afdeling Maatschappelijke Dienstverlening cluster Sociale Zaken

gemeente goirle

Onderwerp Beleid bijzondere bijstand medische kosten (WWB)		***Steller*** ***Paraaf*** M. Claassen
Besproken met portefeuillehouder Ja ☒ Nee ☐ Aan te kruisen door het afdelingshoofd	***Portefeuillehouder*** Wethouder Sperber ***Gezien (paraaf)***	***Datum voorstel*** 8 oktober 2012
Akkoord afdelingshoofd		***Openbaar*** Ja ☒ Nee ☐ / ***Vertrouwelijk*** ☐

Toelichting op het onderwerp

Momenteel vergoeden we, via de bijzondere bijstand, een groot aantal medische kosten langs twee wegen: een gemeentelijke bijdrage in de premie van de collectieve aanvullende ziektekostenverzekering voor minima en daarnaast individuele bijzondere bijstand voor medische kosten. De ontwikkelingen in de tijd geven aanleiding tot een heroverweging.

Datum vergadering 16.OKT.2012*000405 ***Agendanummer***

Voorgesteld besluit

1. De basisverzekering geldt vanaf 1 januari 2013 als voorliggende voorziening voor medische kosten die passend en toereikend is.
2. Kosten die niet geheel of gedeeltelijk vergoed worden door de basisverzekering worden niet aangemerkt als noodzakelijke kosten. Hiervoor wordt dus geen bijzondere bijstand verstrekt, behoudens enkele uitzonderingen.
3. De gemeentelijke bijdrage aan de collectieve ziektekostenverzekering wordt verhoogd naar € 11,00 per maand per verzekerde.
4. Deelname aan collectieve ziektekostenverzekering wordt actief gepromoot bij bestaande en nieuwe klanten met inkomen tot 110% van de bijstandsnorm (en tot 130% zonder gemeentelijke bijdrage). Het streven is om het aantal deelnemers van 184 naar 300 te krijgen.
5. De regeling ter kennis brengen aan raad en commissie Welzijn dmv raadsinformatie
6. Nieuw beleid gaat in per 1-1-2013. Oude beleidsregels worden ingetrokken per 1-1-2013. Voorgesteld wordt een overgangsregeling van een jaar te hanteren voor bestaande bijzondere bijstand die wordt beëindigd

	akkoord	***bespreken***	***akkoord***	***bespreken***	***vragen/opmerkingen***
Mevrouw M.G. Rijsdorp					
J.A.M. Verhoeven					
J.J.W.M. Sperber					
Th. van der Heijden					
J. van Groenendaal					
Ing. J.M. Tromp					

Besluit college

Datum: 16-10-2012 ☒ Conform voorstel	***Datum:*** ☐ Aangehouden	***Datum:*** ☐ In afwijking

Paraaf secretaris

Bladnummer	***Procedure***
2	405

Onderwerp	***Beleid bijzondere bijstand medische kosten***

Verslag

Bijlagen

Aantal mee te kopiëren bijlagen	--
Omschrijving mee te kopiëren bijlagen	--
Stukken ter inzage; niet mee te kopiëren	

Overleg Afdeling

Afdeling	***Overleg gevoerd met*** (Naam invullen van de betreffende ambtenaar)	***Standpunt van de betreffende afdeling:*** (Aan te kruisen door de steller) ***Akkoord***	***Niet-akkoord (Zie Nota)***
BDO	A. Hermans	x	
ONT			
VVH			
MD		x	
RB			
OND	G. de Laat, J. Hoefmans	x	

Persbericht	☐ ja, conceptpersbericht is bijgevoegd ☒ nee

Aan presidium aanbieden t.b.v. behandeling in:
•

Kopie aan:
Ter informatie aan Commissie Welzijn

Bladnummer	Procedure
3	405

Onderwerp
Beleid bijzondere bijstand medische kosten

Samenvatting
Deze nota bevat voorstellen om het beleid op het gebied van bijzondere bijstand voor medische kosten duidelijker en klantvriendelijker te maken, en bovendien te besparen op uitvoeringskosten. Op de bijzondere bijstand als zodanig wordt niet bezuinigd, maar het beschikbare geld wordt efficiënter ingezet. De collectieve ziektekostenverzekering voor minima is een heel geschikt instrument om een goed beleid te voeren voor medische kosten, dat veel beter gebruikt kan worden dan nu het geval is. Uitgangspunt is dat we het minimabeleid in de gemeente Goirle zo veel als mogelijk willen handhaven. Inzet is dan ook om de collectieve verzekering optimaal te benutten als voorliggende voorziening en het beleid daarop af te stemmen. Het aantal individuele aanvragen voor medische kosten kan dan beperkt worden tot enkele uitzonderlijke situaties. Het voorgestelde beleid past in het streven naar vermindering van administratieve lasten, zoals genoemd in het collegeprogramma 2010-2014.

1. Inleiding / Probleemschets

Het plan om het beleid van bijzondere bijstand voor medische kosten te herzien heeft verschillende gronden. Het huidige beleid is niet duidelijk en daardoor voor cliënten en soms zelfs voor medewerkers niet goed inzichtelijk. Aanvragen leiden soms tot veel wikken en wegen over de vraag of, en zo ja tot welke hoogte bepaalde kosten vergoed kunnen worden via de bijzondere bijstand. Het vaststellen van de 'noodzaak' van de kosten is in veel gevallen erg lastig en subjectief, waardoor het gevaar van willekeur dreigt. Klanten weten niet van te voren waar zij aan toe zijn en het behandelen van de aanvragen kost de gemeente veel werk. Dit is niet erg klantvriendelijk en kostbaar in uitvoeringskosten. Klanten moeten voor de kosten die zij aanvragen bonnen en bewijsstukken inleveren. Soms leidt het er ook toe dat medische kosten vergoed worden, die niet echt noodzakelijk te noemen zijn. Aan de andere kant leidt het tot onderbenutting door mensen die niet weten waar ze wat vergoed kunnen krijgen. Sinds 2007 hebben we een collectieve ziektekostenverzekering voor minima, die nog niet optimaal gebruikt wordt. Hierin zijn mogelijkheden te vinden om het beleid te vereenvoudigen en te verbeteren, waarbij er meer vergoeding aan verzekerden kan worden verstrekt dan via de bijzondere bijstand. Bij het opstellen van het huidige collegeprogramma 2010-2014 is besloten dat zo veel en zo lang als mogelijk niet zal worden bezuinigd op het minimabeleid. Inmiddels is de gemeente genoodzaakt op veel meer kosten te bezuinigen dan destijds bekend was. Het is daarom zaak om het beschikbare geld zoveel mogelijk ten goede te laten komen aan de klanten en zo min mogelijk aan de uitvoeringskosten. Het idee is dus om dezelfde hoeveelheid beschikbare middelen anders in te gaan zetten.

