

Beleidsregel van het college van burgemeester en wethouders van de gemeente Krimpen aan den IJssel houdende regels omtrent bijzondere bijstand medische kosten (Beleidsregels bijzondere bijstand medische kosten 2020)

Het college van burgemeester en wethouders van de gemeente Krimpen aan den IJssel;

gelet op artikel 35 van de Participatiewet;

overwegende dat het wenselijk is het beleid bijzondere bijstand voor medische kosten vast te leggen in beleidsregels;

b e s l u i t:

vast te stellen de **Beleidsregels bijzondere bijstand medische kosten 2020**

Artikel 1 Begripsbepalingen

1. In deze beleidsregels wordt verstaan onder:
 - a. bijzondere bijstand: de bijstand, bedoeld in artikel 35 van de wet;
 - b. college: college van burgemeester en wethouders van de gemeente Krimpen aan den IJssel;
 - c. wet: de Participatiewet.
 - d. medische kosten: Kosten die door een voorliggende voorziening, zoals de Wet langdurige zorg, de Wet maatschappelijke ondersteuning (zoals de eigen bijdrage CAK) of Zorgverzekeringswet (zoals de eigen bijdrage voor medicijnen) worden vergoed
2. Alle begrippen die in deze beleidsregels worden gebruikt en die niet nader worden omschreven hebben dezelfde betekenis als in de wet en de Algemene wet bestuursrecht.

Artikel 2 Medische kosten

1. In beginsel wordt er geen bijzondere bijstand verstrekt voor medische kosten.
2. Het bepaalde in lid 1 is niet van toepassing indien het niet verstrekken van bijzondere bijstand voor medische kosten tot een kennelijke hardheid leidt.
3. In geval lid 2 van toepassing is, bedraagt de hoogte van de bijzondere bijstand het bedrag van de nota, minus de verstrekking van een voorliggende voorziening, met dien verstande dat maximaal de goedkoopst passende voorziening voor bijzondere bijstand in aanmerking komt.
4. Wanneer er geen sprake is van een tekortschietend besef van verantwoordelijkheid voor de voorziening in het bestaan, wordt de bijzondere bijstand om niet verstrekt.

Artikel 3 Citeertitel

Deze beleidsregels worden aangehaald als Beleidsregels bijzondere bijstand medische kosten 2020.

Artikel 4 Inwerkingtreding

Deze beleidsregels treden in werking met ingang van de dag na datum bekendmaking, doch niet eerder dan 1 januari 2020.

Artikel 5 Intrekking en overgangsrecht

1. De notitie beleidsregels Bijzondere Bijstand Krimpen aan den IJssel, vastgesteld op 18 september 2012, wordt ingetrokken op die onderwerpen die in deze beleidsregels zijn opgenomen.
2. Op aanvragen bijzondere bijstand die vóór de datum van inwerkingtreding zijn ingediend, maar waar nog geen besluit op is genomen, zijn deze beleidsregels van toepassing, tenzij dit nadelig is voor belanghebbende.
3. Bij reeds toegekende periodieke bijzondere bijstand, worden deze beleidsregels van kracht aan het begin van een nieuwe draagkrachtperiode of aan het begin van een nieuwe toekenning voor dezelfde periodieke kosten.

Krimpen aan den IJssel, 10 december 2019

Het college van burgemeester en wethouders,

*de secretaris,
A. Boele*

*de burgemeester,
M.W. Vroom*

ALGEMENE TOELICHTING

Voorwaarden voor het recht op bijzondere bijstand

Bijzondere bijstand wordt verstrekt als er sprake is van bijzondere omstandigheden. Het gezin, de alleenstaande ouder of de alleenstaande heeft recht op bijzondere bijstand als voldaan is aan de volgende voorwaarden:

- de aanvrager valt niet onder de uitsluitingsgronden van artikel 13 van de wet; en
- de kosten kunnen niet worden voldaan uit het eigen inkomen of de bijstandsnorm; en
- er is sprake van bijzonder noodzakelijke kosten; en
- er zijn bijzondere omstandigheden in de individuele situatie; en
- er is onvoldoende draagkracht om de kosten zelf te dragen.

