JUNI 2019 VERSIE 1 STATUS: PERMANENT BÈTA

TANDELOOS!

DE BIJZONDERE BIJSTAND IN EEN STERFHUISCONSTRUCTIE?

Frankhuis & Twistvliet
Financieel & Juridisch Adviseurs

DURF HUIS

INHOUD	PAGINA

De Aanleiding 4

Een casus 5

Gemeentelijk beleid onder de loep 19

Topverzekerd, een financiële aderlating 28

De Wet 30

Wat vindt de rechter 33

Enkele feiten 34

Stof tot nadenken 36

De Tandarts, meer dan een ‘cosmetisch chirurg’ 39

Conclusie en mogelijke oplossingen 41

Enkele uitspraken 44

Lastige vragen 56

DE AANLEIDING

Een van onze cliënten had een klikgebit nodig, zijn tandarts heeft geen contract met de betrokken zorgverzekeraar dus volgde er een rekening van bijna 800 euro. Dat is niet op te brengen als je het moet doen met een inkomen op bijstandsniveau of net daarboven. De aanvraag bijzondere bijstand werd afgewezen.

Dit was de trigger maar eens een onderzoekje te gaan doen naar hoe gemeenten hiermee omgaan op papier. Tevens hebben we gekeken naar de verschillende collectieve zorgverzekeringen van zo'n 20-tal gemeenten kriskras door Nederland. Daarnaast een flink aantal uitspraken van rechtbanken en de Centrale Raad van Beroep bekeken, hier zijn er verontrustend veel van!
We worden er weinig vrolijk van. Het is weer een manier om onschuldig in de schulden te geraken.

En als wij ergens weinig vrolijk van worden, moet er gezocht worden naar mogelijke oplossingen. Wie zoekt die vindt dus we hebben er een aantal gevonden. De vraag is wel natuurlijk wat besturend Nederland daarvan vindt. Vermoedelijk te duur maar of dat werkelijk zo is, dat verdient een grondig onderzoek en dat red je ook niet in een maand, de periode dat het ons gekost heeft dit allemaal uit te vinden en op schrift te zetten.

Met vriendelijke groet,
De Samenstellers.

EEN CASUS

Om maar eens heel simpel te beginnen, een casus.
Meneer H., wonende op Goeree-Overflakkee, ontvangt sedert enige jaren een bijstandsuitkering. Gezien zijn leeftijd van boven de 60 is het niet eenvoudig een baan te vinden en meneer heeft een slecht gebit.
Via de gemeente kan meneer H. in een collectieve zorgverzekering en de gemeentelijke website belooft dat dit een goed pakket is voor een redelijke premie per maand. Een basisverzekering en een behoorlijk pakket aanvullende verzekering voor de tandarts, fysiotherapie, brillen etc. Het eigen risico komt nog wel voor rekening van meneer H. Voor kosten die buiten de verzekering zouden vallen, zou er dan eventueel bijzondere bijstand aangevraagd kunnen worden, volgens de website van de gemeente.

Op papier heel aardig. In de praktijk niet.

Het gebit van meneer was zodanig slecht dat de enige oplossing het kunstgebit was. Zo geschiedde. De tandarts had al wel aangegeven dat meneer een smalle kaak heeft en dat de kans groot is dat zijn kaak door het verwijderen van de tanden enorm zal slinken en het klassieke kunstgebit niet plezierig zal zijn. Dat bleek ook zo te zijn.
De tandarts adviseerde een zogenaamd klikgebit. Een frame dat in de kaak wordt vastgezet waar vervolgens het frame met de tanden op vast geklikt kan worden. Een uitstekende uitvinding!

De aanvraag hiervoor werd ingediend bij de zorgverzekering, deze ging ermee akkoord en beloofde het klikgebit uit de basisverzekering te vergoeden. In april werd de behandeling gestart, in oktober volgde de rekening.
Meneer moest 25% van de behandeling zelf betalen, een rekening van 800 euro! De reden: meneer had zich laten behandelen door een tandarts die niet gecontracteerd was door de zorgverzekeraar. Daarover had CZ hem geïnformeerd maar meneer G. ging ervan uit dat hij bijzondere bijstand hiervoor kon krijgen, gezien de tekst op de website van de gemeente.

Meneer H. heeft die 800 euro niet, immers al meerdere jaren afhankelijk van bijstand en daarvan heeft het Nibud al aangegeven dat de bijstand voor een normaal leven niet toereikend is, laat staan dat je ervan kunt sparen. Het eigen risico was reeds in rekening gebracht en daarvoor liep al een afbetalingsregeling. Voor deze 800 euro kon dat ook maar zo loopt de schuld wel heel rap op. En dan te bedenken dat er voor de bovenkaak ook nog een klikgebit nodig is.

Meneer H. raadpleegde de website van de gemeente of hij eventueel in aanmerking zou kunnen komen voor bijzondere bijstand om de kosten te voldoen.
De letterlijke tekst van de website bood hoop: “ Bijzondere bijstand is bedoeld voor bijzondere kosten. Dit zijn extra kosten bij ziekte, een beperking of een andere reden. Bijvoorbeeld kosten voor brillen, rechtsbijstand of tandartskosten. Het moet gaan om kosten die niet tot de normale kosten van het bestaan horen, die u niet zelf kunt betalen en ook niet vergoed krijgt (bijvoorbeeld van de zorgverzekering). Bijzondere bijstand vraagt u aan bij de gemeente.”
Meneer H. diende daarop een aanvraag bijzonder bijstand in. Na enkele weken ontving hij de afwijzing. Er werd bezwaar gemaakt want meneer heeft nog steeds die 800 euro niet, de kosten waren noodzakelijk, de verzekering vergoedt het niet, een klikgebit koop je niet dagelijks dus afgaande op de webtekst, voldoet meneer aan alle voorwaarden.

Beslissing op de aanvraag

Gemeente meent dat op grond van artikel 15, lid PW dat er geen recht op bijstand bestaat voor zover er beroep kan worden gedaan op een voorliggende voorziening die, gezien haar aard en doel, wordt geacht voor de belanghebbende toereikend en passend te zijn.

Daar kunnen we kort over zijn: de zorgverzekering vergoedt het niet en kan dus niet meer gezien worden als voorliggende voorziening.