2. Nadere toelichting (relevante (beleids)voorschriften / alternatieven met voor-/nadelen en risico's)

2.1 Uitgangspunten voor een nieuw beleid voor medische kosten:

a. Inzichtelijkheid verbeteren
b. Vermindering bureaucratie
c. Eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht centraal
d. Collectiviteit in plaats van individueel
e. Individuele bijzondere bijstand blijft het vangnet
f. Budgettair neutraal

In de onderstaande paragraaf worden deze uitgangspunten nader uitgewerkt. Ook wordt er aandacht besteed aan de juridische aspecten van het beleid en de keuzes die gemaakt kunnen worden.

a. Inzichtelijkheid verbeteren
Veel verschillende kostensoorten met eigen procedures/processen zijn niet bevorderlijk voor de inzichtelijkheid en laagdrempelig gebruik. Het beleid moet helder uit te leggen zijn aan burgers.

b. Vermindering bureaucratie
Dit draagt bij aan een beter gebruik en vermindert de uitvoeringskosten. Inzet daarbij is een eenvoudige, efficiënte uitvoering en vermindering van regeldruk. In het collegeprogramma 2010-2014, punt 31. Minimabeleid staat:
Het college hecht aan minimale administratieve lasten. Om de regeldruk te verminderen, worden de administratieve procedures voor het aanvragen van (bijzondere) bijstand en minimaregelingen vereenvoudigd. Door de regeldruk te verminderen wordt enerzijds de afhandelingtermijn voor aanvragen verkort; anderzijds leidt dit mogelijk tot een besparing. De regelingen voor de minima (zoals de bijzondere bijstand) worden zoveel mogelijk en zo lang mogelijk gehandhaafd.

c. Eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht centraal
We gaan er van uit dat mensen in staat zijn om zelf hun zaken te regelen, eventueel met hulp en ondersteuning vanuit de omgeving of hulpverlening. Het kiezen voor een goede (aanvullende) zorgverzekering hoort daar ook bij. Hiermee kan men voorkomen dat men plotseling met hoge kosten geconfronteerd wordt. Ook betekent het, dat men niet hiervoor een gang naar Sociale Zaken hoeft te maken.

d. Collectiviteit in plaats van individueel
Dit gaat op voor de collectieve ziektekostenverzekering, door goede pakketten en een substantiële gemeentelijke bijdrage in de premie willen we zoveel mogelijk mensen stimuleren om zich goed te verzekeren. Vergoeding langs de weg van de individuele bijzondere bijstand kan dan alleen nog maar in bijzondere omstandigheden.

e. Individuele bijzondere bijstand blijft het vangnet
Naast de collectieve ziektekostenverzekering blijft de individuele bijzondere bijstand het vangnet voor enkele in het beleid vastgelegde specifieke situaties.

f. Budgettair neutraal
Het budget voor het minimabeleid blijft ongewijzigd, wel wordt het geld op andere wijze ingezet.

2.2 Bijzondere bijstand voor medische kosten

Huidig beleid gemeente Goirle
Het uitgangspunt van het huidige beleid voor medische kosten is dat we van klanten verwachten dat zij zich aanvullend verzekeren met de eenvoudigste aanvullende- en tandartsverzekering. In beginsel zijn klanten volgens de huidige norm die de gemeente stelt dan voldoende verzekerd. In dergelijke minimale aanvullende verzekeringen worden meestal geen brillen en nauwelijks tandartskosten vergoed. Voor klanten die een aanvraag bijzondere bijstand indienen maakt dit echter niets uit, want zij krijgen toch de niet vergoede kosten via de bijstand vergoed. Klanten die deze weg om wat voor reden dan ook niet bewandelen lopen deze vergoeding mis.
De gemeente Goirle heeft op 1 januari 2007 een collectieve ziektekostenverzekering voor minima ingevoerd. Deze collectieve verzekering is opgebouwd uit drie componenten: Een basisverzekering, een aanvullende

verzekering en een stukje vergoeding bijzondere bijstand voor medische kosten langs de weg van de zorgverzekeraar. Overwegingen om dit langs deze weg te organiseren waren: een betere verzekering voor een kwetsbare groep, tegen gaan niet gebruik, één loket (de zorgverzekeraar) voor de verzekerde, collectiviteitskorting en dus een lagere premie, minder risico op premieachterstanden/voorkoming schulden en efficiencyvoordelen voor de gemeente. De collectieve verzekering wordt, zolang het hierboven genoemde beleid nog van toepassing is, slechts vrijblijvend als keuzemogelijkheid aangeboden. De vergoeding via de bijzondere bijstand is in sommige gevallen hoger dan de vergoeding via de collectieve verzekering.

Ontwikkelingen

- Het gemeentepakket als onderdeel van de collectieve ziektekostenverzekering is flink uitgebreid zowel qua vergoedingen als de hoogte daarvan;
- Het collectieve pakket vergoedt een meer dan gemiddeld niveau, er is vanaf de invoering van de collectieve ziektekostenverzekering niet gekozen voor de goedkoopste aanvullende verzekering, maar voor het uitgebreide gemeentelijke pakket;
- De uitvoering van de individuele bijzondere bijstand wordt steeds lastiger en omslachtiger.