Bijzondere bijstand is niet vatbaar voor beslag, vervreemding of verpanding.

Eigen verantwoordelijkheid

Uitgangspunt is dat iedere inwoner zich afdoende verzekert voor medische kosten. Hiertoe heeft IJsselgemeenten namens de gemeente een uitgebreide collectieve zorgverzekering, inclusief aanvullende (tandarts)verzekering, afgesloten. De gemeente draagt voor deze verzekering bij in de premie. Ook een basis- en aanvullende verzekering, inclusief tandartsverzekering, bij een andere zorgverzekeraar wordt gezien als een afdoende verzekering. Door het afsluiten van een dergelijke verzekering heeft verzekerde zijn besef van verantwoordelijkheid betoond.

De Rijksoverheid schrijft voor welke minimale dekking in het basispakket moet zijn opgenomen en de zorgverzekeraar besluit wat in aanvullende pakketten wordt aangeboden. Hiermee worden in principe alle noodzakelijke medische kosten door de zorgverzekering gedekt, waardoor er geen noodzaak is om bijzondere bijstand voor medische kosten te verstrekken, daar deze voorliggende voorziening als passend en toereikend wordt aangemerkt.

Kosten die door een voorliggende voorziening, zoals de Wet langdurige zorg, de Wet maatschappelijke ondersteuning (zoals de eigen bijdrage CAK) of Zorgverzekeringswet (zoals de eigen bijdrage voor medicijnen) niet worden vergoed, worden als niet noodzakelijk aangemerkt. Voor deze kosten is dan ook geen bijzondere bijstand mogelijk.

Voor aanvragers die in het geheel niet verzekerd zijn of geen aanvullende (tandarts)verzekering hebben afgesloten, geldt dat zij tekortschieten in het nemen van hun eigen verantwoordelijkheid. Het past dan in beginsel niet om aanvragers die hun verantwoordelijkheid niet nemen bijzondere bijstand te verstrekken.

Beoordeling bijzondere omstandigheden in de individuele situatie

Het kan echter zo zijn dat een zorgverzekering niet of niet geheel tot vergoeding overgaat en bij het afwijzen van een aanvraag bijzondere bijstand een kennelijke hardheid ontstaat. Daarom zal bij aanvragen bijzondere bijstand altijd de individuele situatie van belanghebbende in ogenschouw moeten worden genomen. De te beantwoorden vragen zijn:

- doen de kosten zich voor?
- zijn de kosten in het individuele geval noodzakelijk?
- vloeien de kosten voort uit de bijzondere individuele omstandigheden?
- Kunnen de kosten worden voldaan uit de bijstandsnorm, de individuele inkomenstoelage, het vermogen en het inkomen voor zover dit meer bedraagt dan de bijstandsnorm?

Het uitgangspunt is derhalve dat bij een aanvraag voor bijzondere bijstand wordt gekeken naar de individuele situatie van de aanvrager en de te beantwoorden vraag is of de aanvrager de noodzakelijke kosten zelf kan dragen. Bij de beoordeling zijn zowel de individuele omstandigheden relevant alsmede of deze omstandigheden bijzonder zijn.

Als niet-limitatieve opsomming van individuele omstandigheden, die bij de beoordeling een rol kunnen spelen om toch bijzondere bijstand toe te kennen, kunnen worden genoemd:

- de aanvrager heeft zelf reeds aanzienlijke noodzakelijke kosten opgevangen;
- de aanvrager is geconfronteerd met meerdere plotselinge gebeurtenissen achtereen, die hebben geleid tot extra kosten buiten het normale bestedingspatroon;
- de in het reguliere inkomen aanwezige reserveringscapaciteit wordt al aantoonbaar gebruikt voor de aflossing op een lening / schuld in aanloop naar of tijdens een minnelijk of wettelijk traject schuldhulpverlening.

