

Beleidsregel van het college en wethouders van de gemeente Delft houdende regels omtrent een vergoeding voor medische kosten (Beleidsregel AV-Delft 2019)

1. Inleiding

Delft kent al jaren een collectieve zorgverzekering voor mensen met een laag inkomen (de AV-Delft). De gemeente heeft hiervoor een contract afgesloten met zorgverzekeraar DSW. De AV-Delft is een vorm van bijzondere bijstand voor medische kosten, waarbij de uitvoering deels bij DSW plaatsvindt. Met de AV-Delft worden bijna alle zorgkosten gedekt (behoudens het wettelijk eigen risico), zodat ook mensen met een laag inkomen alle noodzakelijke zorg kunnen ontvangen.

Het is belangrijk om goed verzekerd te zijn voor zorgkosten. Om het gebruik van de AV-Delft te stimuleren geeft de gemeente sinds 2016 een bijdrage in de premie. Deze bijdrage is op dit moment 15 euro per volwassene per maand.

De AV-Delft kent enkele specifieke voorwaarden voor deelname die afwijken van de normale individuele bijzondere bijstand. Daarom heeft het college de spelregels vastgelegd in een aparte beleidsregel. Deze beleidsregel werd het laatst vastgesteld op 3 maart 2015 (met terugwerkende kracht vanaf 1-1-2015; registratienummer 1841444) met het van kracht worden van de Participatiewet.

2. Wijzigingen

Sindsdien hebben zich enkele wijzigingen voorgedaan die aanpassingen van de beleidsregel noodzakelijk maken. Deze zijn:

- Bij het van kracht worden van de vorige beleidsregel had de gemeente afspraken met drie zorgverzekeraars (Zilveren Kruis, VGZ en DSW). Sinds 1-1-2018 is dit alleen nog DSW.
- De website gezondverzekerd.nl biedt nu ook de mogelijkheid om behalve het raadplegen van het verzekeringspakket zich aan te melden en de oude verzekering af te melden. Dit is de primaire wijze van aanmelden.
- In de administratieve verwerking is het een en ander veranderd. In verband met de grote drukte in de aanmeldperiode worden aanmeldingen nu achteraf getoetst. Indien cliënten een volgend jaar verzekerd blijven wordt steekproefsgewijs getoetst of zij nog voldoen aan de inkomenseis. Dit laatste geldt dan alleen voor cliënten die geen uitkering van de gemeente ontvangen.
- In de toelichting bij de beleidsregel werd op een enkele plek nog gesproken over de Wet werk en bijstand (WWB). Deze wet is vervangen door de Participatiewet.

De beleidsregel is een openbaar document dat burgers op de site van de gemeente kunnen raadplegen. Belangrijk is dat zij de juiste informatie krijgen.

3. Gevraagd besluit

Gevraagd wordt:

- In te stemmen met de bijgaande beleidsregel AV-Delft 2019, onder gelijktijdige intrekking van de beleidsregel AV-Delft 2015.

Beleidsregel AV-Delft 2019

Met de AV-Delft biedt de gemeente een voorziening waarmee inwoners van Delft met een laag inkomen op een eenvoudige wijze een beroep kunnen doen op een vergoeding voor medische kosten. Om te bepalen wie deel kunnen nemen aan deze collectieve verzekering stelt het college nadere regels.

Het college houdt hierbij rekening met artikelen 31, 32 en 35 van de Participatiewet.

En besluit vast te stellen:

- de Beleidsregel AV-Delft 2019,
- onder gelijktijdige intrekking van de huidige beleidsregel AV-Delft 2015.

Artikel 1 Begripsomschrijving

Voor zover in deze beleidsregel begrippen worden gebruikt, hebben deze dezelfde betekenis als in de Participatiewet zoals deze op 1-1-2019 geldt.