Andere koers

Gelet op deze ontwikkelingen valt er veel voor te zeggen om volledig te kiezen voor de lijn van de collectiviteit en de vergoedingen langs de weg van de individuele bijzondere de bijstand te schrappen. In feite volg je dan de lijn van de Centrale Raad van Beroep en schrap je het buitenwettelijk begunstigend beleid.

Daarbij speelt ook nog het volgende:

- Mensen die niet kiezen voor het collectieve pakket kunnen in het huidige systeem tot dezelfde hoogte toch vergoedingen krijgen terwijl ze vaak een lagere premie betalen, zeker als ze alleen een basisverzekering hebben. In feite een onrechtvaardigheid voor mensen die kiezen voor het collectieve pakket en daarvoor meer premie betalen;
- Door de opwaartse premiedruk bestaat het gevaar dat in toenemende mate mensen gaan kiezen voor alleen de basisverzekering. Bij medische kosten die daar niet onder vallen, zal dan een beroep op de bijzondere bijstand worden gedaan met als gevolg stijging van uitgaven en uitvoeringskosten. Omdat langs een andere weg deze kosten toch vergoed worden ondergraven we hiermee ook de aantrekkelijkheid van de collectiviteit;
- Er mengen zich ook 'prijsvechters' op de markt waardoor mensen voor de laagste premie gaan en bij risico's deze ook weer afgedekt weten door de vergoeding langs de weg van de individuele bijzondere bijstand;
- De keuze om langs de weg van de collectiviteit de voorzieningen aan te bieden past goed in het streven om regelingen eenvoudiger en effectiever te maken;
- Vergoeden langs de weg van een collectieve voorziening en de keuzevrijheid die burgers daarbij hebben past ook in meer eigen verantwoordelijkheid en appelleren aan de eigen kracht van mensen;
- De Centrale Raad van Beroep is met haar recente uitspraken heel stellig, de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zijn

passende en toereikende voorzieningen, het schrappen van de individuele vergoeding past hier dus in.

We bieden ook binnen de nieuwe koers keuzevrijheid omdat er meerdere aanbieders zijn van een collectieve verzekering. (VGZ en CZ in onze gemeente.)

2.3 Juridische aspecten

Inleiding

Voor bijzondere bijstand voor medische kosten is artikel 15 lid 1 van de Wet werk en bijstand (WWB) relevant. Er bestaat geen recht op bijstand voor zover een beroep kan worden gedaan op een voorliggende voorziening die, gezien haar aard en doel, wordt geacht voor de belanghebbende toereikend en passend te zijn. Het recht strekt zich evenmin uit tot kosten die in de voorliggende voorziening als niet noodzakelijk worden aangemerkt. Voor wat betreft medische kosten wordt volgens constante jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep de Zvw en de AWBZ als een voorliggende, toereikende en passende voorziening beschouwd.
Als medische kosten niet op basis van deze regelingen vergoed worden dan sluit de bijzondere bijstand hierbij aan en vindt er geen vergoeding plaats. Er is hierop wel een uitzondering mogelijk en dat is in de situatie dat kosten om *budgettaire* redenen geheel of gedeeltelijk buiten de voorliggende voorziening zijn gehouden. Het college heeft dan de *bevoegdheid* (aanvullende) bijstand te verlenen voor zover die kosten door de voorliggende voorziening voor belanghebbende noodzakelijk worden geacht. Als voorbeeld kan hier genoemd worden de eigen bijdragen welke rechtstreeks voortvloeien uit de Zvw. De Centrale Raad van Beroep noemt dit het buitenwettelijk begunstigend beleid. De rechter is bij toetsing van dit beleid terughoudend.

Algemeen

De WWB stelt een aantal eisen waaraan voldaan moet worden voordat verlening van bijzondere bijstand aan de orde kan zijn. Artikel 35 lid 1 Wwb geeft aan dat sprake moet zijn van een gebrek aan middelen om te voorzien in de uit bijzondere omstandigheden voortvloeiende noodzakelijke kosten van het bestaan. Deze kosten moeten naar het oordeel van het college van burgemeester en wethouders niet kunnen worden voldaan uit de aanwezige draagkracht. Daarnaast heeft het college de mogelijkheid pas bijzondere bijstand te verlenen voor kosten wanneer zij meer bedragen dan een drempelbedrag.

Bijzondere omstandigheden

De kosten moeten voortvloeien uit bijzondere omstandigheden. Hierbij gaat het om omstandigheden die niet voor alle Nederlanders gelden. Deze verschillen van geval tot geval, zodat hierbij sprake is van individueel maatwerk.

Noodzakelijke kosten van het bestaan

In het kader van de vergoeding van medische kosten dient voor de noodzakelijkheid van deze kosten aansluiting gezocht te worden bij Zvw en de AWBZ, omdat deze in de visie van de Centrale Raad van Beroep (CRvB), de hoogste Nederlandse rechter op het gebied van de sociale zekerheid, als toereikende en passende voorliggende voorzieningen zijn aan te merken. Kostensoorten die op grond van deze twee wetten voor vergoeding in aanmerking komen, behoren daardoor tot de noodzakelijke kosten van het bestaan.

Categoriale bijzondere bijstand

Zoals hiervoor is aangegeven, is individueel maatwerk een uitgangspunt van de Wwb. Op grond van de Wwb is daarom in beginsel categoriale verlening van bijzondere bijstand niet toegestaan. Op deze hoofdregel bestaat echter een aantal uitzonderingen ten aanzien waarvan aannemelijk wordt geacht dat bijzondere omstandigheden aanwezig zijn. Daardoor hoeft niet te worden nagegaan of de kosten daadwerkelijk noodzakelijk of gemaakt zijn. In die gevallen mag dus wel categoriale bijzondere bijstand worden verstrekt. Het gaat dan om de categorieën personen van 65 jaar of ouder, personen die behoren tot een categorie chronisch zieken of gehandicapten, kosten van maatschappelijke participatie van kinderen of een regeling in de vorm van een collectieve aanvullende ziektekostenverzekering, ook wel Collectieve Zorgverzekering voor Minima (CZM) genoemd.