Dan haalt de gemeente artikel 16, lid 1 PW aan, dringende redenen.
Een goed functionerend kauwapparaat is naar onze mening beslist noodzakelijk en daarom een dringende reden. Bovendien vond zowel de tandarts als de zorgverzekeraar dat het aanmeten van het klikgebit noodzakelijk was.

Verder stelt de gemeente zich op het standpunt dat meneer een bewuste keuze heeft gemaakt de behandeling te laten uitvoeren door een niet gecontracteerde tandarts en daarom zelf de financiële risico's voor deze keuze dient te dragen.
Een klein onderzoekje leerde ons dat er slechts twee tandartsen op het hele eiland Goeree-Overflakkee te vinden zijn die een contract hebben met de zorgverzekeraar waar de gemeentepolis is ondergebracht, en die het klikgebit in hun behandelingspakket hebben. Dit is niet zo verwonderlijk, slechts een klein deel van tandartsen landelijk heeft een contract afgesloten met een zorgverzekeraar. De reden: te veel administratief gedoe waar de tandartsen geen tijd voor hebben. Daarnaast is er een groeiend tekort aan tandartsen. Oorzaak: numerus fixus tandartsopleiding. Jaarlijks komen er maximaal 250 tandartsen bij t.o.v. 300 tandartsen die ermee stoppen vanwege o.a. het bereiken van de pensioenleeftijd. (Nee, dit is geen reden om de pensioenleeftijd te gaan verhogen, schaf liever de numerus fixus af!)

Hoeveel keus had meneer H. nou eigenlijk? Een onbruikbaar klassiek kunstgebit en dan maar op de wachtlijst bij een gecontracteerde tandarts, terwijl hij bij zijn huidige tandarts al jaren onder behandeling was? En hoe zit dat met de vrije artsenkeuze? De aanvullende verzekering biedt die vrijheid maar de basisverzekering niet. Zo breng je de burger natuurlijk wel volledig in verwarring.

De hoorzitting

Afgelopen 6 mei, de dag na bevrijdingsdag, kreeg het woord bevrijding toch weer een nieuwe betekenis. Uiteraard werden de bovenstaande punten nogmaals uitgebreid besproken maar de gemeente bleef op het standpunt dat meneer een bewuste keuze heeft gemaakt en daarvan zelf de consequenties moet dragen.

De gift!
Ter zitting boden we aan om onze cliënt een gift te doen van € 800,-, dit kunnen wij ook gerust doen aangezien onze stichting Durfhuis er is om uitkeringsgerechtigden bij te staan waar mogelijk. De vraag aan de voorzitter was dus, hoe gaat de gemeente hier mee om? Gelukkig kon daar ter zitting direct duidelijkheid in worden gegeven.
Namens het college, vertegenwoordigd door maar liefst 2 juridische medewerkers, deelde het hoofd juridische zaken mede, dat zij de gift zouden zien als inkomen en direct in mindering brengt op de uitkering. Anderzijds mocht het verstrekt worden als lening waarop diende te worden afgelost. Maar ook een lening is volgens de hoogste rechter een gift en moet gezien worden als inkomen. Daarnaast heeft meneer geen draagkracht, reeds door de voedselbank vastgesteld, dus hoe zou hij een lening in vredesnaam moeten terugbetalen?!

Meneer H. heeft dus nu de keuze tussen leven zonder tanden en kiezen of een flinke schuld bij de zorgverzekeraar.
Deze schuld kan tot gevolg hebben dat wanneer de gemeente besluit een collectieve zorgpolis bij een andere zorgverzekeraar onder te brengen, meneer H. daar geen gebruik van kan maken omdat hij nog een schuld heeft bij de vorige zorgverzekeraar. Ironisch genoeg zou meneer dan wel in aanmerking kunnen komen voor bijzondere bijstand…

De gemeente heeft inmiddels de tekst op haar website betreffende de bijzondere bijstand aangepast. Het hierboven geciteerde stuk is er in z'n geheel uitgehaald. Behoorlijk hypocriet om tijdens de hoorzitting aan te geven dat de gemeente altijd openstaat voor 'verbetersuggesties' in plaats van de burger eens gelijk te geven. De gemeente is er ook op gewezen dat de website geen disclaimer bevat waarin staat dat 'men geen rechten kan ontlenen aan de inhoud van de website'. Deze disclaimer is nog steeds niet. Kennelijk vindt men dat dan weer niet nodig.

Brief

Daarnaast heeft men aan alle bijstandsgerechtigden een brief gestuurd betreffende de bijzondere bijstand. Op een van de volgende pagina's is een geanonimiseerde versie ervan te vinden.
In het kort komt de brief erop neer dat bijzondere bijstand alleen nog mogelijk is bij heel bijzondere omstandigheden en zeer dringende redenen. Alle burgers van Goeree-Overflakkee hadden dit overigens kunnen lezen in de krant van november 2018 toen de nieuwe verordening bekend gemaakt werd die inging per 31 oktober 2018 maar de gemeente vond dat ze erg veel (aan)vragen betreffende bijzondere bijstand kreeg dus vandaar een brief zodat nu iedere bijstandsgerechtigde weet dat hij/zij niet in aanmerking komt voor bijzondere bijstand. Deze brief had natuurlijk ook tegelijkertijd met het bericht in de krant verstuurd kunnen worden. Dat had wellicht heel wat aanvragen gescheeld.

Beslissing op bezwaar

Ongegrond. De letterlijke tekst van de beslissing op bezwaar staat, geanonimiseerd, op de volgende pagina's, inclusief het gespreksverslag van de hoorzitting. Het goede nieuws is dat de beslissing op de ter hoorzitting ingebrachte gift ook in het gespreksverslag is opgenomen. In alle doorgenomen ECLI's is een eventuele gift om in de noodzakelijke kosten te voorzien nog niet ter sprake gekomen. Althans, niet met zekerheid te zeggen omdat bij de uitspraken geen stukken betreffende het proces te vinden zijn.

Op de volgende twee pagina's is de brief te lezen van de gemeente Goeree-Overflakkee aan hun burgers in de bijstand.

