



GEWIJZIGDE RICHTLIJN NR. B070 STANDAARD AANVULLENDE OF COLLECTIEVE ZIEKTEKOSTENVERZEKERING

Het college van burgemeester en wethouders,
Collegevoorstel d.d. 30 maart 2010, nummer 1055394;
Gelet op artikel 15 eerste lid en 35 eerste en zesde lid Wet werk en bijstand (WWB)

Besluit:

Vast te stellen de gewijzigde invulling van richtlijn nr. B070 Standaard aanvullende of collectieve ziektekostenverzekering

Artikel I

Richtlijn nr. B070 wordt als volgt ingevuld:

De collectieve aanvullende ziektekostenverzekering houdt als volgt in.

De cliënt met een uitkering ingevolge de WWB, loaw, loaz of Bbz-levensonderhoud heeft zelf een basis- en een aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten met de ziektekostenverzekeraar CZ of VGZ. De inhoud van de basisverzekering is wettelijk geregeld. De aanvullende verzekering dekt zorg die niet in het basispakket is opgenomen.

In het kader van de collectieve aanvullende ziektekostenverzekering wordt door de zorgverzekeraar op de door de cliënt afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering een uitgebreider aanvullend pakket geboden. De cliënt betaalt zelf aan CZ of aan VGZ de premie, waarin een korting is verwerkt, voor de basisverzekering en voor de aanvullende verzekering.

Voor de extra kosten van het uitgebreider pakket van de aanvullende verzekering krijgt de cliënt van de gemeente een bijdrage in de premie op grond van artikel 35 zesde lid WWB

Deze bijdrage in de premie wordt door de gemeente betaald aan CZ of aan VGZ.

De gemeentelijke bijdrage voor de extra kosten van het uitgebreider pakket van de aanvullende verzekering wordt, uitgaande van het bedrag in 2009 ad € 7,11 per maand, jaarlijks per 1 januari verhoogd met het prijsindexcijfer op basis van de consumentenprijsindex alle huishoudens van het CBS. Deze indexering wordt berekend door uit te gaan van de maandindex periode oktober t/m september en het totaal percentage

over deze periode te gebruiken als het prijsindexcijfer waarmee de gemeentelijke bijdrage per 1 januari verhoogd wordt.

Bijstand voor premiebetaling voor de aanvullende ziektekostenverzekering wordt niet verleend vanwege het feit dat de Zvw en AWBZ-verzekering gelden als passende en toereikende voorliggende voorziening. Medische kosten welke niet door de Zvw of AWBZ worden vergoed komen in beginsel niet in aanmerking voor bijstandsverlening, tenzij de betreffende kosten noodzakelijk zijn, maar die kosten om budgettaire redenen niet of niet langer op grond van de Zvw (volledig) worden vergoed. Dan heeft het college wel de mogelijkheid om op grond van artikel 35 lid 1 WWB (aanvullende) bijzondere bijstand te verlenen.

Bij beëindiging van de WWB-, loaw-, loaz- of Bbz-(levensonderhoud) uitkering, blijft de deelname van de cliënt aan de collectieve aanvullende ziektekostenverzekering op basis van deze beleidsregel, zonder inkomenstoets, nog doorlopen tot en met 31 december van het lopende jaar.

Daarna kan de cliënt, wanneer bij de inkomenstoets blijkt dat het inkomen niet meer bedraagt dan 110% van het norminkomen, deel nemen aan de collectieve aanvullende ziektekostenverzekering op grond van artikel 3 van de Nadere regels verordening inkomensondersteunende maatregelen voor minima Helmond.

Voordelen van de collectieve zorgverzekering

- Een korting op de premie van de basisverzekering en een lage premie voor de aanvullende verzekering (bij CZ is dat de aanvullende verzekering "Basis" aangevuld met "Tandarts" en bij VGZ is dat "Beperkte aanvullende verzekering" aangevuld met Basis Tand")
- Uitgebreid aanvullend pakket op de aanvullende verzekering
- Kinderen tot de leeftijd van 18 jaar zijn gratis verzekerd, ook voor het aanvullende pakket
- Voor de vastgestelde vergoedingen voor ziektekosten en tandheelkundige behandelingen wordt een declaratie bij de zorgverzekeraar ingediend. Er hoeft geen (aanvullende) aanvraag voor bijzondere bijstand ingediend te worden omdat de vergoedingen voor 100% via de zorgverzekeraar betaald worden.