Vrijheid college
De Wwb geeft het College in artikel 35 Wwb ruime beleidsvrijheid. Onder andere bij de bepaling van de draagkracht van belanghebbende heeft het college volledige vrijheid. Daarnaast mag het college een drempelbedrag van (in 2012) maximaal € 125,00 per jaar stellen voordat kosten in aanmerking komen voor bijzondere bijstand. In het minimabeleid van de gemeente Goirle maken we van dit laatste geen gebruik omdat het bijhouden van het bereiken van het drempelbedrag extra administratieve rompslomp met zich meebrengt.

Voorliggende voorziening
Wanneer buiten de Wwb een voorziening aanwezig is waarop op dat moment door belanghebbende feitelijk een beroep gedaan kan worden ter verwerving van middelen of ter bekostiging van specifieke uitgaven, bestaat geen recht op bijzondere bijstand voor die kosten.
Voor bijzondere bijstandsverlening gelden zoals aangegeven Zvw en AWBZ als toereikende en passende voorliggende voorzieningen. Op de manier waarop met dit gegeven omgegaan dient te worden zijn verschillende visies mogelijk. Deze worden verderop nader behandeld.

Tekortschietend besef
Wanneer in beginsel recht bestaat op (bijzondere) bijstand, kan het college op grond van artikel 18, tweede lid oordelen dat sprake is van tekortschietend besef van verantwoordelijkheid voor de voorziening in het bestaan. Naar aanleiding hiervan wordt vervolgens de hoogte van de bijstand verlaagd, eventueel tot nihil. Wanneer bij belanghebbende geen sprake is van verwijtbaarheid, wordt van een verlaging afgezien.
Het door belanghebbende niet hebben afgesloten van een basisverzekering wordt aangemerkt als tekortschietend besef van verantwoordelijkheid voor de voorziening in het bestaan. Het niet hebben afgesloten van een aanvullende verzekering echter niet, omdat de kosten hiervoor aangemerkt worden als vrijwillig te maken kosten. Hierop zal nader worden ingegaan. Het is uiteraard wel mogelijk bijzondere bijstand te weigeren op grond van het gevoerde beleid, namelijk dat de kosten niet noodzakelijk zijn.

Positie van de aanvullende verzekering
De aanvullende verzekering is alleen dan een voorliggende voorziening wanneer cliënt deze daadwerkelijk heeft afgesloten. Vergoedingen waarvoor de gemeente in beginsel bijzondere bijstand verleent en die in de door belanghebbende afgesloten aanvullende verzekering zijn opgenomen, komen daarom niet voor bijzondere bijstand in aanmerking. Cliënten die géén aanvullende verzekering hebben afgesloten, komen wél in aanmerking voor bijzondere bijstand. Belanghebbende komt in dat geval immers geen beroep toe op een voorliggende voorziening.
Wanneer belanghebbende geen aanvullende verzekering heeft afgesloten mag dit tevens niet gezien worden als tekortschietend besef van verantwoordelijkheid voor de voorziening in het bestaan. Dit komt doordat de kosten daarvan door de CRvB worden aangemerkt als vrijwillig te maken kosten. En de aanvullende verzekering is op dat moment dus ook geen voorliggende voorziening.

Zeer dringende redenen
Wanneer in een bepaald geval geen recht op (algemene of bijzondere) bijstand bestaat, kan het college op grond van artikel 16 lid 1 Wwb deze bijstand toch verlenen indien zeer dringende redenen daartoe noodzaken. Hierbij dient blijkens de Memorie van Toelichting bij de Wet werk en bijstand gedacht te worden aan acute noodsituaties.

Eigen risico Zorgverzekeringswet
Per 1 januari 2008 is in de Zvw een verplicht eigen risico ingevoerd, dat in 2012 € 220,00 bedraagt. Dit eigen risico geldt niet voor huisartsenzorg, verloskundige zorg, kraamzorg en tandheelkundige hulp voor jongeren tot

en met 21 jaar. Voor de overige kostensoorten in het basispakket dus wel. De vraag doet zich daarom voor of daarvoor wellicht verlening van bijzondere bijstand aan de orde is.
De visie van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid is dat geen plicht bestaat om bijzondere bijstand voor het verplichte eigen risico te verlenen. De verhoging van de zorgtoeslag en de CAK-uitkering voor chronisch zieken vormen samen een passende en toereikende voorliggende voorziening. Tevens is het eigen risico een maatregel die alle Nederlanders treft, zodat geen sprake is van bijzondere omstandigheden.
Gemeenten zouden zich echter op het standpunt kunnen stellen dat bijzondere bijstand wordt verleend indien de compensatiemaatregelen in een individueel geval tekortschieten. Alle minima komen in aanmerking voor de compensatie via de zorgtoeslag. Deze is door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) voor 2012 vastgesteld op € 69,00 per persoon. Chronisch zieken komen bovendien in aanmerking voor een compensatie via het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Deze bedraagt in 2012 € 85,00. Aan niet-chronisch zieken zou dus maximaal € 85,00 vergoed kunnen worden op grond van de bijzondere bijstand.
Een gemeente die nog verder wil gaan kan buitenwettelijk begunstigend beleid formuleren. Via deze weg kan het volledige eigen risico voor bijzondere bijstand in aanmerking komen. Daarnaast zijn er gemeenten die ervoor hebben gekozen een vergoeding voor het verplicht eigen risico op te nemen in de dekking van de CZM, al dan niet voor rekening van de gemeente. De gemeente Goirle heeft er destijds voor gekozen het eigen risico niet onder de dekking van de CZM te laten vallen, omdat dit zou betekenen dat alle aangesloten verzekerden een fors hogere premie zouden moeten betalen terwijl het eigen risico al grotendeels gecompenseerd wordt door wettelijke regelingen. Bovendien kunnen verzekerden het eigen risico op verzoek gespreid betalen. Tot nu toe was er binnen het bestaande beleid ook geen financiële ruimte om de gemeentelijk bijdrage in de premie te verhogen met een substantieel bedrag.