DE BRIEF AAN ALLE BIJSTANDSGERECHTIGDEN OP GOEREE-OVERFLAKKEE

gemeente
Goeree-Overflakkee

Ons kenmerk		2
Behandelaar		ij
Uw kenmerk	:	
Uw brief van	:	
Onderwerp	:	bijzondere bijstand
Bijlage(n)	:	
Datum	:	6 juni 2019

Geachte heer, mevrouw,

In deze brief informeren wij u over de wijzigingen in de mogelijkheden van de bijzondere bijstand. U heeft de aankondiging van deze wijzigingen in november 2018 al in de plaatselijke krant kunnen lezen. Wij krijgen nog veel vragen over de bijzondere bijstand. Vandaar dat wij u per brief informeren.

Voor u is belangrijk te weten:
Met ingang van 31 oktober 2018 zijn de mogelijkheden in de bijzondere bijstand veranderd. Er gelden nieuwe beleidsregels voor de bijzondere bijstand met ingang van 31 oktober 2018 in de gemeente Goeree-Overflakkee.

Algemene kosten
Er kan geen bijzondere bijstand meer verstrekt worden voor veel algemeen voorkomende kostensoorten waarvoor u gewend was bijstand aan te vragen.
Algemene kosten moet iedereen soms maken. Het is voorzienbaar dat apparaten en spullen die kapot gaan vervangen moeten worden. Daarvoor moet een ieder het eigen inkomen uit werk of uitkering gebruiken. Het is daarom nodig om geld te reserveren voor voorzienbare kosten.

Een paar voorbeelden van kosten waarvoor bijstand niet meer mogelijk is
Sport en cultuur tegemoetkoming, voor de kinderen of voor uzelf.
Fiets, koelkast, wasmachine, droger, fornuis en andere duurzame gebruiksgoederen.
Medische hulpmiddelen zoals bril of beugel.

Bijzondere situaties
Aanvragen voor bijzondere bijstand komen soms door bijzondere situaties. Dan vraagt uw contactpersoon naar meer informatie wat deze bijzondere omstandigheden zijn. Die toelichting kunt u ook zelf bij de aanvraag schriftelijk meegeven.

Alternatief
Een andere mogelijkheid in plaats van bijstand kan het kindpakket of de individuele inkomenstoeslag zijn:

Kindpakket
Het kindpakket is er voor alle kinderen (0 tot 18 jaar) die wonen op Goeree-Overflakkee, naar de basisschool of de middelbare school gaan, waarvan de ouders/verzorgers een inkomen hebben tot 125% van de bijstandsnorm en geen of weinig eigen vermogen of
Ouders die in een schuldhulpverleningstraject zitten.

Koningin Julianaweg 45, 3241 XB Middelharnis, Postbus 1, 3240 AA Middelharnis
T. 14 0187, info@goeree-overflakkee.nl, IBAN NL08BNGH028.51.57.221, KvK 56710240, BTW NL 823658727B01

Het kindpakket is een verzameling van regelingen waarmee de gemeente Goeree-Overflakkee samen met lokale bedrijven, culturele instellingen, scholen en (sport)verenigingen ervoor zorgt dat alle kinderen dezelfde kansen krijgen.
De website van het kindpakket heet ***goeree-overflakkee.mijnkindpakket.nl***
De ouders/verzorgers van de kinderen uit de doelgroep kunnen producten, diensten of activiteiten bestellen. Het aanbod van het kindpakket wordt in natura aangeboden en is voor elke leeftijd anders.

Individuele inkomenstoeslag (I.I.T.)
Deze toeslag is bedoeld als een aanvulling op het inkomen voor wie 36 maanden of langer een minimum inkomen heeft, dat niet hoger is dan een bijstandsuitkering, en die geen vermogen heeft, waarbij er geen zicht op is dat dit kan veranderen.
Het geld kunt u naar eigen wens gebruiken, voor het doel dat u zelf noodzakelijk vindt. De vroegere naam was langdurigheidstoeslag. U kunt elk jaar, en maar één keer per 12 maanden een aanvraag indienen.

Uw recht
Deze brief geeft algemene informatie over de mogelijkheid om bijstand aan te vragen.
Of u recht op bijstand heeft hangt echter af van uw persoonlijke omstandigheden.
Aan deze brief kunt u geen rechten ontlenen. U kunt wel contact opnemen om uw omstandigheden en de mogelijkheden van bijstand te bespreken.
Als u een aanvraag indient wordt uw recht op bijstand onderzocht en ontvangt u persoonlijk bericht of u bijstand kunt ontvangen.

Met vriendelijke groet,

Burgemeester en wethouders van Goeree-Overflakkee,
namens dezen,
teamleider Werk en Inkomen,

Op de volgende pagina's het relaas hoorzitting bij de gemeente Goeree-Overflakkee.
Uiteraard gaat hier een beroepschrift op volgen.

gemeente
Goeree-Overflakkee

Ons kenmerk		35436
Behandelaar		riesse
Uw kenmerk	:	
Uw brief	:	
Onderwerp	:	Beslissing op bezwaar
Bijlage(n)	:	
Datum	:	29 MEI 2019

Frankhuis & Twistvliet
Ravelijnstraat 3
8043 PV
ZWOLLE

Geachte heer Kamp,

Uw cliënt, de heer heeft op 12 november 2018 een aanvraag ingediend ter verkrijging van bijzondere bijstand op grond van de Participatiewet voor de kosten van tandheelkundige hulp. Deze aanvraag is op 9 januari 2019 afgewezen. U heeft als gemachtigde namens uw cliënt per brief van 25 februari 2019 bezwaar ingediend.
Dit ingediende bezwaar is in behandeling genomen tijdens een hoorzitting op 6 mei 2019 door de Commissie van advies voor de bezwaarschriften (hierna: de Commissie). Het advies van de Commissie en het verslag van de hoorzitting treft u als bijlage aan.

Het besluit
Wij hebben besloten, in lijn met het advies van de commissie, om het bezwaar van uw cliënt ongegrond te verklaren en het bestreden besluit in stand te laten. Ook is besloten niet tot vergoeding van de proceskosten over te gaan.

Wij vertrouwen er op u zo voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

Burgemeester en wethouders van Goeree-Overflakkee,
namens dezen,
directeur,

F

Bent u het niet eens met dit besluit? Dan kunt u hiertegen op grond van de Algemene wet bestuursrecht binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit een gemotiveerd beroepschrift indienen bij de Rechtbank Rotterdam, sector bestuursrecht, Postbus 50951, 3007 BM Rotterdam. U kunt ook digitaal beroep instellen bij genoemde Rechtbank via http://loket.rechtspraak.nl/bestuursrecht. Daarvoor moet u wel beschikken over een elektronische handtekening (DigiD).

