

Beleidsregels medische kosten algemeen

De gemeente biedt een collectieve zorgverzekering van Zilveren Kruis aan inwoners met een inkomen tot 130% van de bijstandsnorm. Deze verzekering wordt op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) aangeboden. De collectieve zorgverzekering bestaat uit een basisverzekering en verschillende aanvullende verzekeringen. De collectieve zorgverzekering dekt vrijwel alle meerkosten die chronisch zieken en gehandicapten ondervinden.

Het aanbod van Zilveren Kruis bestaat uit drie verschillende pakketten (de Optimaal-pakketten). De pakketten zijn afgestemd op de specifieke behoeften van de inwoner en het inkomen. In de pakketten is rekening gehouden met het afdekken van risico's en onvoorzienbare zorg, het vergoeden van eigen bijdragen Wmo en Wlz en het bieden van 100% dekking voor verscheidene zorgposten. De pakketten zijn:

1. Pakket 1: Basis Zeker + Optimaal Aanvullend 1 + Aanvullend Tand 1
Dit pakket is geschikt voor met name jongeren en lage zorgverbruikers.
2. Pakket 2: Basis Zeker + Optimaal Aanvullend 2 + Aanvullend Tand 1
Dit pakket is geschikt voor startende gezinnen en inwoners met een gemiddelde zorgbehoefte.
3. Pakket 3: Basis Zeker + Optimaal Aanvullend 3 + Aanvullend Tand 2
Dit pakket is geschikt voor chronisch zieken en gehandicapten (inwoners met hoge zorgbehoefte).

Inwoners mogen zelf bepalen welk zorgpakket het beste bij hen past. Door het aanbieden van een lokale maatwerkvoorziening in de vorm van een collectieve zorgverzekering voor inwoners met een chronische ziekte of handicap en met een laag inkomen wordt de zelfredzaamheid en participatie bevorderd omdat zij de zorg kunnen afnemen die zij nodig hebben. Informatie over de dekking van de verschillende pakketten, kan worden gevonden op www.gezondverzekerd.nl.

Tegemoetkoming in de premie

De gemeente betaalt mee in de premie die de inwoners moeten betalen aan Zilveren Kruis. Op deze manier worden zij voor een deel financieel gecompenseerd voor de meerkosten in de zorg die zij ondervinden door hun aandoening of ziekte. De gemeentelijke bijdrage is als volgt:

- Optimaal aanvullend 1: € 16,95 per maand (€ 203,40 per jaar)
- Optimaal aanvullend 2: € 22,00 per maand (€ 264,00 per jaar)
- Optimaal aanvullend 3: € 30,00 per maand (€ 360,00 per jaar)

Bovenstaande tegemoetkoming wordt ingehouden op de premie die de inwoners betalen aan Zilveren Kruis. De gemeente betaalt vervolgens de tegemoetkoming aan Zilveren Kruis.

Deze collectieve zorgverzekering wordt beschouwd als een voorliggende voorziening ten opzichte van de aanvraag om individuele bijzondere bijstand. Wanneer een inwoner kosten maakt die noodzakelijk zijn en niet vergoed worden via de collectieve zorgverzekering of andere voorliggende voorzieningen, dan kan aanspraak gemaakt worden op de bijzondere bijstand.

Doelgroep

Voor de gemeentelijke collectieve ziektekostenverzekering komen in aanmerking alle inwoners van de gemeente met:

- a. een inkomen lager dan 130% van de bijstandsnorm en
- b. een vermogen, kleiner of gelijk aan de middelen als bedoeld in artikel 34 lid 2 Participatiewet. Vermogen in de vorm een woning wordt echter buiten beschouwing gelaten. Peildatum is 1 januari van het afgelopen jaar.

Zie voorts het gemeentelijk beleid in het onderdeel In aanmerking te nemen inkomen en vermogen (Richtlijn B 137).

