

## Beleidsregels Bijzondere Bijstand medische kosten gemeente Ridderkerk 2026

Het college van de gemeente Ridderkerk;

Gelet op artikel 4:81 van de Algemene wet bestuursrecht en artikel 35 Participatiewet;

Overwegende, dat het college het wenselijk vindt om aan te geven in welke situaties en onder welke voorwaarden bijzondere bijstand voor medische kosten op grond van artikel 35 van de Participatiewet kan worden verstrekt;

### Artikel 1 Uitgangspunten bij aanvragen bijzondere bijstand voor medische kosten

1. De voorwaarden en bepalingen uit de Beleidsregels bijzondere bijstand Ridderkerk zijn van toepassing op aanvragen bijzondere bijstand voor medische kosten, tenzij anders is bepaald in deze beleidsregels.
2. Van belanghebbende wordt verwacht een basisverzekering en een passende aanvullende verzekering af te sluiten. Onder een passende aanvullende verzekering wordt verstaan: een aanvullende zorgverzekering waarvan, gelet op de persoonlijke situatie, medische problematiek en het te verwachten zorggebruik van de belanghebbende, in redelijkheid mag worden verwacht dat deze de meest voorkomende, voorzienbare en gebruikelijke zorgkosten dekt die niet onder de basisverzekering vallen.
3. Voorliggende voorziening; De Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg worden voor de kosten van (para)medische zorg in beginsel als een aan de Participatiewet voorliggende, toereikende en passende voorziening beschouwd. In voorkomende gevallen moet het college onderzoek doen of de kosten op grond van de Zorgverzekeringswet zijn aan te merken als bijvoorbeeld mondzorg, een hulpmiddel of paramedische zorg. De Centrale Raad van Beroep oordeelt dat: diëetkosten, pedicurekosten en de kosten van een personal trainer om af te vallen niet op grond van artikel 15 van de Participatiewet afgewezen mogen worden. De kosten moeten beoordeeld worden op grond van artikel 35 van de Participatiewet.
4. Eigen bijdragen; Als een beroep wordt gedaan op: medische of paramedische zorg op grond van de Zorgverzekeringswet, een indicatie op grond van de Wet langdurige zorg, een maatwerkvoorziening of een persoonsgebonden budget op grond van de Wmo 2015, dan wordt daar vaak een wettelijke eigen bijdrage voor gevraagd. Deze wettelijke eigen bijdrage komt in principe in aanmerking voor bijzondere bijstand. Voorbeelden voor deze eigen bijdragen zijn: kraamzorg, ziekenvervoer, contactlenzen, een uitneembare volledige prothetische voorziening, een vervoersvoorziening en Wlz-zorg voor verzekerden die hun indicatie niet verzilveren in een instelling.
5. De eigen bijdrage voor bijzonder schoeisel zoals orthopedisch schoeisel of allergeenvrije schoenen komt voort uit een besparingsmotief. De ratio daarvan is dat degene die is aangewezen op dergelijk schoeisel in de situatie waarin dat niet het geval zou zijn geweest, gewone schoenen had moeten kopen. De hoogte van de bijzondere bijstand bestaat uit het verschil tussen de verschuldigde eigen bijdrage en het bedrag van schoenen volgens de Nibudprijzengids.
6. Eigen betaling; In een aantal gevallen geldt een eigen bijdrage voor kosten van medische of paramedische zorg op grond van de Zorgverzekeringswet die feitelijk een eigen betaling inhouden. Een deel van de kosten blijft namelijk voor eigen rekening en wordt doorgaans uitgedrukt in een percentage van de kosten. De eigen betaling komt niet in aanmerking voor bijzondere bijstand omdat het een impliciet oordeel betreft van de voorliggende voorziening over het niet-noodzakelijk zijn van dat deel van de kosten. Dit wordt bevestigd door de Centrale Raad van Beroep. Voorbeelden van eigen betalingen zijn aan de orde bij: een hoortoestel, een uitneembare volledige prothetische voorziening voor de boven- of onderkaak voor verzekerden van achttien jaar en een pruik.
7. Het college kan de (toekomstige) bijzondere bijstand weigeren als belanghebbende zonder (meer)kosten daadwerkelijk kan overstappen naar een collectieve (aanvullende) zorgverzekering die de betreffende kosten zal gaan vergoeden. Het gaat alleen om kosten die het college moet beoordelen op grond van artikel 35 van de Participatiewet. Daarbij kan een uitzondering gelden wanneer belanghebbende bepaalde zorgkosten heeft die door zijn aanvullende zorgverzekering worden vergoed maar niet door de collectieve aanvullende zorgverzekering (CZM) worden vergoed.

