft geen toelichting.