



AANVULLENDE (EXTRA) ZIEKTEKOSTENVERZEKERING AVX EN TAND-G-PAKKET

Algemeen

Met ingang van 1 januari 2006 is iedere Nederlander verplicht een zorgverzekering af te sluiten. Cliënten die een WWB-, loaw- en loaz ontvangen dienen de basispremie te voldoen uit de normbedragen. Via de belastingdienst ontvangen cliënten maandelijks de zorgtoeslag op hun bank- girorekening.

De basisverzekering geeft alleen een uitkering voor de basisvoorzieningen, zoals huisarts, specialist en medicijnen. Om van een goede zorg verzekerd te zijn dient men zich aanvullend bij te verzekeren. Een aanvullende verzekering wordt noodzakelijk geacht.

Categoriale Bijzondere Bijstand (Collectieve overeenkomst met Trias/VGZ)

Categoriale toepassing houdt in dat de noodzaak van de kosten niet individueel hoeft te worden vastgesteld.

Met ingang van 1 januari 2011 wordt op aanvraag categoriaal bijzondere bijstand verleend (tegenwoordig) in:

- de kosten van premie voor de aanvullende extra verzekeringen (AV en AVX)
- de kosten van premie voor tandheelkundige behandeling (Tand-G)
- een vergoeding in de verplichte eigen risico van maximaal € 170,- per jaar/per persoon.

Eigen risico

Met ingang van 1 januari 2012 wordt geen bijzondere bijstand meer verstrekt voor het eigen risico.

Toelichting:

Om chronisch zieken en gehandicapten zodanig te compenseren dat zij dezelfde zorgkosten hebben als de gemiddelde verzekeringsplichtige, is er voorzien in een structurele compensatie via het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere zorgkosten (CAK) welke voor de WWB niet tot de middelen gerekend wordt. De compensatie via de CAK-regeling wordt automatisch aan verzekerden die er recht op hebben uitbetaald en is voor alle verzekerden hetzelfde (per 1 januari 2011 een bedrag van € 54,00).

Daarbij wordt er van uitgegaan dat voor alle Zvw-verzekerden met een laag of gemiddeld inkomen geldt dat zij via de Zorgtoeslag gecompenseerd worden voor de nominale Zvw-premie en de gemiddelde eigen betaling die voortkomt uit het verplicht eigen risico.

De wetgever heeft een bewuste keuze gemaakt met betrekking tot de noodzaak om de kosten van het eigen risico te compenseren. Die keuze leidt ertoe dat in beginsel sprake is van een uitputtende bewuste - passende en toereikende - regeling, die een voorliggende voorziening oplevert in de zin van artikel 15 lid 1 WWB (zie CRvB 14-12-2010, nr. 09/5473 WWB en CRvB 21-12-2010, nr. 10/1250 WWB). Aangezien de WWB hierbij dient aan te sluiten, bestaat er op grond van artikel 15 lid 1 WWB geen recht op bijzondere bijstand voor onder het verplicht eigen risico vallende kosten, tenzij er sprake is van zeer dringende redenen.

Pakketten

Cliënten krijgen de mogelijkheid binnen de afgesloten collectieve overeenkomst een keuze te maken uit een combinatie van AVX/Tand-G (pakket 1) of voor alleen het AVX pakket (pakket 2) of voor alleen het AV/Tand-G pakket (pakket 3).

Voor cliënten die een volledige gebitsprothese hebben is een extra tandverzekering overbodig.

Aanvullende verzekeringen:	Premie	pakket 1	pakket 2	pakket 3
- Aanvullende verzekering AV	€ 7,50			€ 7,50
- Aanvullende extra verzekering (AVX) :	€ 16,95	€ 16,95	€ 16,95	
- Tand-G pakket :	€ 8,35	€ 8,35	€ 0,00	€ 8,35
		€ 25,30	€ 16,95	€ 15,85
Eigen bijdrage*		€ 9,90	€ 9,90	€ 9,90
Bijzondere bijstand		€ 15,14	€ 6,79	€ 5,69

Trias/VGZ geeft een korting van 5% (€ 5,21 voor 2011) op de basisverzekering indien de totale premie (basis- en (eventuele) aanvullende verzekeringen) wordt ingehouden op de uitkering.