### Artikel 2 Collectieve zorgverzekering voor minima

1. De gemeentelijke collectieve zorgverzekering voor minima staat open voor Ridderkerkse inwoners (en minderjarige gezinsleden) vanaf 18 jaar die beschikken over een netto-inkomen dat niet meer bedraagt dan 130% van toepasselijke bijstandsnorm. De kostendelersnorm als bedoeld in artikel 22a van de Participatiewet is hier niet van toepassing. Het vermogen blijft buiten beschouwing.
2. De inkomensgrens van 130% van de bijstandsnorm wordt voorafgaand aan de aanmelding getoetst via Gezondverzekerd.nl. De gemeente biedt de collectieve zorgverzekering voor minima jaarlijks aan via de website [www.Gezondverzekerd.nl](http://www.Gezondverzekerd.nl).



3. De gemeente controleert 1 keer per kalenderjaar of verzekerden nog tot de doelgroep behoren.
4. De gemeente biedt een natura- basisverzekering en twee aanvullende verzekeringen (hierna AV) aan waaruit gekozen kan worden.
5. De gemeentelijke bijdrage voor de laagste AV is 25 euro; de bijdrage voor de hoogste AV is 30 euro per maand.
6. Er wordt geen tegemoetkoming verstrekt voor de AV van zorgverzekeraars buiten de gemeentelijke collectiviteit.
7. De gemeentelijke bijdrage voor de AV wordt op de premie in mindering gebracht door de zorgverzekeraar.
8. Bij de keuze voor de meest uitgebreide aanvullende verzekering schiet de gemeente het wettelijk eigen risico voor. Dit voorschot bedraagt maximaal het wettelijke eigen risico en wordt deels bekostigd met bijzondere bijstand van €200 (zie artikel 3) en deels met de gemeentelijke bijdrage uit lid 5. Het resterende deel van de gemeentelijke bijdrage wordt in mindering gebracht op de maandelijkse premie van de aanvullende verzekering.
9. Het voorschieten van het wettelijk eigen risico geldt uitsluitend bij deelname aan de meest uitgebreide AV en alleen als de verzekering is gestart op 1 januari van het kalenderjaar.
10. Bij deelname aan de collectiviteit lopende het kalenderjaar kan er alleen worden gekozen voor de lage AV.
11. Bij het voorschieten van het wettelijk eigen risico ontvangt de gemeente het niet gebruikte deel terug.
12. De inwoner die formeel is toegelaten tot een schuldtraject (minnelijk of wettelijk) en een laag besteedbaar inkomen heeft tot 130% van de bijstandsnorm mag deelnemen aan de collectiviteit.
13. De gemeente kan voor de doelgroep in artikel 2 lid 12 een losse AV aanbieden bij DSW. Dit is een AV die niet gekoppeld is aan een basisverzekering. Voorwaarde is dat de betaling van de AV gegarandeerd kan worden. De medewerker schuldhelpverlening beoordeelt of er ruimte is in het budget voor het betalen van de AV-premie. De betaling van de AV-premie kan via inhouding op de uitkering of via budgetbeheer worden geregeld. Er kan alleen een lage AV worden afgesloten omdat het wettelijk eigen risico niet kan worden voorgeschoten, Het eigen risico is altijd gekoppeld aan een basisverzekering. Ook voor de lage AV is er een vergoeding mogelijk volgens artikel 2 lid 5 van dit beleid.