Uitgangspunten

1. Alle Nederlanders dienen zich te verzekeren tegen ziektekosten, tenminste voor de basisverzekering.

2. Betrokkene is zelf verantwoordelijk voor de pakketkeuze, daarbij rekening houdend met zijn/haar eigen zorgbehoefte.
3. Voorliggende voorziening: uitzonderingen daargelaten moeten de hiervoor genoemde (aanvullende-) verzekeringspakketten inclusief de basisverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet (ZvW) als voorliggende voorziening worden aangemerkt, voor de verstrekking van individuele bijzondere bijstand, als het gaat om medische kosten.
4. Medische kosten die niet door de hiervoor bedoelde pakketten en/of de Wet langdurige zorg (WLZ) worden vergoed, komen in beginsel niet voor –bijzondere- bijstandsverlening in aanmerking.
5. Draagkrachtpercentage: zie het gemeentelijk beleid in onderdeel Draagkrachtpercentage richtlijn B063.

Als aanvrager in aanmerking komt voor bijzondere bijstand voor medische kosten, wordt het draagkrachtloos inkomen bepaald op 130% van de toepasselijke bijstandsnorm.

Hoe te handelen bij aanvragen bijzondere bijstand

Bij een aanvraag bijzondere bijstand zal eerst de verantwoordelijkheid en eigen middelen van de aanvrager worden onderzocht. Dit geldt zowel voor de aanvraag bijstand voor medische kosten als voor reiskosten voor medische afspraken. Hiervoor geldt:

- a. Wanneer er sprake is van beschikbare middelen:
 - Vrij te laten bescheiden vermogen boven 2x de van toepassing zijnde norm moet worden aangewend.
 - Individuele inkomenstoeslag moet volledig worden aangewend.
 - Draagkracht uit inkomen 100% moet worden aangewend (gemotiveerd hiervan afwijken kan/ er is mogelijkheid tot verstrekken in de vorm van een lening)
- b. Wanneer de kosten uit te stellen zijn naar een volgend jaar, wordt geen bijzondere bijstand verstrekt, en wordt men geacht zich vanaf 1 januari van het komende jaar afdoende te verzekeren;
- c. Bij verwijtbaarheid: aanvraag wordt afgewezen óf bijstand wordt verstrekt in de vorm van een lening.

Wanneer vergoeden vanuit bijzondere bijstand?

Hierin zijn de volgende situaties te onderscheiden (zowel voor een uitkeringsgerechtigde als een niet-uitkeringsgerechtigde)

A: aanvrager is collectief verzekerd en er is sprake van meerkosten die niet vergoed worden in zijn/haar pakket.

Het meerdere wordt verstrekt ten opzichte van de maximale vergoeding van het meest optimale aanvullende verzekeringspakket (optimaal, AV3 Tand 2), wanneer:

- a. Er sprake is van een onderbouwde verslechtering van de mogelijkheden tot participatie/zelfredzaamheid wanneer we de kosten niet vergoeden en / of de toekenning, leidt rechtstreeks tot een toename van participatie/zelfredzaamheid wanneer we de kosten wel vergoeden;
- b. En er sprake is van een medische noodzaak. Wanneer hier twijfel over bestaat, wordt medisch advies aangevraagd.

B: aanvrager is niet collectief verzekerd, maar is wel verzekerd bij Zilveren Kruis:

(in afwijking van het algemene uitgangspunt dat men slechts per 1 januari van enig jaar kan veranderen van Zorgverzekeraar, respectievelijk vóór 1 februari een wijziging kan worden aangebracht in de aanvullende verzekeringspakketten, kan in deze gevallen met ingang van de éérste van de volgende maand worden 'overgestapt' naar de Collectieve Ziektekostenverzekering).

Informatie aan de aanvrager:

- aanvrager moet meegedeeld worden dat hij/zij mee kan doen met de gemeentelijke collectieve ziektekostenverzekering.
- hij/zij is weliswaar vrij is in de keuze van het verzekeringspakket (Optimaal 1, 2 of 3), echter, in het gekozen pakket moet diens gevraagde en noodzakelijke voorziening wel zijn gedekt.
- hij/zij kan hiervoor in aanmerking komen met ingang van de eerste dag van de maand volgend op de aanvraag. Hij/zij dient zich hiervoor zelf aan te melden, resp. te worden aangemeld.