Cliënten die geen of een lage uitkering ontvangen waardoor inhouding op de uitkering niet mogelijk is kunnen ook voor de korting in aanmerking komen indien zij de premie via automatische incasso betalen.

Doelgroep

Voor een tegemoetkomende vergoeding in de premiekosten komen inwoners van Krimpen aan den IJssel in aanmerking met een inkomen tot 120% van het sociaal minimum (voor de van toepassing zijnde bedragen zie richtlijn 125). Het toetsen van middelen blijft daarbij een individuele aangelegenheid. Van toepassing is een digitale benadering: boven de inkomensgrens komt men niet in aanmerking, evenmin naar draagkracht. De bij de bijstandsverlening gebruikelijke eisen zijn van toepassing.

Voor een tegemoetkoming en het gebruik van de collectieve overeenkomst met Trias/VGZ zijn uitgesloten personen die:

- permanent verblijven in een AWBZ-instelling;
- een uitkering ontvangen volgens de WSF;
- verblijven in een Penitentiare Inrichting;

Vergoeding

Degene die aanspraak kan maken op de tegemoetkoming, heeft de vrije keuze van ziektekostenverzekeraar. Ook heeft men de vrije pakketkeuze van aanvullende (extra) verzekering met of zonder dekking voor tandheelkundige behandeling e.d. Wenst men niet in aanmerking te komen voor de dekking volgens de overeenkomst met Trias/VGZ, dan bestaat de tegemoetkoming uit de financiële vergoeding van de premie, ter hoogte van maximaal de vergoeding van de premie die voortvloeit uit de collectieve overeenkomst.

Er zijn 3 situaties mogelijk:

1. Een maximale vergoeding van € 15,14 bij cliënten met een uitgebreide aanvullende verzekering AVX en tandartsverzekering;

2. Een maximale vergoeding van € 6,79 bij cliënten met alleen uitgebreide aanvullende verzekering AVX;
3. Een maximale vergoeding van € 5,69 bij cliënten met een aanvullende verzekering AV en tandartsverzekering.

Ingangsdatum verstrekking

De ingangsdatum voor de aanvullende verzekering gaat in op de 1^e dag van de volgende maand. Dit betekent dat wanneer iemand per 15 april uitkeringsgerechtigde is geworden, hij per 1 mei verzekerd is voor Tand-G en AVX (mits hij daarvoor gekozen heeft). Hetzelfde geldt bij verlating van de uitkering. Verlaat iemand per 11 november de uitkering, dan wordt per 1 december Tand-G omgezet naar Tand-U.

De betalingen van de tegemoetkomingen voor zelf afgesloten aanvullende (extra) verzekeringen verlopen identiek.

Aanvraagprocedure

Uitgangspunten

- a. Omdat sprake is van een categoriale toepassing behoeft de noodzaak van de kosten niet individueel te worden vastgesteld.
- b. Voor personen die een periodieke uitkering levensonderhoud (WWB) ontvangen of gaan ontvangen en van deze voorziening gebruik willen (blijven) maken is toetsing van inkomen en vermogen overbodig.
Aan deze groep kan ambtshalve toekenning plaatsvinden.
- c. Voor personen met een ander inkomen is toetsing van inkomen en vermogen noodzakelijk.

Niet-Trias/VGZ verzekerden

Ter vergelijking van aanvullende pakketten van Trias/VGZ met andere ziektekostenverzekeraars zal worden uitgegaan van de te betalen premie. Een afschrift van de polis zal als bewijsstuk ingenomen worden.

Periode van toekenning

De toekenning van de verstrekking zal niet geschieden voor een bepaalde periode. Aan de hand van een jaarlijks heronderzoek zal voor cliënten die geen periodieke bijstand (levensonderhoud) ontvangen, beoordeeld worden of de vergoeding gewijzigd moet worden.

De toekenning zal bij cliënten met een WWB uitkering (algemene bestaanskosten) in principe niet geschieden voor een bepaalde periode aangezien wordt uitgegaan van het gegeven dat een inkomen op het bijstandsniveau geen draagkracht oplevert en het vaststellen van een draagkrachtjaar in die gevallen niet zinvol is.