### **Artikel 3 Bijzondere bijstand voor het wettelijk eigen risico zorgverzekering**

1. Bijzondere bijstand kan uitsluitend worden verstrekt voor het wettelijk verplicht eigen risico dat door belanghebbende daadwerkelijk is betaald.
2. De hoogte van bijzondere bijstand is maximaal 200 euro per kalenderjaar (verzekeringsjaar). Dit maximumbedrag betreft een beleidskeuze van het college, waarbij is vastgesteld dat tot dit bedrag een tegemoetkoming vanuit de bijzondere bijstand wordt geboden in het verplicht eigen risico.
3. De aanvraag kan worden ingediend zodra (een deel van) het eigen risico over het betreffende kalenderjaar door de zorgverzekeraar in rekening is gebracht en is betaald. De aanvraag moet uiterlijk op 31 december van dat kalenderjaar zijn ontvangen, tenzij lid 4 van toepassing is.
4. Als het wettelijk eigen risico (deels) pas in een volgend kalenderjaar in rekening wordt gebracht en dit kan worden aangetoond, is bijstandsverlening voor het wettelijk eigen risico van het vorige kalenderjaar nog mogelijk als binnen 3 maanden na ontvangst van de rekening de aanvraag bijzondere bijstand voor het wettelijk eigen risico wordt ingediend.
5. Er kan geen bijzondere bijstand met terugwerkende kracht worden verleend, tenzij sprake is van de in lid 4 beschreven situatie.
6. Als het wettelijk eigen risico in de gemeentelijke zorgpolis voor minima wordt voorgeschoten (bij de hoogste AV) kan belanghebbende geen aanvraag bijzondere bijstand voor het wettelijk eigen risico indienen.
7. De verzekeraar mag volgens het Burgerlijk Wetboek, artikel 3:307 (verjaringstermijn) nog tot 5 jaar na het ontstaan van de zorgkosten (of de declaratie) het eigen risico in rekening brengen en innen. Als het wettelijk eigen risico van een kalenderjaar 2 jaar of later in rekening wordt gebracht, moet worden beoordeeld of wordt voldaan aan de voorwaarden van de Beleidsregels bijzondere bijstand Ridderkerk.

### **Artikel 4 Overgangsrecht en maatwerk**

1. Als de uitvoering van de Beleidsregels bijzondere bijstand medische kosten Ridderkerk leidt tot een benadeling ten opzichte van het vorige beleid, wordt voor belanghebbende de meest gunstige beslissing genomen in het overgangsjaar 2026.
2. Als bij de uitvoering van de beleidsregels medische kosten Ridderkerk de individuele situatie van belanghebbende vraagt om een maatwerk besluit, dan kan gemotiveerd worden afwijken van de bepalingen in deze beleidsregels.

### **Artikel 5 Citeertitel en inwerkingtreding**

De 'Beleidsregels Bijzondere Bijstand medische kosten gemeente Ridderkerk 2026' treden in werking de dag na publicatie.



## Toelichting

### Toelichting artikel 2

De gemeente betaalt het wettelijk eigen risico van € 385 bij CZ en € 375 bij DSW als er wordt gekozen voor een basisverzekering in combinatie met de hoogste aanvullende verzekering bij CZ of DSW. Als belanghebbende kiest voor de hoogste AV zijn er vaak veel zorgkosten en is de verwachting dat het wettelijk eigen risico volledig in rekening wordt gebracht.