Voorwaarden

- De deelnemer moet een uitkering in de kosten van levensonderhoud van de gemeente Helmond ontvangen (bij beëindiging van de uitkering loopt de deelname aan de collectieve aanvullende ziektekostenverzekering nog door tot en met 31 december van het lopende jaar)
- De deelnemer heeft zelf een basis- en een aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten bij CZ of bij VGZ
- De betaling van de premie van de basisverzekering en van de aanvullende verzekering wordt door de deelnemer zelf voldaan aan de zorgverzekeraar
- Er kan niet gekozen worden voor een eigen risico

Collectieve zorgverzekering verplicht?

De cliënt is niet verplicht om deel te nemen aan de collectieve aanvullende ziektekostenverzekering. Dit is een eigen keuze en verantwoordelijkheid van de cliënt. Consequentie is wel wanneer de cliënt niet deelneemt aan deze regeling er geen bijzondere bijstand toegekend wordt voor de kosten waarvoor binnen de collectieve aanvullende ziektekostenverzekering een vergoeding plaatsvindt (t.a.v. de kostensoorten die uit het basispakket zijn gelaten omdat de noodzakelijkheid niet wordt aangenomen, niet voor de kostensoorten die om budgettaire redenen uit het basispakket zijn gelaten).

Artikel II

De invulling van deze gewijzigde richtlijn treedt in werking op de eerste dag na de bekendmaking daarvan in het Gemeenteblad en werkt terug tot en met 1 januari 2010.

Met ingang van deze datum wordt de eerder op 10 februari 2009 vastgestelde richtlijn ingetrokken.

Besloten in de vergadering van 30 maart 2010

Burgemeester en wethouders van Helmond,

De burgemeester,

Drs. A.A.M. Jacobs

De secretaris,

Dhr. A.A.M. Marneffe RA

Bekend gemaakt op:

28 april 2010

De gemeentesecretaris,

Dhr. A.A.M. Marneffe RA

Toelichting:

In deze richtlijn wordt aangegeven of de gemeente een collectieve (aanvullende) ziektekostenverzekering aanbiedt. Daarbij kan tevens worden aangegeven of het college bijzondere bijstand verstrekt voor de premiebetaling voor een aanvullende ziektekostenverzekering.

Deze richtlijn is in het handboek WWB te vinden in: paragraaf B7.5 onderdeel 2.

Overwegingen

Collectieve aanvullende ziektekostenverzekering

De mogelijkheid om categoriale bijstand te verlenen in de vorm van een aanvullende ziektekostenverzekering is (tot en met 31 december 2008) vastgelegd in artikel 10 lid 2 IWWB. Bij de parlementaire behandeling van de Invoeringswet WWB was echter aangegeven dat in het kader van de nieuwe Zorgverzekeringswet nagegaan moest worden of de mogelijkheid van categoriale bijstand in de vorm van een aanvullende ziektekostenverzekering ook na, de toen nog vermoedelijke, ingangsdatum van 1 januari 2006 van de nieuwe Zorgverzekeringswet zou moeten worden gehandhaafd.

Aangezien het verstrekkingenpakket van de Ziekenfondswet en dat van de nieuwe Zorgverzekeringswet vrijwel identiek zijn, wilde Staatssecretaris Van Hoof de mogelijkheid van artikel 10 lid 2 IWWB tot het verlenen van categoriale bijstand in de vorm van een aanvullende ziektekostenverzekering ook na 1 januari 2006 handhaven.

Per 1 januari 2009 is de Invoeringswet WWB ingetrokken en is tegelijkertijd middels een nieuw zesde lid van artikel 35 WWB geregeld dat categoriale bijzondere bijstand in de vorm van een collectieve aanvullende ziektekostenverzekering kan worden verstrekt (Kamerstuk 31 441).

De kosten van een aanvullende ziektekostenverzekering zijn vrijwillig te maken kosten waarvan niet kan worden gezegd dat deze kosten noodzakelijke kosten van het bestaan zijn in de zin van artikel 35 lid 1 WWB (zie CRvB 07-01-2003, nrs. 00/6132 NABW e.a.).

Het verlenen van bijstand voor premiebetaling voor een aanvullende ziektekostenverzekering of verlening van bijstand voor ziektekosten welke niet door Zvw of AWBZ vergoed worden zijn ruimere wijzen van bijstandsverlening dan waartoe het college gehouden is op grond van de WWB.