In alle andere gevallen, waar er een verwachting is dat het inkomen en/ of vermogen kan wijzigen, zal een jaarlijks heronderzoek plaatsvinden.

Wijze van controle

personen met een periodieke WWB uitkering levensonderhoud die verzekerd zijn bij Trias/VGZ en de premie laten inhouden op de uitkering:

Ambtshalve toekenning en geen heronderzoek.

Personen met een periodieke WWB uitkering levensonderhoud die niet verzekerd zijn bij Trias/VGZ:
Ambtshalve toekenning en jaarlijks administratief (planmatig) heronderzoek inboeken voor de maand november betreffende de controle van de polis/verzekering voor het volgend jaar.

Personen jonger dan 65 jaar die geen periodieke WWB uitkering levensonderhoud ontvangen:
Toekenning op aanvraag en daarna planmatig heronderzoek inboeken voor de maand november. Deze groep dient een verkort heronderzoekformulier in te vullen, waarin gevraagd wordt naar inkomen, vermogen en de polis/verzekering voor het volgend jaar.

personen ouder dan 65 jaar die geen periodieke WWB uitkering levensonderhoud ontvangen:
Ambtshalve toekenning en jaarlijks administratief (planmatig) heronderzoek inboeken voor de maand november inzake de controle van de polis/verzekering voor het volgend jaar.
N.B. Voor deze groep zal het inkomen nauwelijks wijzigen. Veel van deze personen ontvangen nu een aanvullende uitkering uitkering levensonderhoud via de SVB.

Overige aspecten

Overeenkomst met Trias/VGZ

De gemeente heeft met Trias/VGZ een collectieve overeenkomst afgesloten voor ontvangers van een WWB-, loaw- en loaz-uitkering, die voldoen aan de aan bijstand gestelde eisen. Om aan de collectieve overeenkomst te kunnen deelnemen dient men de verzekering onder te brengen bij Trias/VGZ. De totale premie (basis en aanvullende verzekeringen) dient op de uitkering te worden ingehouden en de gemeente moet deze premie door betalen aan Trias /VGZ.

Cliënten die een lage uitkering ontvangen waardoor inhouding op de uitkering niet mogelijk is kunnen ook voor de korting in aanmerking komen indien zij de premie via automatische incasso betalen

Voordelen collectieve overeenkomst

Alleen via de collectieve overeenkomst komt men in aanmerking voor de korting van 5% op de basispremie en kan men gebruik maken van het door Trias/VGZ speciaal voor uitkeringsgerechtigden ontworpen Tand-G pakket.

Tandheelkundige behandelingen

Tand-G pakket

Het Tand-G pakket biedt tegen lage kosten een brede dekking. De inhoud van dit zogenaamde Tand-G pakket is zoveel mogelijk afgestemd op de mogelijkheden van de bijzondere bijstand. In het pakket zitten alle voorzieningen, die in termen van bijstandsverlening, als noodzakelijk worden beschouwd. Voorzieningen als kronen en bruggen worden over het algemeen niet gezien als noodzakelijk, en komen daarvoor niet in aanmerking voor vergoeding uit de bijzondere bijstand.

Een ander voordeel naast deelname aan het Tand-G pakket is de één-loketfunctie. Veelal wordt door de zorgverzekeraar slechts een bepaald percentage van de behandeling vergoed. De cliënt moet voor het resterende deel een beroep doen op de bijzondere bijstand. Invoering van de één-loket aanpak resulteert in de volgende werkwijze:

De cliënt met een Tand-G pakket declareert de rekening bij Trias/VGZ.

Nadat Trias/VGZ heeft vastgesteld, dat het om een cliënt (of om een meeverzekerd kind of partner) van onze gemeente gaat en heeft vastgesteld dat deze cliënt een Tand-G pakket heeft afgesloten, wordt bezien of de behandeling vergoed kan worden via het Tand-G

pakket. Als dat het geval is, dan vergoedt Trias/VGZ de volledige rekening. Het gedeelte van de rekening dat niet gedekt wordt door de vergoeding vanuit het Tand-G pakket, wordt vervolgens door Trias/VGZ gedeclareerd bij de gemeente.