Afwikkeling aanvraag:

- a. Als betrokkene zich wenst aan te melden voor de collectieve ziektekostenverzekering, en de kosten waarvoor de aanvraag is/wordt ingediend doen zich voor na de ingangsdatum van de collectieve

- ziektelkostenverzekering, wordt bij beschikking ingaande de eerste van de betreffende maand bijzondere bijstand toegekend in de vorm van de collectieve ziektelkostenverzekering.
- b. Als betrokkene zich niet wenst aan te melden van de collectieve ziektelkostenverzekering, en de kosten waarvoor de aanvraag is/wordt ingediend doen zich voor na de –mogelijke- ingangsdatum, moet de aanvraag bij beschikking worden afgewezen. Er is immers een voorliggende voorziening. Betrokkene moet er daarbij aanvullend op worden gewezen dat dit uitgangspunt geldt voor alle kosten die door de collectieve verzekeringspakketten worden gedekt. Een latere aanvraag voor dat soort kosten zal dan ook op dat moment moeten worden afgewezen, op dezelfde grond.
- Als de kosten zich voordoen vóór de –mogelijke- ingangsdatum van de collectieve ziektelkostenverzekering, wordt de aanvraag afgewikkeld op de normale wijze.
 - Uitgangspunt hierbij is dat het om een éénmalige verstrekking gaat.
 - De bijzondere bijstand blijft beperkt tot die onderdelen waarvoor de gemeente een collectieve ziektelkostenverzekering heeft afgesloten. Voor vergoedingen zie www.gezondverzekerd.nl.
 - De hoogte van de bijzondere bijstand wordt bepaald door de vergoeding die is opgenomen in de collectieve ziektelkostenverzekering, in het pakket dat aansluit bij de ziektelkostenverzekering die de aanvrager zelf heeft afgesloten (minimaal/normaal/uitgebreid).

C: aanvrager is niet collectief verzekerd en is bij een andere Zorgverzekeraar verzekerd:

(betrokkene kan slechts ingaande 1 januari van het volgend kalenderjaar wijzigen van Zorgverzekeraar, resp. worden aangemeld bij ZKA, voor de collectieve ziektelkostenverzekering)

Voor het vergoeden van medische (meer)kosten geldt:

- a. Het meerdere wordt verstrekt ten opzichte van maximale vergoeding van het meest optimale aanvullende verzekeringspakket (optimaal, AV3 Tand 2);
- b. Het bedrag ter hoogte van de reserveringsruimte (= 12x kosten van optimaal, AV3 Tand 2 + bedrag eigen bijdrage (verschil basisverzekering en aanvullend pakket)) komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Kosten onder punt a en b worden uitsluitend verstrekt wanneer:

- a. Er sprake is van een onderbouwde verslechtering van de mogelijkheden tot participatie/zelfredzaamheid wanneer we de kosten niet vergoeden en/of de toekenning, leidt rechtstreeks tot een toename van participatie/zelfredzaamheid wanneer we de kosten wel vergoeden;
 - b. En er sprake is van een medische noodzaak. Wanneer hier twijfel over bestaat, wordt medisch advies aangevraagd.
- Als voorwaarde bij toekenning wordt opgenomen dat iemand de collectieve zorgverzekering afsluit of een aanvullende verzekering bij zijn eigen ziektelkostenverzekeraar op het moment dat dit mogelijk is;
 - Indien het afsluiten van een collectieve zorgverzekering of aanvullende verzekering niet mogelijk is, dan wordt de (verplichte) intake voor schulddienstverlening als aanvullende voorwaarde opgenomen in de beschikking zodat de aanvrager medewerking verleent aan het regelen van zijn/haar schulden en naar aanleiding hiervan zich volledig inzet om een collectieve verzekering bij ZKA af te sluiten;
 - De bijzondere bijstand blijft beperkt tot die onderdelen waarvoor de gemeente een collectieve ziektelkostenverzekering heeft afgesloten. Voor vergoedingen zie; www.gezondverzekerd.nl.
 - De hoogte van de bijzondere bijstand wordt bepaald door de vergoeding die is opgenomen in de collectieve ziektelkostenverzekering, in het pakket dat aansluit bij de ziektelkostenverzekering die de aanvrager zelf heeft afgesloten (minimaal/normaal/uitgebreid).
 - Indien en voor zover sprake is van structurele kosten, wordt de bijzondere bijstand toegekend tot uiterlijk 1 januari van het volgende jaar.