Wanneer de noodzakelijke kosten, waarvoor bijzondere bijstand wordt aangevraagd, ontstaan zijn door een tekortschietend besef van verantwoordelijkheid van de aanvrager, wordt deze omstandigheid betrokken in de beoordeling van het recht op en/of de hoogte van de bijzondere bijstand.

Onvoldoende besef van verantwoordelijkheid voor de voorziening in de noodzakelijke kosten van het bestaan kan, afhankelijk van de ernst van de onverantwoordelijkheid, de individuele omstandigheden van de aanvrager en de urgentie van het aangevraagde, ertoe leiden dat er geen recht op bijzondere bijstand bestaat. Een ander mogelijk gevolg is, indien er een noodzaak is, dat bijzondere bijstand wel moet worden toegekend, maar dit in de vorm van een geldlening gebeurt.

Ter verduidelijking en richtinggevend zijn verderop in deze beleidsregels een aantal voorbeelden uitgewerkt.

Voorliggende voorzieningen

Bij de beoordeling van het recht op bijzondere bijstand wordt rekening gehouden met voorliggende voorzieningen. Hieronder wordt verstaan: elke voorziening buiten de Participatiewet waarop de persoon of het gezin aanspraak kan maken, dan wel een beroep kan doen, ter verwerving van middelen of ter bekostiging van specifieke uitgaven.

In het algemeen is het zo dat de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg alle noodzakelijke medische kostensoorten vergoeden. Beide regelingen gelden samen als een aan de Participatiewet voorliggende voorziening die passend en toereikend is. Bijstandsverlening voor deze kosten is daarom in beginsel uitgesloten (artikel 15 Participatiewet). In de toelichting bij artikel 15 Participatiewet is onder meer opgemerkt dat de Participatiewet geen functie heeft indien binnen de voorliggende voorziening een bewuste keuze is gemaakt over de noodzakelijkheid van de voorziening in het algemeen of in een specifieke situatie. Indien op grond van een dergelijk noodzakelijkheids-oordeel de keuze is gemaakt om één of meer kostensoorten niet in de voorziening op te nemen of de voorziening in een bepaalde situatie niet noodzakelijk te achten, dient de Participatiewet zich bij de keuze aan te sluiten en komt men ten aanzien van die kosten niet voor bijstandsverlening in aanmerking. Voorbeelden hiervan zijn de rollator en krukken.

Dit betekent tevens dat medische of paramedische kosten die niet op grond van de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg worden vergoed in beginsel ook niet in aanmerking komen voor bijzondere bijstand. Volgens de Centrale raad van Beroep moet namelijk worden aangenomen dat in het kader van de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg een bewuste beslissing is genomen over de omvang van geneeskundige hulp. Deze uitspraken van Centrale Raad van Beroep hebben weliswaar betrekking op de oude Ziekenfondswet en de Wet langdurige zorg, maar aangenomen mag worden dat dit eveneens geldt voor de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. Hierbij kan worden gedacht aan ontwikkelingsgeneeskunde, verrichtingen die buiten Nederland plaatsvinden en alternatieve geneeswijzen.

Medische noodzaak

De medewerkers van IJsselgemeenten zijn geen medisch specialisten. Bij de beoordeling van het recht op bijzondere bijstand is het aantonen van de medische noodzaak van belang. Belanghebbende dient hieromtrent zelf de benodigde bewijsstukken over te leggen. Wanneer dit niet geschiedt, is bijstandsverlening in beginsel niet mogelijk. Wanneer belanghebbende om plausibele redenen de medische noodzaak niet kan aantonen, bestaat de mogelijkheid dat het college zelf hiernaar onderzoek doet.

Voorbeelden

Voorbeeld 1: Bril 1

Een kind heeft een bril nodig. Deze wordt verstrekt door de zorgverzekering. Vervolgens krijgt het kind een bal op zijn gezicht, waardoor de bril sneuvelt. Ouders hebben zelf geen middelen om een nieuwe bril aan te schaffen. In dit geval kan eenzelfde nieuwe bril om niet worden verstrekt.