Het beroepschrift dient ondertekend te zijn en moet ten minste bevatten: een dagtekening, uw naam en adres, een omschrijving van het besluit waartegen het beroep gericht is en de gronden van het beroep. Bij het beroepschrift dient u tevens een afschrift van het besluit waarop het geschil betrekking heeft te overleggen. Ook kunt u de Voorzieningenrechter, indien u een beroepschrift heeft ingediend, verzoeken om het treffen van een voorlopige voorziening. Het adres van de Voorzieningenrechter is hetzelfde als van de Rechtbank.

Koningin Julianaweg 45, 3241 XB Middelharnis, Postbus 1, 3240 AA Middelharnis
T. 14 0187, info@goeree-overflakkee.nl, IBAN NL08BNGH028.51.57.221, KvK 56710240, BTW NL 823658727B01

gemeente
Goeree-Overflakkee

Registratienummer: Z -19-109867/105480

Commissie bezwaarschriften

Advies

Zaaknummer : **B19.29.**

Onderwerp : **bezwaarschrift van de heer [redacted] tegen het besluit van burgemeester en wethouders van Goeree-Overflakkee van 9 januari 2019, verzonden op 18 januari 2019, waarbij zijn aanvraag ter verkrijging van bijzondere bijstand ingevolge de Partcipatiewet is afgewezen.**

Datum : **6 mei 2019 (20.00 uur).**

---

1. Het verloop van de procedure.

De heer [redacted] op het adres [redacted] AH), hierna reclamant, heeft op 12 november 2018 een aanvraag ingediend ter verkrijging van bijzondere bijstand ingevolge de Participatiewet voor de kosten van tandheelkundige hulp.

Burgemeester en wethouders van Goeree-Overflakkee, hierna verweerder, hebben op 9 januari 2019 besloten de aanvraag af te wijzen. Dit besluit is op 18 januari 2019 verzonden.

Namens reclamant hebben mevrouw D. Colenbrander, de heer P. Kamp en de heer A.M. Taconis, werkzaam bij Frankhuis en Twistvliet financieel en juridisch adviseurs te Zwolle, hierna gemachtigden, in hun brief van 25 februari 2019 tegen dit besluit bezwaar gemaakt. Dit bezwaarschrift is op 26 februari 2019 ontvangen.

Verweerder heeft op 3 april 2019 een verweerschrift ingediend.

Op 6 mei 2019 heeft ten overstaan van de commissie bezwaarschriften Goeree-Overflakkee, hierna de commissie, de zitting plaatsgevonden, waarbij partijen in de gelegenheid zijn gesteld hun standpunten toe te lichten. Reclamant, mevrouw D. Colenbrander, de heer P. Kamp en de heer B. Koot, zijn ter zitting verschenen. Verweerder is ter zitting vertegenwoordigd door [redacted] beiden werkzaam bij de gemeente Goeree-Overflakkee.

2. Het bestreden besluit.

Aan de afwijzing van de bijzondere bijstand voor de kosten van tandheelkundige hulp heeft verweerder ten grondslag gelegd het feit dat de Zorgverzekeringswet en het daarop gebaseerde Besluit zorgverzekering moeten worden aangemerkt als aan de Participatiewet voorliggende, toereikende en passende voorzieningen. Van zeer dringende redenen als bedoeld in artikel 16 van de Participatiewet is verweerder niet gebleken. Verweerder heeft geen buitenwettelijk begunstigend beleid voor de vergoeding van deze kosten vastgesteld.

3. Inhoud van de bezwaren.

Reclamant is van mening dat er een dringende noodzaak was tot het laten verrichten van de tandheelkundige behandeling. Tevens staat reclamant op het standpunt dat verweerder de oude beleidsregels had moeten toepassen, omdat die van kracht waren toen zijn zorgverzekeraar goedkeuring gaf aan deze tandheelkundige behandeling. De Zorgverzekeringswet en het daarop gebaseerde Besluit zorgverzekering kunnen niet als voorliggende voorzieningen worden aangemerkt omdat 25% van de kosten van deze behandeling voor rekening komen van reclamant, vanwege het feit dat zijn tandarts geen contract heeft met de zorgverzekeraar. Van reclamant kan niet worden verlangd dat hij overstapt naar een tandarts die wel een contract met de zorgverzekeraar heeft afgesloten.

Reclamant komt op grond hiervan tot de conclusie dat zijn bezwaren gegrond zijn. Hij vordert dat het bestreden besluit herroepen wordt en dat de gevraagde bijzondere bijstand alsnog wordt toegekend. Reclamant verzoekt om de kosten die hij in verband met de behandeling van zijn bezwaar redelijkerwijs heeft moeten maken, te vergoeden.

4. Verweerschrift.

Verweerder heeft op 3 april 2019 een verweerschrift ingediend.

Verweerder geeft daarin aan dat de Zorgverzekeringswet en het daarop gebaseerde Besluit zorgverzekering moeten worden aangemerkt als aan de Participatiewet voorliggende, toereikende en passende voorzieningen. Op het moment van de aanvraag waren de huidige beleidsregels reeds van toepassing. Er zijn geen feiten of omstandigheden die het alsnog toekennen van bijzondere bijstand rechtvaardigen.

Verweerder komt op grond hiervan tot de conclusie dat het bezwaar ongegrond is.

5. Ontvankelijkheid.

Het bezwaarschrift is binnen de wettelijke termijn van zes weken ontvangen. Het bezwaarschrift voldoet eveneens aan de overige in artikel 6:5 van de Algemene wet bestuursrecht, hierna Awb, gestelde eisen. Reclamant is derhalve in zijn bezwaar ontvankelijk.

6. Beoordeling van het bezwaar.

6.1. Wettelijk kader.

Naast de bepalingen van de Awb wordt het wettelijke kader dat in het geschil aan de orde komt, gevormd door:
a. artikel 35, eerste lid, van de Participatiewet;
b. artikel 15, eerste lid, van de Participatiewet;
c. artikel 16, eerste lid, van de Participatiewet.