2.4 Beleidskeuze uit drie modellen

Inleiding

Op grond van het voorgaande kan een gemeente haar individuele bijzondere bijstandsbeleid op verschillende manieren vormgeven. Deze is afhankelijk van politiek-bestuurlijke keuzes. Er kunnen drie basismodellen worden onderscheiden. Deze variëren van strikt wettelijk tot uitgebreid buitenwettelijk en worden hieronder nader toegelicht. Dit hoofdstuk beperkt zich tot de noodzakelijkheid van de betreffende kosten. Met name van belang is het verschil tussen de *verdeling* van de beschikbare middelen.

Model 1: Jurisprudentie

Het meest strikte model is de lijn die in de rechtspraak wordt aangehouden. De CRvB is consequent in zijn uitspraken: zoals eerder is aangeven worden Zvw en AWBZ als passende en toereikende voorliggende voorzieningen aangemerkt, wat betekent dat alle noodzakelijke medische kosten hierin zijn opgenomen. Dit brengt met zich mee dat voor kosten die in deze voorzieningen zijn opgenomen geen bijzondere bijstand kan worden verleend. Er is immers een voorliggende voorziening voorhanden waarop belanghebbende een beroep kan doen. Kosten buiten Zvw en AWBZ worden door de CRvB geacht niet noodzakelijk te zijn, zodat verlening van bijzondere bijstand voor dergelijke kosten niet verplicht is.

Model 2: Wetshistorie

In dit model wordt aangesloten bij de tekst van de Wwb en de achterliggende visie hierop die in de Memorie van Toelichting is weergegeven. Ook bij de parlementaire behandeling van beperkingen van het wettelijk pakket wordt regelmatig de bijzondere bijstand aangehaald als vangnet voor mensen met een laag inkomen. In dit model bestaat recht op bijzondere bijstand voor medische kosten die om budgettaire redenen of om redenen van reikwijdte niet of niet geheel zijn opgenomen in de voorliggende voorzieningen Zorgverzekeringswet en AWBZ.

Hieruit volgt, dat binnen dit model drie categorieën kosten voor verlening van bijzondere bijstand in aanmerking komen: kosten die om budgettaire redenen niet in een voorliggende voorziening zijn opgenomen, kosten die om redenen omtrent reikwijdte niet in een voorliggende voorziening zijn opgenomen en eigen bijdragen. Deze drie categorieën zullen hierna afzonderlijk worden behandeld.

Budgettaire redenen
Hieronder is een lijst (samengesteld op basis van onderzoek van BS&F, adviesbueau voor gemeenten inzake CZM) weergegeven met daarin kostensoorten die om budgettaire redenen geheel uit de voorliggende voorziening (Zorgverzekeringswet) zijn verwijderd:
- zelfzorggeneesmiddelen voor chronisch gebruik;
- brillen en contactlenzen;
- tandheelkunde (22 jaar en ouder);
- sterilisatie;
- fysiotherapie (gedeeltelijk);
- oefentherapie (gedeeltelijk);
- zittend ziekenvervoer (gedeeltelijk);
- bovenooglidcorrectie;
- behandeling voor correctie van de oorstand.

Een aantal kostensoorten wordt gedeeltelijk vergoed door de Zvw en er geldt een eigen bijdrage, waarvan een deel i.v.m. het besparingsmotief:
- geneeskundige zorg
- paramedische zorg
- eerstelijnspsycholoog
- tandheelkundige zorg en orthodontie
- farmaceutische zorg
- hulpmiddelenzorg
- verpleging
- verzorging, kraamzorg thuis
- verblijf
- ziekenvervoer

Reikwijdte
Bij kostensoorten die vanwege de reikwijdte van de voorliggende voorziening daarin niet zijn opgenomen, kan worden gedacht aan kosten van een op medisch voorschrift gehouden dieet en extra energie- of bewassingskosten als gevolg van een ziekte. Per definitie is van deze kosten geen volledig overzicht te maken.

Eigen bijdragen
Kosten die om budgettaire redenen niet in hun geheel voor vergoeding in aanmerking komen op grond van Zvw en AWBZ zijn kostensoorten waarvoor een eigen bijdrage geldt. Voor dit deel wordt binnen deze variant bijzondere bijstand verleend, behalve wanneer sprake is van een besparingsmotief, bijvoorbeeld bij orthopedische schoenen: men had anders ook zelf de kosten van gewone schoenen moeten dragen.

Model 3: Gemeentelijk beleid
Een model dat ruimere vergoedingen geeft dan beide andere is één waarbij de gemeente meer medische kosten vergoedt dan de wetgever strikt genomen heeft voorgestaan. Formeel-juridisch gezien is hier overigens geen sprake van bijzondere bijstand, aangezien hiervoor geen wettelijke basis bestaat. 'Bijzondere bijstand' wordt binnen deze variant verleend voor méér kostensoorten dan waarop strikt genomen recht bestaat op grond van

de Wwb. De CRvB noemt dit 'buitenwettelijk begunstigend beleid'. De gemeente heeft dus veel ruimte om hieraan naar eigen inzicht invulling te geven. Wanneer de gemeente ervoor kiest buitenwettelijk beleid te formuleren, zal de rechter dit beleid slechts marginaal toetsen. Dit betekent dat slechts wordt bezien of de gemeente zich aan haar eigen beleid heeft gehouden.