Artikel 2 AV-Delft

- a. De AV-Delft is een wijze om bijzondere bijstand ten behoeve van medische kosten eenvoudig en snel te verstrekken.
- b. De gemeente Delft kan een financiële bijdrage geven voor (een deel van) de verschuldigde premie voor de aanvullende verzekering van de zorgverzekeraar.
- c. De kosten waarvoor via deze voorziening bijzondere bijstand wordt verleend zijn vastgesteld en beschreven in een overeenkomst met de zorgverzekeraar.
- d. Iedereen kan via de website gezondverzekerd.nl de inhoud van de twee aangeboden verzekeringspakketten en de bijbehorende premies vergelijken. Via deze website kan iedereen die aan de voorwaarden voldoet zich aanmelden voor deelname aan de AV-Delft en kan een lopende zorgverzekering worden beëindigd.
- e. De kosten waarvoor via de collectieve verzekering een vergoeding wordt verstrekt zijn door het college aangemerkt als bijzondere en noodzakelijke kosten.
- f. De kosten waarvoor op deze wijze een vergoeding wordt verstrekt zijn door de deelnemer werkelijk gemaakte kosten. De zorgverzekeraar biedt jaarlijks een overzicht van de door elke deelnemer gemaakte kosten.
- g. Deelname aan de AV-Delft is mogelijk voor alle inwoners van Delft met een laag inkomen onder de voorwaarde dat zij bij DSW zorgverzekeraar een basisverzekering hebben afgesloten, plus een van de onderstaande aanvullende verzekeringen van DSW:
 - de AV-Standaard,
 - de AV-Top
- h. Onder een laag inkomen wordt verstaan een netto inkomen tot 130% van de bijstandsnorm die voor de deelnemer, dan wel het huishouden van toepassing is. Om dit vast te stellen kan de gemeente bewijsstukken opvragen.
- i. Deelname is ook mogelijk voor de Delftse burger die ongeacht de hoogte van diens inkomen, en die door een regeling voor zijn schulden, zowel via de Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen als via een minnelijk traject de vrije beschikking heeft over middelen die minder zijn dan 130% van de bijstandsnorm die op hem van toepassing is.
- j. Er vindt geen toetsing plaats op een eventueel aanwezig vermogen.
- k. Iedere inwoner van Delft die aan de voorwaarden voldoet kan een aanvraag indienen. De AV-Delft wordt jaarlijks automatisch verlengd. De gemeente controleert achteraf de hoogte van het inkomen.
- l. Deelname aan de AV-Delft geldt in principe voor het gehele jaar, ook als gedurende dat jaar sprake is van een inkomensstijging bijvoorbeeld door het aanvaarden van werk. Er zijn twee uitzonderingen namelijk:
 - als de betrokkene gedurende het jaar verhuist naar een andere gemeente;
 - in het geval van overlijden van de verzekerde.

In deze gevallen wordt de deelname aan de AV-Delft beëindigd op de laatste dag van de maand van verhuizing of het overlijden van de betrokkene.

Artikel 3 Geen deelname AV-Delft

- a. Deelname aan de AV-Delft is niet verplicht.
- b. De AV-Delft wordt voor de verlening van bijzondere bijstand aangemerkt als een voorliggende voorziening. Om die reden is individuele bijzondere bijstand niet nodig.

Artikel 4 Hardheidsclausule

Het kan voorkomen dat zich situaties voordoen waarin deze beleidsregel niet voorziet. In die gevallen kan het college van deze beleidsregel afwijken. Dit mag uitsluitend in het voordeel van de burger.

Artikel 5 Slotbepalingen

- a. Deze beleidsregel kan worden geciteerd als de beleidsregel AV-Delft 2019.
- b. De beleidsregel treedt in werking op 1 mei 2019,

Deze beleidsregel is vastgesteld door het college van burgemeester en wethouder van Delft op 09-04-2019

Deze beleidsregel is na vaststelling door het college bekend gemaakt in de Stadskrant, d.d. 1 mei 2019

J.M. van Bijsterveldt-Vliegenthart,

burgemeester

*J. Krul,
secretaris*

Algemene toelichting

Iedereen is verplicht een basisverzekering voor zorgkosten af te sluiten. De inhoud van de basisverzekering is door het Rijk vastgelegd. Daarbij kan het verzekeringspakket worden aangevuld met een aanvullende verzekering. De gemeente gaat er in haar beleid van uit dat elke burger een basisverzekering en een aanvullende verzekering heeft afgesloten. Daarmee wordt het grootste deel aan zorgkosten vergoed. Het is echter mogelijk dat er dan toch nog kosten voor de individuele cliënt overblijven. Tot 1 januari 2014 kon op individuele gronden bijzondere bijstand voor deze kosten worden verleend.

Sinds 1 januari 2014 wordt (nota Bestedingsplan bijzondere bijstand; nota nr. 1234953) niet langer op individuele gronden bijzondere bijstand verstrekt voor medische kosten. In plaats daarvan biedt de gemeente een collectieve aanvullende zorgverzekering, de AV-Delft. Met deze aanvullende verzekering worden nog meer kosten gedekt, zonder dat de cliënt een extra premie hoeft te betalen. Daarmee wordt bijna altijd voorkomen dat de verzekerde (behoudens de wettelijk verplichte eigen bijdrage) nog extra moet betalen voor de verleende zorg.

De gemeente Delft biedt al jaren de mogelijkheid om haar burgers met een netto besteedbaar inkomen tot 130% van de bijstandsnorm deel te laten nemen aan een collectieve verzekering via zorgverzekeraar DSW. Via deze zorgverzekeraar worden twee verzekeringspakketten aangeboden, elk met eigen vergoedingen en een eigen premie. De deelnemer kan zelf kiezen van welk pakket men gebruik wil maken. De dekking die wordt geboden is uitgebreider dan een standaard aanvullende verzekering.