Ingevolge artikel 35, eerste lid, van de Participatiewet - voor zover van belang - heeft, onverminderd paragraaf 2.2 de alleenstaande of het gezin recht op bijzondere bijstand voor zover de alleenstaande of het gezin niet beschikt over de middelen om te voorzien in de uit bijzondere omstandigheden voortvloeiende noodzakelijke kosten van het bestaan en deze kosten naar het oordeel van het college van burgemeester en wethouders niet kunnen worden voldaan uit de bijstandsnorm, de langdurigheidstoeslag, het vermogen, en het inkomen, voor zover dat meer is dan de bijstandsnorm.

Op grond van artikel 15, eerste lid, tweede volzin, van de Participatiewet strekt het recht op bijstand zich niet uit tot de kosten die in de voorliggende voorziening als niet noodzakelijk zijn aangemerkt. Indien binnen de voorliggende voorziening een bewuste keuze is gemaakt over de noodzaak van het vergoeden van deze kosten, kan het bijstandverlenend orgaan daarvoor in beginsel geen bijzondere bijstand toekennen.

Ingevolge artikel 16, eerste lid, van de Participatiewet, kan aan een persoon die geen recht op bijstand heeft, toch bijstand worden verleend indien zeer dringende redenen daartoe noodzaken.

6.2. Inhoudelijke beoordeling.

Anders dan reclamant meent, staat verweerder op het standpunt dat de kosten die reclamant heeft gemaakt en die aan zijn aanvraag ten grondslag liggen, moeten worden aangemerkt als noodzakelijke kosten van het bestaan als bedoeld in artikel 35 van de Participatiewet.

Volgens vaste rechtspraak van de Centrale Raad van Beroep, hierna de CRvB, moeten voor de kosten van een tandheelkundige behandeling sinds 1 januari 2006 de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekering als aan de Participatiewet voorliggende, toereikende en passende voorzieningen worden beschouwd. Indien binnen de voorliggende voorziening een bewuste keuze is gemaakt over de noodzaak van het vergoeden van deze kosten, kan het bijstandverlenend orgaan daarvoor in beginsel geen bijzondere bijstand toekennen. Dat de door reclamant gemaakte kosten niet volledig door de voorliggende voorziening worden vergoed, maakt dit volgens vaste rechtspraak van de CRvB niet anders. Hieruit volgt dat artikel 15, eerste lid, van de Participatiewet aan toekenning van de gevraagde bijzondere bijstand in de weg staat. De commissie verwijst in dit verband naar de uitspraak van de CRvB van 25 oktober 2016 (ECLI:NL:CRVB:2016:4030). De commissie wijst er ook op dat reclamant bekend was met het feit dat hij 25% van de behandeling niet vergoed zou krijgen omdat zijn tandarts geen contract had met de zorgverzekeraar. Hij had dus kunnen kiezen voor een andere behandelaar.

Op grond van artikel 16, eerste lid, van de Participatiewet, kan toch bijstand worden verleend indien, gelet op alle omstandigheden, zeer dringende redenen daartoe noodzaken.

Op basis van vaste rechtspraak van de CRvB is van zeer dringende redenen slechts sprake in geval van een acute noodsituatie, dat wil zeggen een situatie die van levensbedreigende aard is of blijvend ernstig lichamelijk of psychisch letsel of invaliditeit tot gevolg kan hebben. De opvatting van reclamant dat de CRvB in zijn uitspraken hiermee blijk geeft van een verkeerde interpretatie van artikel 16 van de Participatiewet, doet daaraan niet af. Uit de aan de commissie verstrekte stukken en uit het verhandelde ter zitting is niet gebleken van zeer dringende redenen. Dat de zorgverzekeraar van reclamant zich op het standpunt zou hebben gesteld dat zich zeer dringende redenen voordoen, is evenmin gebleken.

De commissie constateert dat op het moment van de aanvraag de Beleidsregels bijzondere bijstand Goeree-Overflakkee 2018, hierna de beleidsregels, in het gemeenteblad bekend zijn gemaakt. Geen rechtsregel verplicht verweerder derhalve om bij de beoordeling van de aanvraag van reclamant toepassing te geven aan de Beleidsregel bijzondere bijstand Goeree-Overflakkee 2015. Het bezwaar van reclamant op dit punt treft geen doel. Ten overvloede merkt de commissie op dat toepassing van artikel 29 van de Beleidsregel bijzondere bijstand Goeree-Overflakkee 2015 evenmin tot toekenning van de aanvraag had kunnen leiden omdat:

a. de kosten van tandheelkundige hulp slechts voor vergoeding in aanmerking konden komen als deze niet vergoed werden op grond van een (collectieve) aanvullende verzekering;
b. de tandartskosten die niet door de verzekering gedekt worden, slechts bij zeer dringende redenen voor vergoeding in aanmerking konden komen.

Deze omstandigheden doen zich in deze zaak niet voor.

Evenmin is de commissie gebleken van buitenwettelijk begunstigend beleid zodat de beleidsregels niet kunnen leiden tot het alsnog toekennen van de gevraagde bijzondere bijstand.

6.3. Afronding beoordeling.

De commissie komt op grond van het voorgaande tot het oordeel dat verweerder de aanvraag van reclamant terecht en op juiste gronden heeft afgewezen.

7. Advies.

De commissie adviseert verweerder:
a. het bezwaar van reclamant ongegrond te verklaren;
b. het bestreden besluit in stand te laten;
c. het verzoek van reclamant om vergoeding van de kosten die hij in verband met de behandeling van zijn bezwaar redelijkerwijs heeft moeten maken, af te wijzen.

Vastgesteld op 20 mei 2019.

Commissie bezwaarschriften Goeree-Overflakkee,
secretaris, voorzitter,

gemeente
Goeree-Overflakkee

Registratienummer: Z -19-109867/105479

Commissie
bezwaarschriften

Verslag hoorzitting

Zaaknummer : **B19.29.**

Onderwerp : **bezwaarschrift van de heer tegen het besluit van burgemeester en wethouders van Goeree-Overflakkee van 9 januari 2019, verzonden op 18 januari 2019, waarbij zijn aanvraag ter verkrijging van bijzondere bijstand ingevolge de Partcipatiewet is afgewezen.**

Datum : **6 mei 2019 (20.00 uur).**

Aanwezig zijn:

Commissie :

Reclamant :

Verweerder :

De voorzitter opent de zitting en hij heet de aanwezigen van harte welkom. Hij stelt de aanwezigen voor en hij legt de werkwijze van de commissie uit. Hierna geeft hij het woord aan de heer Kamp.