Overweging keuze model 1, 2 of 3
Bij een keuze voor model 1, in combinatie met verhoging van de gemeentelijke bijdrage in de premie, worden de doelstellingen voor nieuw beleid het best bereikt. Als gekozen wordt voor model 1 in combinatie met het goedkoper maken van de collectieve verzekering voor alle klanten door een hogere bijdrage in de premie van de gemeente, betekent dit een inkomensondersteuning voor *alle* aangesloten minima. Voor individuele extra kosten die niet door de verzekering gedekt worden, wordt dan geen extra bijstand meer verstrekt omdat deze kosten niet noodzakelijk geacht worden. Minima die veel kosten claimen buiten het verzekeringspakket, zullen dan duurder uit zijn. Let wel: dit zijn dus geen noodzakelijk kosten volgens de CRvB. Daar staat tegenover dat de benutting van vergoedingen die via de verzekering verstrekt worden hoger is dan de benutting van individuele bijzondere bijstand. Deelname aan de collectieve verzekering en het kostenbewustzijn worden op die manier gestimuleerd. En per saldo krijgen meer minima op deze manier meer kosten vergoed, namelijk via een hogere gemeentelijke bijdrage en via de verzekering. Risico bij optie 1 is dat er mogelijk toch regelmatig gebruik gemaakt zal worden van de hardheidsclausule, waarbij wegens 'bijzondere individuele omstandigheden' toch aanvullend bijstand zal worden verstrekt. Daarom moet dit echt beperkt worden tot zeer dringende redenen zoals bedoeld in artikel 16 WWB.

Een keuze voor model 2, waarbij alleen eigen bijdragen vergoed worden voor kosten die deels vergoed worden door de basisverzekering in combinatie met het versterken van de CZM als voorliggende voorziening, zou een alternatief kunnen zijn. Risico van dit model is dat het geen rigoureuze verandering van het beleid inhoudt en dat er in de praktijk weinig zal veranderen. Er zullen dus nog altijd veel losse aanvragen komen. Het vaststellen van welke kosten toch nog vergoed kunnen worden blijft ingewikkeld en tijdrovend. Bovendien blijft er minder budget over om de bijdrage in de premie te verhogen voor alle verzekerden. Voorgesteld wordt deze optie toe te passen voor tijdelijke uitzonderingen die nog niet zijn aangesloten bij de CZM.

Een keuze voor model 3 betekent geen verandering in het bestaande beleid. Het blijven vasthouden aan een ruim buitenwettelijk begunstigend beleid wordt niet geadviseerd omdat er dan niets verandert in de bestaande situatie.

2.5 Voorstel nieuw beleid medische kosten

Wat kunnen we doen?
Om de kosten beheersbaar te houden *zonder te bezuinigen* op het minimabeleid, zou het een goed idee zijn om de collectieve ziektekostenverzekering bij CZ en VGZ beter te benutten. Om de collectieve verzekering voor minima aantrekkelijker te maken zouden we het volgende kunnen doen:

- De gemeentelijke bijdrage verhogen, zodat de premie voor de verzekerden omlaag gaat. Dit is een wettelijk toegestane vorm van categoriale bijzondere bijstand. De bijdrage is nu € 8,75 per maand per verzekerde (= € 105,00 per jaar) en zou kunnen worden verhoogd naar € 11,00. Per jaar zou dat dan neerkomen op 12 x € 11,00 = € 132,00 per verzekerde per jaar.
- Een toename van het aantal collectief verzekerden kunnen we bereiken door actiever promoten van de collectieve verzekering als voorliggende voorziening bij bestaande en nieuwe klanten. De collectieve verzekering geldt als nieuwe norm voor voldoende verzekerd zijn.

- Geen individuele bijzondere bijstand meer verstrekken voor medische kosten, met uitzondering van mensen die zich (nog) niet collectief kunnen verzekeren (overstappen vanuit andere verzekering kan alleen per 1 januari van elk jaar; bij premieachterstand kan geen aanvullende verzekering afgesloten worden). Per kostensoort de bedragen die in die situaties nog vergoed kunnen worden via de bijstand gelijkstellen aan het bedrag dat de collectieve verzekering zou vergoeden.

Klanten die bij een andere verzekering aangesloten zijn en nog niet collectief verzekerd kunnen worden, krijgen een vergoeding van de collectieve verzekering die zij vanaf het nieuwe verzekeringsjaar kiezen. Klanten die al bij CZ of VGZ aangesloten zijn en voor het eerst bijstand aanvragen kunnen gedurende het lopende jaar per direct in de collectieve verzekering instromen.

2.6 Conclusie en voorstel

Geadviseerd wordt om te kiezen voor model 1 in combinatie met een hogere gemeentelijke bijdrage aan de premie van de collectieve ziektekostenverzekering voor minima. Deze verzekering wordt hierdoor aantrekkelijker, het is een legale vorm van inkomensondersteuning, het gebruik van vergoedingen neemt toe, er is meer duidelijkheid en meer rechtsgelijkheid, de uitvoering is eenvoudiger. Een keuze voor model 2 en 3 wordt niet geadviseerd, omdat er dan weinig of niets verandert in de bestaande werkwijze.

Voordelen voor klanten

- Goede verzekering tegen lage kosten. Bijdrage gemeente komt rechtstreeks aan klant ten goede door verlaging premie.
- Kosten kunnen rechtstreeks bij de verzekering gedeclareerd worden. Dit bevordert het gebruik van de vergoedingen voor medische kosten. In de polis is precies te lezen wat de vergoeding is. Hierdoor hoeven klanten niet meer met bonnetjes naar de gemeente en af te wachten wat er vergoed wordt. Dit vormt een onnodige drempel.
- Vooraf duidelijkheid in wat kan en niet kan en iedereen krijgt dezelfde vergoeding voor dezelfde kosten. Meer rechtszekerheid en snellere afhandeling.