Informatie aan de aanvrager:

- de betrokkene moet worden gewezen op de mogelijkheden van de collectieve ziektelkostenverzekering.
- dat deze verzekeringsvorm als voorliggende voorziening wordt beschouwd voor de verstrekking van bijzondere bijstand voor de kosten waarvoor nu de aanvraag wordt ingediend.
- dat hij/zij per 1 januari a.s. dient over te stappen naar de collectieve ziektelkostenverzekering en daarbij kan kiezen uit de verschillende pakketten.

D: aanvrager had zich inmiddels collectief kunnen verzekeren en heeft dit niet gedaan:

In het algemeen doet zich deze situatie slechts voor als betrokkene reeds eerder een aanvraag om bijzondere bijstand voor medische kosten heeft ingediend. Bij het toekennen van die aanvraag is de voorwaarde opgenomen dat betrokkene zich aansluit bij ZKA of een aanvullende verzekering afsluit vanaf het eerste moment dat dit mogelijk is. In het geval de belanghebbende hierin verzaakt, moet de aanvraag om bijzondere bijstand worden afgewezen.

Er kunnen echter bijzondere omstandigheden zijn waardoor de aanvrager er bewust voor gekozen heeft zich ergens anders te verzekeren (bv. ziektes/kosten die bij een andere verzekering beter "gedekt" worden). Maatwerk blijft in deze situaties mogelijk.

Bijzondere bijstand reiskosten

Vergoeding vanuit zorgverzekeraar is voorliggend. Indien hier geen tegemoetkoming mogelijk is het verstrekken van bijzondere bijstand in bijzondere situaties mogelijk.

We hanteren hiertoe de volgende werkwijze:

1. Daar waar iemand een medische afspraak heeft, dat nemen we als uitgangspunt;
2. Indien het een noodzakelijke afspraak betreft, vergoeden we de reiskosten.

Geen (-bijzondere-) bijstand

Als regel wordt geen bijstand verleend in de kosten verbonden aan onder meer:

- zogenaamde "ontwikkelingsgeneeskunde", waaronder harttransplantaties (wettelijke bepaling);
- psychiatrische hulp;
- psychotherapeutische behandelingen;
- voorzieningen met betrekking tot de opvang van verplegingsbehoeftige bejaarden;
- opvang voor gehandicapten;
- voorzieningen met betrekking tot de opvang van verslaafden;
- voorzieningen met betrekking tot de opvang van personen met bijzondere problemen (internaten, rust- en herstellingsoorden e.d.);
- geneesmiddelen;
- tandheelkundige voorzieningen kroon- en brugwerk, parodontologie (exclusief tandsteenverwijdering), gnathologie, implantologie en orthodontie vanaf 18 jaar;
- abortus provocatus;
- bevallingskosten;
- flebologische (spatader)behandeling;
- in vitro fertilisatie (kunstmatige bevruchting);
- behandeling psoriasis in buitenland.

Bovenstaande opsomming is tot stand gekomen vanuit diverse jurisprudentie. Het betreft hier geen limitatieve opsomming!

Bijkomende kosten

Bijkomende kosten die rechtstreeks verband houden met een verstrekking op grond de Wet langdurige zorg Wlz of Zvw, maar die zelf niet door deze verzekeringen worden vergoed, komen in aanmerking voor bijstandsverlening.

Als op grond Wlz of Zvw aanspraak op een verstrekking bestaat, wordt in beginsel de noodzaak van de bijkomende kosten aangenomen. Denk daarbij onder andere aan:

- batterijen voor een medisch noodzakelijk hoortoestel;
- kleding vanwege extra slijtage in verband met prothese;
- extra was kosten vanwege medisch noodzakelijk gebruik van zalf

Aan bijstand verbonden verplichtingen

Belanghebbende wordt verplicht nota's over te leggen.