Periodiek, gedacht moet worden aan eens per kwartaal, zendt Trias/VGZ een verzamelstaat naar de gemeente. Daarop wordt vermeld welke personen tandartskosten hebben gedeclareerd, om welke bedragen het ging, en hoeveel daarvan vergoed moet worden door de gemeente.

De door Trias/VGZ opgemaakte verzamelstaat wordt vergeleken met het bestand van de gemeente.

Het door de gemeente te betalen aandeel wordt zo spoedig mogelijk na ontvangst van de verzamelstaat overgemaakt naar Trias /VGZ.

Tandartsverzekering niet bij Trias/VGZ

Personen die niet deelnemen aan deze collectieve regeling en een andere aanvullende tandartsverzekering hebben kunnen op de gebruikelijke wijze bijzondere bijstand aanvragen voor niet gedekte kosten.

Alvorens tot bijstandsverlening kan worden overgegaan, moet in eerste instantie worden nagegaan of de gevraagde voorziening als noodzakelijk moet worden aangemerkt. De voorzieningen uit het Tand-G pakket van Trias/VGZ worden als noodzakelijk aangemerkt, de overige voorzieningen in principe niet.

Jurisprudentie stelt dat de dekking van de ziektekostenverzekering als toereikende voorliggende voorziening moet worden aangemerkt.

De gemeente Krimpen aan den IJssel heeft via de Tand-G regeling (met de daarbij gemaakt afspraken over categoriale bijzondere bijstand voor het ongedekte deel van de kosten uit dit pakket) een uitgebreidere voorliggende voorziening gecreëerd, welke dan zeker als toereikend moet worden gekwalificeerd.

Het gegeven dat de verzekering wel een gedeeltelijke vergoeding verstrekt is niet langer voldoende om tot aanvullende bijstandsverlening over te gaan. Zo worden in het Tand-U pakket van Trias/VGZ wel vergoedingen verstrekt voor kronen en bruggen, terwijl deze voorzieningen niet als noodzakelijk worden aangemerkt en derhalve niet (meer) voor bijstandsverlening in aanmerking komen.

Tekortschietend besef

Ten aanzien van de belanghebbende die in het geheel geen aanvullende verzekering heeft afgesloten, hebben de ministers aangegeven dat de gemeente bij een aanvraag voor bijstand moet beoordelen in hoeverre er sprake is van een tekortschietend besef van verantwoordelijkheid voor de voorziening in het bestaan en dat zij de bijstandsverlening daarop dient af te stemmen.

Indien geen vergoeding wordt verstrekt omdat men zich niet (of te laat) aanvullend heeft verzekerd wordt slechts bijstand verleend voor die kosten welke ook voor eigen rekening zouden zijn gebleven indien men wel verzekerd was geweest gelijkwaardig het Tand-G pakket.

Gebitsanering

In geval van gebitssanering kan slechts eenmaal bijstand worden verleend. Een bewijs van gebitssanering is veelal een vereiste om toegelaten te worden tot de aanvullende verzekering tegen tandartskosten. Een herhaalde sanering dient echter voor eigen rekening te blijven.

Overige behandelingen

Voor de kosten van een orthodontistische behandeling dient vast te staan dat dit medisch noodzakelijk is. Het dient hier niet te gaan om gebitsverfraaiing.

Ook het bleken van de tanden behoort niet tot een behandeling waar een vergoeding vanuit de bijzondere bijstand voor kan worden gegeven.

Eigen risico

De vergoeding in het verplichte eigen risico van maximaal € 170,- per jaar/per persoon zal op verzoek van de cliënt, na ontvangst van de nota rechtstreeks worden betaald aan Trias/VGZ. Cliënten die elders verzekerd zijn kunnen na afloop van het jaar een (verkorte) aanvraag indienen voor een vergoeding van het eigen risico. Indien het maximale bedrag van € 170,- eerder in het jaar wordt bereikt kan de aanvraag eerder ingediend worden.

Kinderen behorend tot het gezin

Kinderen in de leeftijd tot 18 jaar zijn gratis meeverzekerd voor de basisverzekering en de aanvullende verzekeringen.(AVX en Tand-G).

Verwijzingen

Richtlijn 125 Normbedragen bijzondere regelingen

Richtlijn 500 Bijzonder noodzakelijke kosten van het bestaan

Bepalingen WWB

Artikel 35 WWB