Motivatie: De bril is noodzakelijk. Er is geen voorliggende voorziening. De ouders kunnen niet in het gevraagde voorzien. Er is geen sprake van verwijtbaarheid voor wat betreft het afsluiten van de

zorgverzekering. Het zou van kennelijke hardheid getuigen wanneer het kind zonder bril door het leven moet.

Voorbeeld 2: Bril 2

Belanghebbende heeft een bril aangeschaft voor € 750,-. Zijn zorgverzekering vergoedt € 100,-. Belanghebbende verzoekt bijzondere bijstand voor een bedrag van € 650,-. Deze aanvraag dient te worden afgewezen.

Een aanvullende zorgverzekering wordt geacht passend en toereikend te zijn.

Zo kan belanghebbende bijvoorbeeld via de collectieve zorgverzekering van IJsselgemeenten bij een aantal gecontracteerde leveranciers éénmaal per drie jaar een enkelvoudige of multifocale bril of 36 maandsetjes lenzen uitzoeken zonder dat hiervoor een eigen bijdrage wordt berekend. Kiest men voor een andere leverancier dan vergoedt de collectieve zorgverzekering maximaal € 100,- (bedrag in 2020) en komt het eventuele meerdere voor eigen rekening.

Andere zorgverzekeraars hebben andere dekkingen, maar ook deze worden geacht passend en toereikend te zijn.

Voorbeeld 3: Tandheekundige hulp 1

Belanghebbende doet aanvraag bijzondere bijstand tandheekundige hulp. Hij blijkt last van kiespijn te hebben. Uit gesprek met belanghebbende blijkt dat hij al jaren niet naar de tandarts is geweest en vanwege schuldenproblematiek niet is verzekerd.

Het niet periodiek (jaarlijks) laten uitvoeren van controle van het gebit en niet verzekerd zijn is een tekortschietend besef van verantwoordelijkheid voor de voorziening in het bestaan.

Echter: belanghebbende is bij de tandarts geweest in verband met acute niet draaglijke kiespijn. Een behandeling was niet langer uit te stellen. Het is dan mogelijk om bijzondere bijstand te verstrekken, daar het laten voortduren van niet draaglijke kiespijn als kennelijke hardheid wordt bestempeld. Echter, alleen om de meest noodzakelijke handelingen te laten verrichten, zodat de pijn wordt weggenomen. Op individuele gronden wordt hier beoordeeld of de bijstand als lening of (deels) als gift wordt verstrekt. Hierin wordt betrokken de mate van verwijtbaarheid, het eventuele financiële voordeel wat belanghebbende heeft omdat hij geen premie betaalt, maar ook het gegeven of het verstrekken van een lening wellicht een schuldhelpverleningstraject doorkruist. Vanzelfsprekend wordt al het mogelijke ondernomen om belanghebbende adequaat (collectief) te verzekeren.

Voorbeeld 4: Tandheekundige hulp 2

Belanghebbende heeft een slecht gebit. De maximale vergoeding van de zorgverzekering is voor dit jaar reeds verbruikt. Belanghebbende doet een aanvraag bijzondere bijstand om zijn gebit op te laten knappen, zodat dit toonbaar wordt. De aanvraag bijzondere bijstand wordt afgewezen, omdat het hier een cosmetische behandeling betreft. Belanghebbende heeft zijn gebit niet onderhouden. Het opknappen kan ook in jaarlijkse stappen bewerkstelligd worden door middel van de jaarlijkse vergoeding van de zorgverzekeraar.

Echter: Bij doorvragen blijkt belanghebbende aantoonbaar een baangarantie te hebben als receptionist, mits zijn gebit toonbaar is. Wanneer het Participatiebudget hier geen uitkomst biedt, kan in deze situatie bijzondere bijstand worden verstrekt. De gemeente vindt namelijk dat iedereen moet kunnen participeren in de maatschappij en werk is één van de beste manieren om te participeren. Daarnaast leidt het aanvaarden van werk tot uitstroom uit de uitkering. Wel dient de mate van verwijtbaarheid mee te wegen bij het antwoord op de vraag of de bijstand als lening of (deels) als gift moet worden verstrekt.