Alvorens de heer Kamp met zijn betoog begint, wil **de heer** kwijt dat verweerder ten onrechte het standpunt heeft ingenomen dat hij de tandheelkundige kosten in principe zelf zou kunnen betalen. Bovendien bestrijdt hij het standpunt van verweerder dat deze kosten niet noodzakelijk zijn.

De heer Kamp geeft vervolgens aan dat de zorgverzekeraar de noodzaak van de kosten heeft vastgesteld. In dat opzicht is het standpunt van verweerder niet te volgen. Kosten die uit een voorliggende voorziening worden vergoed, kun je niet op een andere wijze verkrijgen. Eerst moeten de mogelijkheden van een voorliggende voorziening worden benut, voordat je bij de gemeente aanklopt voor bijzondere bijstand. Dit laatste is hier niet aan de orde. De tandheelkundige kosten worden door de zorgverzekeraar immers voor 75% vergoed. De resterende 25% komt voor rekening van de heer Sangers. Er wordt niet dubbel gedeclareerd, hetgeen door verweerder gesuggereerd wordt.

De voorzitter zegt dat de heer op een zeker moment voor een keuze is komen te staan. Hij moest kiezen voor het ondergaan van de tandheelkundige behandeling bij een tandarts die wel of bij een tandarts die geen overeenkomst had gesloten met de zorgverzekeraar. Hij vraagt hoe het maken van die keuze in zijn werk is gegaan.

De heer Kamp reageert hierop met de stelling dat de gemeente een slechte collectieve ziektekostenverzekering heeft afgesloten. Als intermediair is zij hiervoor verantwoordelijk. **Mevrouw Colenbrander** voegt daaraan toe dat verweerder voor het basispakket heeft gekozen. Helaas heeft verweerder niet gekozen voor de polis op grond waarvan 100% van de kosten voor vergoeding in aanmerking komt. Mevrouw Colenbrander merkt op dat uit de website van de gemeente blijkt dat de kosten van tandheelkundige hulp wel voor volledige vergoeding in aanmerking komen. De gemeentelijke website heeft geen disclaimer. **De heer Kamp** besluit het betoog met zijn opvatting dat de Centrale Raad van Beroep dwaalt bij het interpreteren van en het geven van invulling aan het begrip "zeer dringende redenen" als bedoeld in artikel 16 van de Participatiewet. De lagere rechters durven daar niet tegenin te gaan. Een acute noodsituatie is niet aan te tonen. Dat zich "zeer dringende redenen" voordoen, is door de zorgverzekeraar vastgesteld. Dit is wat hem betreft geen punt van discussie.

De heer merkt op dat de heer Kamp hier wel de vaste jurisprudentie van de hoogste bestuursrechter op dit punt ter discussie stelt.

De voorzitter zegt dat de commissie de collectieve zorgverzekering van de gemeente als een gegeven moet beschouwen en dat de wenselijkheid van een andere variant in deze zitting niet ter discussie staat. Hierna geeft het woord aan mevrouw

Mevrc **esse** merkt op dat de aanvraag van de I eigenlijk afgewezen had moeten worden omdat de tandheelkundige kosten reeds in april 2018 waren gemaakt, terwijl de aanvraag eerst op 12 november 2018 is ingediend. Uit een oogpunt van coulance en service is de aanvraag evenwel inhoudelijk en op zorgvuldige wijze beoordeeld. Wat spreekster betreft staat de vraag of het aantoonbaar noodzakelijke kosten van het bestaan betreft, helemaal niet ter discussie. Op dit punt interpreteren reclamant en zijn gemachtigden het verweerschrift op onjuiste wijze.

Mevrouw F zegt vervolgens dat de ziektekostenverzekeraar de kosten volledig had vergoed als de I zich had gewend tot een tandarts die met die verzekeraar een contract had afgesloten. De Zorgverzekeringswet is ook in deze situatie derhalve een toereikende en passende voorliggende voorziening. Van bijzondere omstandigheden is niet gebleken. Het moet bij "zeer dringende redenen" gaan om een acute noodsituatie. Zij ziet niet in waarom de aan de juistheid van de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep getwijfeld moet worden.

De voorzitter vraagt wanneer de omvang van de kosten bekend was.

De heer geeft aan dat de omvang hiervan pas eind oktober 2018 bekend was.

De voorzitter vraagt waarom niet reeds in april 2018 bij verweerder is gemeld dat deze kosten zich gingen voordoen.

De heer Kamp antwoordt dat een aanvraag zonder concrete bedragen zonder enige twijfel tot een afwijzing zou hebben geleid.

De heer Kamp vraagt of het toegestaan is als hij de niet-vergoede kosten aan zijn cliënt betaalt.

Mevrouw zegt dat dit is toegestaan, maar dat een dergelijke handelwijze wel als een gift, en dus als inkomen gekwalificeerd moet worden. Dit laatste geldt niet als dit bedrag aan reclamant wordt geleend, mits daaraan een concrete aflossingsverplichting wordt verbonden. Zij baseert deze reactie op vaste jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep.

De gers geeft te kennen dat met het bestreden besluit de aanzet wordt gegeven tot problematische schulden.

De voorzitter constateert dat de standpunten van partijen elkaar niet naderen. De voorzitter is van oordeel dat het bezwaarschrift hiermee voldoende is behandeld. Hij zegt dat van deze hoorzitting een verslag wordt opgesteld, waarin het besprokene kort samengevat wordt weergegeven. Hij bedankt de aanwezigen voor hun bijdrage aan de beraadslagingen en hij sluit de zitting. Naar verwachting zal het advies over twee weken aan het college worden uitgebracht.

Vastgesteld op 20 mei 2019.

Commissie bezwaarschriften Goeree-Overflakkee,
secretaris, voorzitter.

J.