Het voordeel van een dergelijke constructie is dat het voor de cliënt eenvoudiger is zorgkosten te declareren. Voor de gemeente heeft dit als voordeel dat deze manier van werken veel sneller en efficiënter is.

Deelname aan de AV-Delft betekent geen extra kosten voor de burger. Integendeel. De burger betaalt weliswaar de premie voor de basisverzekering plus de normale aanvullende verzekering, maar de gemeente draagt hieraan bij. Deze bijdrage wordt door de zorgverzekeraar in mindering gebracht op de te betalen premie.

Toelichting per artikel

Artikel 1

Dit artikel behoeft geen verdere toelichting.

Artikel 2

Een collectieve zorgverzekering voor mensen met een laag inkomen is een vorm van bijzondere bijstand. Het verschil met de normale bijzondere bijstand is dat deze wordt uitgevoerd door een zorgverzekeraar waarmee de gemeente een overeenkomst heeft. De gemeente Delft bepaalt of iemand aan de verzekering mag deelnemen. Daarvoor gelden enkele voorwaarden. De gemeente Delft heeft een overeenkomst met DSW zorgverzekeraar.

Het is de enige vorm van categoriale bijzondere bijstand die binnen de Participatiewet is toegestaan. Op grond hiervan mag de gemeente een bijdrage leveren in de premie. Deze bedraagt op dit moment (maart 2019) 15 euro per maand. Het college kan, voor aanvang van het nieuwe premiejaar, dit bedrag wijzigen.

De collectieve verzekering van de gemeente Delft (de AV-Delft) biedt een uitgebreidere dekking dan de normale standaard verzekeringspakketten van de verzekeraar. Hiermee wordt voor bijna alle medische handelingen een volledige vergoeding geboden. Uitzondering is uiteraard het wettelijk eigen risico. Op gezondverzekerd.nl kan de cliënt de inhoud van de pakketten en de bijbehorende premies vergelijken. Via deze site kan de cliënt zich ook aanmelden voor deelname aan de verzekering en tegelijk de oude verzekering beëindigen. Dit kan alleen binnen de termijnen die in de Zorgverzekeringswet zijn vastgelegd. De verzekeraar vergoedt alleen werkelijk gemaakte kosten. Deelname is alleen mogelijk als de cliënt bij DSW zowel een basisverzekering als een van twee aanvullende verzekeringen (de AV-Top of de AV-Standaard) heeft afgesloten. Dat komt doordat deze verzekeringen aanvullend zijn op de vergoedingen uit de basisverzekering. De AV-Delft is dan weer aanvullend op deze verzekeringen.

Deelname is uitsluitend mogelijk als de deelnemer inwoner is van Delft en een laag inkomen heeft. Een laag inkomen is een netto besteedbaar inkomen tot 130% van de bijstandsnorm die voor betrokkene of diens huishouden geldt. Er wordt niet gekeken of iemand vermogen heeft. Om het inkomen vast te stellen kan de gemeente bewijsstukken opvragen. Om vast te stellen of de betrokkene inwoner is van Delft moet de betrokkene ingeschreven staan in de bevolkingsadministratie.

Het kan zijn dat iemand een hoger inkomen heeft dan de genoemde 130%, maar door een schuldregeling een besteedbaar inkomen heeft dat lager is dan 130%. In die gevallen komt men ook in aanmerking voor deelname. Het gaat dan wel om een schuldregeling die tot stand is gekomen via een erkende schuldhulpverlener, zoals de Financiële Winkel.

Deelname aan de verzekering geldt steeds voor een jaar. Dus als iemand halverwege het jaar niet meer aan de voorwaarden voldoet, dan wordt niet direct de verzekering beëindigd. Dat gebeurt pas per 1 januari van het volgende jaar. Er zijn twee uitzonderingen. De verzekering wordt tussentijds wel beëindigd als iemand verhuist naar een andere gemeente of indien de verzekerde overlijdt.

Elke nieuwe aanmelding wordt achteraf getoetst. Voor al lopende verzekeringen geldt dat de verzekering in het volgende jaar wordt voortgezet. Wel wordt in de loop van het jaar steeds steekproefsgewijs gecontroleerd of de betrokkene nog aan de voorwaarden voldoet.

Artikel 3

Deelname is niet verplicht. De AV-Delft wordt wel aangemerkt als een voorliggende voorziening. Dat betekent dat mensen die niet deelnemen geen beroep kunnen doen op individuele bijzondere bijstand voor medische kosten. Tenzij deze mensen nog niet eerder aan de verzekering konden deelnemen, bijvoorbeeld omdat zij zich pas recent in Delft hebben gevestigd.

Artikel 4

In bijzondere gevallen kan het voorkomen dat een bijzondere oplossing gezocht moet worden. In die gevallen mag het college afwijken van deze regels. Dat mag alleen als het in het voordeel is van de cliënt.

Artikel 5

Dit artikel spreekt voor zich.