#### De bekostiging gaat als volgt:

Maximale bijzondere bijstand wettelijke eigen risico;	€ 200
Tegemoetkoming voor de premie hoogste AV; 12 x 30=	€ 360
Totaal	€ 560
Minus wettelijk eigen risico	€ 385 (of € 375 bij DSW)
Resteert voor korting op de maandelijkse premie AV	€ 175 :12 = € 14,58 per maand

Bij de jaarlijkse overstapronde kan er worden overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. De meeste nieuwe deelnemers bij de collectiviteit starten de verzekering per 1 januari van een kalenderjaar. Echter, als je verzekerd bent bij DSW of CZ en je krijgt lopende het jaar een lager inkomen of je verhuist lopende het jaar naar Ridderkerk, dan kun je ook halverwege het jaar worden aangemeld bij de collectieve zorgverzekering voor minima bij de verzekeraar waar je al zit. Je kunt lopende het jaar niet kiezen voor de hoogste AV waarbij het wettelijke eigen risico wordt voorgeschoten. Alleen de lagere AV kan dan worden gekozen. Bij de volgende jaarlijkse overstapronde kan wel worden gekozen voor de hoogste AV.

#### Belanghebbende in een schuldtraject

Inwoners die te maken krijgen met schuldhulpverlening hebben vaak een achterstand in de betaling van de premie zorgverzekering. Zolang er betalingsachterstanden zijn kun je niet overstappen naar een andere verzekering. Vaak is er dan geen aanvullende verzekering met alle problemen die daarbij horen. In het contract met DSW is afgesproken dat er voor deze doelgroep een aparte aanvullende verzekering kan worden afgesloten, mits kan worden gegarandeerd dat de premie wordt betaald. Het maakt dan niet uit of de basisverzekering elders is. De klantmanager schuldhulpverlening bekijkt of deze optie mogelijk is en meldt de belanghebbende aan bij DSW.

### Toelichting artikel 3

Onderstaand worden enkele praktijkvoorbeelden (casussen) gegeven ter verduidelijking van de toepassing van artikel 3 over de bijzondere bijstand voor het wettelijk eigen risico.

**Casus 1;** Het wettelijk eigen risico wordt in 2025 volledig in rekening gebracht bij belanghebbende. Belanghebbende kan bijzondere bijstand aanvragen op het moment dat er € 200 euro of meer in rekening is gebracht en is betaald. Dit kan tot 31 december 2025. Belanghebbende kan niet in 2026 bijzondere bijstand aanvragen voor de kosten die in 2025 in rekening zijn gebracht.

**Casus 2;** Belanghebbende krijgt in 2025 een rekening voor het wettelijk eigen risico ter hoogte van € 150. Belanghebbende kan dit bedrag vergoed krijgen als bijzondere bijstand wordt aangevraagd voor 31 december 2025. In 2026 moet belanghebbende alsnog een bedrag betalen van €235 over het verzekeringsjaar 2025. Belanghebbende kan dit aantonen met de nota die in 2026 is ontvangen. Er kan in 2026 alsnog € 50 bijzondere bijstand worden verstrekt.

**Casus 3;** Belanghebbende heeft in 2025 voor het wettelijk eigen risico € 200 betaald. In 2027 krijgt belanghebbende alsnog een rekening voor het restant van het wettelijk eigen risico van het verzekeringsjaar 2025 ter hoogte van € 185. Belanghebbende heeft in 2025 het maximale bedrag ontvangen en heeft geen recht op bijzondere bijstand.

**Casus 4;** Belanghebbende heeft in 2025 het in rekening gebrachte wettelijk eigen risico van € 100 betaald. In 2027 krijgt belanghebbende alsnog een rekening voor het restant van het wettelijk eigen risico van het verzekeringsjaar 2025 ter hoogte van € 285. In 2025 ontvangt belanghebbende bijzondere bijstand voor het wettelijk eigen risico ter hoogte van € 100. Als belanghebbende in 2027 bijzondere bijstand aanvraagt voor de resterende kosten van 2025, moet worden beoordeeld of er op het moment van aanvraag (2027) wordt voldaan aan de voorwaarden van inkomen en vermogen volgens de Beleidsregels bijzondere bijstand. Als belanghebbende voldoet aan de voorwaarden kan er nog € 100 bijzondere bijstand worden verstrekt.