MAATWERK

MOET

IN

VORMPJE

IEDEREEN

HETZELFDE

PASSEN

GEMEENTELIJK BELEID ONDER DE LOEP

Een twintigtal gemeenten waarvan het grootste gedeelte een collectieve zorgverzekering heeft voor de minima.
Hoe ziet zo'n verzekering eruit? Wat doet dat met het beleid Bijzondere Bijstand? Hoe wordt het gecommuniceerd naar de burger?

Gemeente	Collectieve ZV	Pakketkeu-ze?	Dekking Tandarts	Eigen risico meeverze-kerd?	Kosten per maand
Goeree Overflakkee	Ja, via CZ	Nee	570	Nee	143
Zwolle	Ja, via Salland ZV	Ja	500	Ja	163
Doesburg	Ja, via Menzis	Ja	250 maar aanpasbaar	Ja	148
Tilburg	Ja, via VGZ en CZ	Ja	570 via CZ	Ja, via VGZ	139
Capelle ad IJssel	Ja, via VGZ	Nee	500	Ja	160
Stadskanaal	Ja, via Menzis	Ja	250 maar aanpasbaar	Ja	160
Amstelveen	Ja, via Zorg en Zekerheid	Ja	500	Nee	151
Heerlen	Ja, via VGZ	Nee	400	Ja	172
Raalte	Ja, via Salland ZV	Ja	500	Ja	143
Alkmaar	Ja, via Univé	Ja	500	Ja	149
Waadhoeke	Ja, via De Fries-land	Nee	500	Nee	141
Delft	Ja, via DSW	Ja	Geen vast bedrag *	Nee	133
Amsterdam	Ja, via Zilveren Kruis	Ja	500	Nee	153
Bergen op Zoom	Ja, via VGZ	Ja	500	Ja	147
Montferland	Ja, via Menzis	Ja	250 maar aanpasbaar	Ja	163
Dronten	Ja, via De Fries-land	Nee	500	Nee	136
Urk	Nee				
Breda	Ja, via CZ	Nee	570	Nee	140
Oude IJssel-streek	Ja, via Menzis	Ja	500	Nee	150
Delfzijl	Ja, via Menzis	Ja	250 maar aanpasbaar	Nee	163

*Volgens de website DSW lijken de tandartskosten 100% gedekt te zijn voor een gecontracteerde zorgverlener met uitzondering van een flink aantal codes. Ondoorzichtige constructie.....

Verordening bijzondere bijstand en de communicatie

De rijksoverheid over de bijzondere bijstand en ik citeer van de website:

"Wanneer heb ik recht op bijzondere bijstand?
Bijzondere bijstand is een uitkering waarmee u extra en bijzondere kosten kunt betalen. De gemeente bepaalt of u hier recht op heeft. Hierbij kijkt de gemeente naar uw individuele omstandigheden en financiële situatie.

Voorwaarden bijzondere bijstand
U heeft mogelijk recht op bijzondere bijstand als u onder andere voldoet aan de volgende voorwaarden:

U woont en verblijft rechtmatig in Nederland.
U heeft onvoldoende inkomen en vermogen om de kosten zelf te betalen.
U bent 18 jaar of ouder.
Uw kosten moeten aantoonbaar, onvoorzien en noodzakelijk zijn.
U heeft kosten door bijzondere of dringende omstandigheden.
De kosten kunnen niet op een andere manier vergoed worden.

Gift of geldlening
Uw gemeente beoordeelt of u de bijzondere bijstand als gift of als lening krijgt."

Dit lijkt me een vrij duidelijk verhaal maar kennelijk is dit voor gemeenten toch nog erg moeilijk in de uitvoering. Het zal wel met geld te maken hebben…

In mijn zoektocht naar verordeningen en beleidsregels loop ik een paar keer vast. Van een enkele gemeente is helemaal niets te vinden omtrent beleid bijzondere bijstand. Andere gemeenten hebben de bijzondere bijstand ondergebracht in algemene regelingen betreffende de Participatiewet. Via gemeentelijke websites stuit je hooguit op beleidsregels omtrent dakkapellen o.i.d. maar het sociaal domein is goed verstopt. De burger moet niet aangemoedigd worden aanspraak te maken op regelingen vanuit het sociaal domein. Het zal wel met geld te maken hebben.

Goeree-Overflakkee
Een citaat uit de verordening:

"De Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg zijn toereikende en passende voorliggende voorzieningen voor medische kosten op grond waarvan deze kosten niet voor bijzondere bijstand in aanmerking komen."

De inwoners met een laag inkomen worden daarnaast ook verplicht gebruik te maken van de collectieve zorgverzekering die de gemeente heeft samengesteld. Er zijn slechts enkele uitzonderingen voor elders verzekerden dat zij toch in aanmerking zouden kunnen komen voor bijzondere bijstand.

Capelle aan den IJssel, IJsselgemeenten.

De eerste vraag is of de inhoud van de verordening overeenkomt met de tekst op de website. Dat lijkt het geval. Quote uit de verordening:

"Alleen noodzakelijke kosten komen voor vergoeding in aanmerking. Dat wil zeggen dat voor de kosten een zo voordelig mogelijke, adequate voorziening moet worden getroffen. Van een wasmachine zal niemand zeggen dat die niet noodzakelijk is omdat het alternatief, een wasbord en een tobbe heet water, niet meer van deze tijd is.

Maar dat geldt weer niet voor een afwasmachine; hier voldoen borstel en teiltje nog steeds. De vraag is bovendien of de aanschaf van een op zich noodzakelijk goed onvermijdelijk is. Soms kan de aanschaf worden uitgesteld tot het moment dat de aanvrager zelf in het gevraagde kan voorzien. Ook dat dient in alle redelijkheid beoordeeld te worden.

Voorliggende voorzieningen

Bij de beoordeling van het recht op bijzondere bijstand wordt rekening gehouden met voorliggende voorzieningen. Hieronder wordt verstaan: elke voorziening buiten de wet 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.

Er wordt geen bijstand verstrekt in de volgende gevallen:

er is een voorliggende voorziening die passend en toereikend is;

de kosten waarvoor bijstand wordt gevraagd worden door de voorliggende voorziening als niet noodzakelijk beschouwd.

Wanneer de bijzonder noodzakelijke kosten door een voorliggende voorziening gedeeltelijk worden vergoed, is het recht op bijzondere bijstand voor het niet vergoede deel van de kosten afhankelijk van de reden waarom de voorliggende voorziening tot slechts gedeeltelijke vergoeding is overgegaan.