Verdere voordelen van het voorgestelde beleid

- Inschatten van te verwachten kosten veel gemakkelijker: maximale kosten is aantal klanten maal premiebijdrage.
- Minder uitvoeringskosten door minder losse aanvragen. Bovendien zijn de uitvoeringskosten per vergoeding door de verzekeraar veel lager dan bij vergoeding door de gemeente.
- Geen tijdrovende en bewerkelijke rapporten meer over welke kosten wel of niet vergoed worden en tot welk bedrag. De tijd kan efficiënter besteed worden.
- Geen dure medische advieskosten meer voor vaststellen van de 'noodzaak'.
- Beleid is duidelijk en goed uit te leggen: alle kosten die noodzakelijk zijn worden vergoed via de basisverzekering. Alle overige kosten zijn niet noodzakelijk.
- Klant wordt aangesproken op eigen verantwoordelijkheid door bewuste keuze voor collectieve verzekering: niet aanvullend collectief verzekeren betekent geen vergoeding als er toch kosten zijn. Afwijzingsgrond: kosten zijn niet noodzakelijk.

Bijzondere doelgroepen

- Een uitzondering kan worden gemaakt voor klanten die in de bronheffing* zitten en voor klanten in die net in de uitkering zijn gekomen en die zich tijdens het lopende kalenderjaar nog niet collectief kunnen verzekeren bij CZ of VGZ. Dit zijn met namen mensen met een premieschuld of verzekerden die gefraudeerd hebben. Bijzondere bijstand voor medische kosten geldt dan tot het einde van de bronheffing of tot het einde van het lopende kalenderjaar, mits men zich daarna aanmeldt voor de

CZM. In overige gevallen kunnen verzekerden meestal tussentijds overstappen naar de CZM, bijv. bij verhuizing vanuit een andere gemeente, bij verandering van uitkering of verandering van CZM.

*) Bronheffing wordt toegepast bij een te ver opgelopen premieachterstand (meer dan zes maanden). De premie van de basisverzekering wordt dan rechtstreeks ingehouden op de uitkering van de belanghebbende. De klant kan zich niet aanvullend verzekeren bij de CZM totdat de premieschuld is afgelost.

- De CZM staat toe dat mensen met een inkomen tot 130% van de bijstandsnorm deelnemen. Zij kunnen dan profiteren van de collectiviteitskorting en het uitgebreidere pakket, maar zonder de gemeentelijke bijdrage in de premie. Hiermee wordt de armoedeval beperkt als mensen uit de uitkering gaan en iets meer gaan verdienen en het kost de gemeente niets extra.
- Klanten die uit de uitkering gaan kunnen blijven profiteren van de voordelen van de collectieve verzekering tot een inkomen van 130% van de bijstandsnorm. Echter, als het inkomen hoger is dan 110% van de bijstandsnorm, mag de gemeente geen bijdrage meer verstrekken in de premie. Deelname aan de CZM hoeft dan niet meteen beëindigd te worden, maar klanten kunnen overgezet worden naar de groep deelnemers zonder gemeentelijke bijdrage.
- Ook andere minima met een inkomen tot 130% van de bijstandsnorm kunnen gebruik maken van de CZM, maar dan zonder gemeentelijke bijdrage. Ze kunnen wel van de collectiviteitskorting en van de vergoedingen van de CZM profiteren. Voordeel van aanbieden van de CZM aan deze groep is dat ook voor hen de CZM als voorliggende voorziening geldt. Dit voorkomt ook veel aanvragen bijzondere bijstand van klanten die een klein beetje draagkracht in inkomen hebben. Een aantal van deze klanten is al bekend bij de gemeente, omdat zij nu ook al bijzondere bijstand voor medische kosten hebben. Omdat zij draagkracht in het inkomen hebben, moet nu jaarlijks een heronderzoek gedaan worden om de draagkracht en de hoogte van de kosten opnieuw vast te stellen. Dat is straks niet meer nodig. De zorgverzekeraars stellen geen eisen aan de wijze waarop en de frequentie waarmee de gemeente de hoogte van het inkomen vaststelt. Er kan een lichte toets gedaan worden. De enige reden waarom er een grens van 130% is gesteld, is omdat de CZM niet voor alle burgers opengesteld mag worden. Dan is er namelijk geen sprake meer van een collectieve verzekering voor minima en zou het systeem onhoudbaar worden voor de verzekeraars. Overigens zullen mensen met een hoger inkomen in de praktijk toch andere keuzes maken. Op de website www.gezondverzekerd.nl kunnen klanten de verschillende collectieve pakketten vergelijken en een keuze maken.

3. Personele-/organisatorische consequenties

Eenmalig zijn er extra werkzaamheden voor een beleidsmedewerker, om het beleid en de communicatie voor te bereiden en uit te voeren. De uitvoering van de collectieve verzekering zal iets meer tijd kosten als meer klanten er gebruik van gaan maken. Daar staat tegenover dat er minder losse aanvragen voor bijzondere bijstand hoeven te worden behandeld, die vaak tijdrovend zijn. Deze tijd kan dan besteed worden aan andere prioriteiten.