Voorbeeld 5: Tandheekundige hulp 3

Belanghebbende meldt zich met een pro-forma nota van € 2.000,- van de tandarts. Er moet een wortelkanaalbehandeling plaatsvinden, waarna een kroon geplaatst kan worden. Daar de zorgverzekering maximaal € 500,- voldoet, bedraagt de gevraagde bijzondere bijstand € 1.500,-.

De bijzondere bijstand wordt afgewezen, omdat een vergoeding van een zorgverzekering geacht wordt een passende en toereikende voorliggende voorziening te zijn.

Er wordt slechts bijstand verstrekt, wanneer belanghebbende aantoont dat een wortelkanaalbehandeling en het plaatsen van een kroon de meest goedkope adequate oplossing is en bij het niet verstrekken van bijzondere bijstand een kennelijke hardheid ontstaat.

Voorbeeld 6: Gehoorapparaat 1

Belanghebbende beschikt over een gehoorapparaat, heeft alleen een basisverzekering en geen aanvullende verzekeringen. Belanghebbende verzoekt om bijzondere bijstand voor de kosten van batterijen. Deze aanvraag wordt afgewezen. Batterijen worden normaliter verstrekt uit de aanvullende verzekering. Belanghebbende heeft derhalve een tekortschietend besef van verantwoordelijkheid voor de voorziening in het bestaan betoond. Bovendien betaalt hij minder premie dan iemand die wel een aanvullende verzekering heeft afgesloten.

Voorbeeld 7: Gehoorapparaat 2

Belanghebbende vraagt bijzondere bijstand aan voor een hoortoestel, wat bij Specsavers is aangeschaft. Aanvrager is verzekerd via de collectieve zorgverzekering VGZ Rotterdam. Bijzondere bijstand wordt afgewezen, omdat de aanvullende verzekering van VGZ een bedrag van maximaal € 375,- vergoedt, wat geacht wordt passend en toereikend te zijn.

Bij doorvragen blijkt dat VGZ niet tot vergoeding overgaat, omdat belanghebbende in deze binnen 12 maanden al een vergoeding van VGZ heeft ontvangen. Uit een gesprek met belanghebbende en nadat belanghebbende een bewijs van Specsavers heeft overgelegd, blijkt dat het gehoor van belanghebbende in korte tijd dermate achteruit is gegaan, dat een ander, krachtiger gehoorapparaat nodig is. In dit geval kennen we de bijzondere bijstand toe om niet. Er is namelijk noodzaak om in het gevraagde te voorzien en belanghebbende valt niets te verwijten.

Voorbeeld 8: Eigen risico

Belanghebbende vraagt bijzondere bijstand aan voor vergoeding van het verplicht eigen risico voor hem en zijn partner. Totaal € 770,- (2 x € 385,-). Belanghebbende kan dit bedrag niet voldoen. Deze aanvraag wordt per definitie afgewezen. Iedere verzekerde in Nederland heeft een eigen risico van minimaal € 385,- (bedrag 2019) per persoon per jaar. Het eigen risico is ingevoerd om de zorgconsumptie af te remmen en wordt jaarlijks vastgesteld door de Rijksoverheid. Het is niet aan de gemeente om Rijksbeleid te doorkruisen.

Overigens kan belanghebbende vooraf weten dat de mogelijkheid bestaat dat deze kosten zich in de loop van het jaar kunnen voordoen en had zodoende voor deze kosten dienen te reserveren. Voorts kan men een betalingsregeling met de desbetreffende zorgverzekeraar treffen.

Heeft men zich verzekerd via de collectieve zorgverzekering VGZ Rotterdampakket, dan is dit eigen risico meeverzekerd.

Voorbeeld 9: Eigen bijdrage

Belanghebbenden dienen een eigen bijdrage te voldoen. Eigen bijdragen zijn ingevoerd om de zorgconsumptie af te remmen en worden bepaald door de Rijksoverheid. In de regel wordt de eigen bijdrage toegepast op verstrekkingen uit de basisverzekering. Het is niet aan de gemeente om Rijksbeleid te doorkruisen. Daarom dienen aanvragen bijzondere bijstand voor de eigen bijdrage te worden afgewezen.

Overigens dekt de collectieve aanvullende verzekering VGZ Rotterdampakket de meeste eigen bijdragen die worden berekend op verstrekkingen uit de basisverzekering.

Evenmin komen eigen bijdragen voortkomend uit de Wet langdurige zorg of de Wet maatschappelijke ondersteuning, zoals de eigen bijdrage voor hulp en ondersteuning opgelegd door het CAK, voor bijzondere bijstand in aanmerking.

De eigen bijdrage Wet maatschappelijke ondersteuning voor maatwerkvoorzieningen op basis van een indicatie wordt vergoed door de collectieve zorgverzekering van VGZ.

Voorbeeld 10: Alternatieve zorg

Belanghebbende doet een aanvraag voor de behandelingen van een homeopaat en homeopathische geneesmiddelen. Deze aanvraag dient te worden afgewezen. De vergoeding van de zorgverzekeraar wordt geacht passend en toereikend te zijn, zodat hier geen extra bijzondere bijstand voor wordt verstrekt, ook wanneer de zorgverzekeraar geen vergoeding geeft.

ARTIKELGEWIJZE TOELICHTING

Artikel 1 Begripsbepalingen

Dit artikel behoeft geen toelichting.

Artikel 2 Medische kosten

Lid 1: Een ieder wordt geacht een basis- en aanvullende zorgverzekering, inclusief tandartsverzekering, te hebben afgesloten. De dekking van deze verzekeringen wordt geacht passend en toereikend te zijn. Derhalve wordt in beginsel geen bijzondere bijstand voor medische kosten verstrekt.

Lid 2: Van lid 1 kan worden afgeweken, wanneer het niet verstrekken van bijzondere bijstand tot kennelijke hardheid leidt. Op basis van een samenspel van alle relevante feiten en factoren in het individuele geval dient een gemotiveerde beslissing te worden genomen, waarbij wordt vastgesteld of door het afwijzen van een aanvraag voor bijzondere bijstand het maatschappelijk- en sociaal functioneren ernstig wordt bemoeilijkt of zelfs onmogelijk wordt.

Een beroep doen op kennelijke hardheid slaagt in beginsel slechts nadat belanghebbende zelf aantoont dat er sprake is van een medische noodzaak, het niet verstrekken van bijzondere bijstand voor betrokkene onevenredig zware financiële gevolgen heeft en/of het maatschappelijk- en sociaal functioneren ernstig bemoeilijkt.

Lid 3: Zoals eerder beschreven biedt IJSSELgemeenten namens de deelnemende gemeenten een uitgebreide collectieve basis- en aanvullende zorgverzekering aan, inclusief tandheelkundige dekking.

Alhoewel de gemeente graag ziet dat inwoners zich via deze collectieve verzekering verzekeren, heeft belanghebbende het wettelijk recht om zelf een verzekeraar te kiezen. Belanghebbende kan niet worden gedwongen om zich bij een bepaalde zorgverzekeraar te verzekeren. Wanneer er bijzondere bijstand voor medische kosten wordt verstrekt, dan komt de meest goedkope adequate oplossing onder aftrek van de vergoeding van de verzekering voor verstrekking in aanmerking. Ook wanneer de vergoeding van de collectieve zorgverzekering van VGZ in deze hoger zou zijn.

Artikel 3 Citeertitel

Dit artikel behoeft geen toelichting.

Artikel 4 Inwerkingtreding

Datum inwerkingtreding is gelijk aan de datum van het nieuwe polis-jaar bij de zorgverzekering, zodat gezien de wijzigingen in het bijzondere bijstandsbeleid, belanghebbenden de mogelijkheid hebben zich per diezelfde datum afdoende te verzekeren bij een zorgverzekeraar.

Artikel 5 Intrekking en overgangsrecht

Dit artikel behoeft geen toelichting.