4. Consequenties Middelen; Financiën (incl. dekking) / Facilitair

De kosten voor verhoging van de gemeentelijke bijdrage aan de collectieve verzekering kunnen gedekt worden uit de besparing op individuele aanvragen en uitvoeringskosten. De berekening geldt bij een keuze voor model 1. Momenteel maakt slechts 31% van de uitkeringsgerechtigden in de gemeente Goirle gebruik van de collectieve verzekering. Als we de cijfers van deelname aan de CZM en uitgaven voor bijzondere bijstand medische kosten over de afgelopen drie jaar bekijken, zien we het volgende:

Bladnummer	Procedure
13	405

2009

Collectief verzekerd	Gegevens	totaal
Ja	Aantal klanten met bijzondere bijstand medische kosten Totaalbedrag	48 € 11.841,78
Nee	Aantal klanten met bijzondere bijstand medische kosten Totaalbedrag	78 € 19.121,01
Eindtotaal aantal klanten		126
Totaalbedrag		€ 30.962,79

2010

Collectief verzekerd	Gegevens	totaal
Ja	Aantal klanten met bijzondere bijstand medische kosten Totaalbedrag	52 € 10.710,51
Nee	Aantal klanten met bijzondere bijstand medische kosten Totaalbedrag	76 € 17.678,07
Eindtotaal aantal klanten		128
Totaalbedrag		€ 28,388,58

2011

Collectief verzekerd	Gegevens	totaal
Ja	Aantal klanten met bijzondere bijstand medische kosten Totaalbedrag	46 € 11.040,59
Nee	Aantal klanten met bijzondere bijstand medische kosten Totaalbedrag	82 € 17.544,76
Eindtotaal aantal klanten		128
Totaalbedrag		€ 28.585,35

In 2011 zijn er in de gemeente Goirle 184 personen van 18 jaar en ouder aangesloten geweest bij de CZM. Volgens gegevens van BS&F zijn er in de gemeente Goirle 600 personen die in aanmerking zouden komen voor de CZM op grond van hun inkomen. Dit is dus de potentiële doelgroep. Met een intensieve wervingsactie en voorlichting over het nieuwe beleid zouden we wellicht 300 van deze 600 personen kunnen bewegen om zich aan te sluiten bij de CZM. Dit aantal van 50% deelnemers van de potentiële doelgroep is gebaseerd op ervaringen van andere gemeenten die een overeenkomstig beleid voeren. Dat zou betekenen een toename van ruim 100 personen tot 300 verzekerden. Dit is een reëel aantal om van uit te gaan.
De gemeentelijke bijdrage aan de collectieve verzekering bedroeg in 2011 in totaal € 19.320,00 voor 184 personen, € 8,75 per maand per persoon. De afzonderlijke bijzondere bijstandskosten bedroegen € 28.585,35. Voegen we deze bedragen bij elkaar, dan is er € 46.201,00 beschikbaar. Daarvan wordt € 6.200,00 gereserveerd voor individuele vergoedingen. Als daarvan dan € 40.000,00 gebruikt wordt als gemeentelijke bijdrage in de premie voor 300 personen, dan zou de gemeentelijke bijdrage per verzekerde per maand kunnen zijn (€ 40.000,00 : 300 = € 133,00 : 12 = afgerond) € 11,00.

De vergoeding voor medische kosten die de verzekeraars CZ en VGZ hebben uitgekeerd aan de 184 deelnemers bedroeg in 2011 € 19.774,00. Dit bedrag zou, zonder het collectieve verzekeringspakket, door de gemeente zelf aan klanten uitbetaald zijn via individuele aanvragen bijzondere bijstand, ervan uitgaande dat alle klanten daadwerkelijk een aanvraag zouden hebben ingediend. Als het aantal deelnemers aan de CZM dus zou verdubbelen, zou de uitkering door de verzekering ook verbubbelen en zou dit in mindering komen op de individuele bijzondere bijstand die door de gemeente wordt uitgekeerd voor medische kosten. Wel gaan de uitgaven voor de gemeentelijke bijdrage in de premie dan omhoog.

5. Toekomstvisie

Het voorgestelde nieuwe beleid past in een goed sociaal beleid.

6. (Fatale) termijnen

Het streven is om per 1 januari 2013 het nieuwe beleid in werking te laten treden. Dit is echter geen fatale termijn. Het zou wel mooi samenvallen met het nieuwe verzekeringsjaar, wat snel overstappen naar de collectieve verzekering vergemakkelijkt.

7. Inspraak en communicatie

Het voorstel wordt, na besluitvorming door het college, ter beschikking gesteld aan het Platform minima. Vervolgens zal er uitgebreid werk gemaakt worden van de communicatie over het nieuwe beleid. In het Goirles Belang, op de website, in de Nieuwsbrief Werk & Inkomen en de Nieuwsbrief Zorg & Inkomen en via folders zal aan klanten bekend gemaakt worden wat het beleid inhoudt.
Het besluit kan ter kennisname worden gegeven aan de Commissie Welzijn. Er hoeft m.i. geen raadsbesluit te worden gemaakt, omdat de beleidswijziging in beginsel kostenneutraal is. Er wordt geen bezuiniging op de bijstand ingezet, maar de bijstand wordt anders ingezet. Het beleid wordt duidelijker en makkelijker, terwijl de klanten het voordeel merken door een lagere premie voor hun verzekering en meer duidelijkheid en zekerheid van vergoedingen voor meer minima.

8. Voorgesteld besluit

1. De basisverzekering geldt als voorliggende voorziening voor medische kosten die passend en toereikend is.
2. Kosten die niet geheel of gedeeltelijk vergoed worden door de basisverzekering worden niet aangemerkt als noodzakelijke kosten. Hiervoor wordt dus geen bijzondere bijstand verstrekt, behoudens enkele uitzonderingen.
3. De gemeentelijke bijdrage aan de collectieve ziektekostenverzekering wordt verhoogd naar € 11,00 per maand per verzekerde.
4. Collectieve ziektekostenverzekering wordt actief gepromoot bij bestaande en nieuwe klanten met inkomen tot 110% van de bijstandsnorm. Het streven is om het aantal deelnemers van 184 naar 300 te krijgen.
Ook onder klanten met een inkomen tot 130% van de bijstandsnorm wordt deelname actief gepromoot, maar zij krijgen geen gemeentelijke bijdrage in de premie.
5. De regeling ter kennis brengen aan de raad en de commissie Welzijn dmv raadsinfo.
6. Nieuw beleid gaat in per 1-1-2013. Oude beleidsregels worden ingetrokken per 1-1-2013. Voorgesteld wordt een overgangsregeling van een jaar te hanteren voor bestaande bijzondere bijstand die wordt beëindigd.