Wanneer de reden van gedeeltelijke vergoeding enkel budgettaire gronden heeft, kunnen de niet vergoede kosten voor bijzondere bijstand in aanmerking komen, voor zover de kosten betrekking hebben op de meest goedkope passende en toereikende oplossing."

Met betrekking tot tandartskosten zijn er twee zinnen die akelig roet in het eten kunnen gooien:

"Er wordt geen bijstand verstrekt in de volgende gevallen:

er is een voorliggende voorziening die passend en toereikend is;

de kosten waarvoor bijstand wordt gevraagd worden door de voorliggende voorziening als niet noodzakelijk beschouwd."

De wetgever heeft, jaren geleden, bedacht dat de tandarts niet meer als noodzakelijk beschouwd hoeft te worden. Daarnaast wordt de zorgverzekering als passend en toereikend gezien, ook als deze de kosten niet vergoedt.

In het volgende stukje wordt ingegaan op de reden van niet vergoeden. Als we de case van meneer H. erbij pakken, was de reden van niet vergoeden een niet gecontracteerde zorgverlener dus 25% van de kosten worden niet vergoed. Als we dit gegeven projecteren op de collectieve zorgverzekering die de gemeente heeft samengesteld waarbij niet gecontracteerde zorgverleners niet volledig vergoed worden, zou je kunnen concluderen dat de bijzondere bijstand voor deze kosten in aanmerking komt. In ieder geval word je niet verplicht deel te nemen aan de collectieve zorgverzekering. Deze verordening biedt goede hoop op bijzondere bijstand voor niet vergoede zorgkosten; "*er is een voorliggende voorziening die passend en toereikend is".*
Dat is dus iets anders dan geacht wordt passend en toereikend te zijn.

Heerlen

De gemeente vindt in ieder geval de vergoedingen aanvullende verzekering van hun collectieve zorgverzekering maatgevend. Zij sluit dan ook burgers die niet aangesloten zijn bij deze dure verzekering en van hun eigen verzekering minder vergoed krijgen, uit van bijzondere bijstand. Gezien de tamelijk zielige vergoedingen van de collectieve aanvullende verzekering, acht ik de kans groot dat mensen bij andere zorgverzekeraars meer vergoed krijgen. Dat heeft de gemeente slim bekeken.

Na wat zoekwerk uiteindelijk gestuit op wat beleidsregels, de website was verder niet erg duidelijk over waarvoor kan men bijzondere bijstand aanvragen. De beleidsregels zijn redelijk leesbaar en zegt over medische kosten het volgende:

"1. Bij medische kosten wordt uitgegaan van de vergoeding die op grond van de gemeentelijke collectieve zorgverzekering mogelijk is. De gemeentelijke collectieve zorgverzekering wordt in zoverre dan ook als voorliggende voorziening aangemerkt.

2. Als de gemeentelijke collectieve zorgverzekering bepaalde medische kosten niet (geheel) dekt, is bijzondere bijstand mogelijk als er sprake is van een medische noodzaak en bijzondere (medische) omstandigheden."

Wie bepaalt wat noodzakelijk en bijzonder is? De cliënt, de zorgverlener, de zorgverzekering, de ambtenaar?

De gemeente Heerlen houdt er blijkbaar verschillende beleidsstukken op na. Via de website http://decentrale.regelgeving.overheid.nl/cvdr/xhtmloutput/Historie/Heerlen/CVDR604036/CVDR604036_1.html

"*Artikel 6 Medische kosten*

Lid 1

Hiermee wordt bedoeld dat de mogelijke vergoeding op grond van de collectieve ziektekostenverzekering leidend is. We verstrekken geen bijzondere bijstand als de collectieve ziektekostenverzekeraar een volledige vergoeding voor de kosten kent, zulks ongeacht of mensen al dan niet deelnemen aan de collectieve ziektekostenverzekering of bij een andere ziektekostenverzekeraar verzekerd zijn. Als iemand bijvoorbeeld bij CZ verzekerd is en deze verzekeraar kent een lagere vergoeding, dan wordt voor het verschil geen bijzondere bijstand verleend.

Lid 3

De collectieve ziektekostenverzekeraar vergoedt niet alles (volledig). In dat geval wijzen we niet zondermeer af. De Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) gelden als voorliggende, toereikende en passende voorziening. We voeren bovenwettelijk begunstigend beleid, gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

- *we gaan uit van de vergoeding van de collectieve ziektekostenverzekering;*
- *het moet gaan om reguliere geneeskunde c.q. een erkende behandeling;*
- *de kosten moeten in Nederland opkomen;*

- *er moet sprake zijn van een gebruikelijk kostenniveau;*
- *er moet sprake zijn van een aantoonbare medische noodzaak;*

- *de kosten kunnen niet uit eigen inkomen/vermogen betaald worden;*

- *reserveren was niet mogelijk."*

Ik ben benieuwd wat er in Lid 2 staat…. .

In ieder geval houdt Heerlen vast aan de eigen collectieve zorgverzekering als leidraad. Ik vraag me af of dat wel in het belang van de burger is. Het blijkt dat deze collectieve zorgverzekering met als uitvoerder VGZ is samengesteld door 19 Limburgse gemeenten. Gezien de geografische ligging van Limburg en de wachtlijsten in Nederland bij o.a. tandartsen, zou het toch niet vreemd zijn even over de grens naar België of Duitsland te wippen en daar je tanden te laten herstellen. Beetje flauw om dat uit te sluiten van bijzondere bijstand.

Waadhoeke

De gemeente Waadhoeke in Friesland heeft niet de moeite genomen beleidsregels of een verordening op te stellen betreffende de bijzondere bijstand. Men zit kennelijke nog in de fase van de fusie waarin bepaald moet worden wie wat wel en niet mag doen op ambtelijk niveau. De burger doet even niet mee dus mag zelf zijn gebit betalen als de collectieve zorgverzekering het laat afweten.

Delft

Een mooie stad in het westen des lands, heeft een collectieve zorgverzekering geregeld via DSW. Er zijn beleidsregels betreffende de bijzondere bijstand, bedacht in 2014, ingaande per 1 januari 2015 en sindsdien is er niet meer naar gekeken.
http://decentrale.regelgeving.overheid.nl/cvdr/xhtmloutput/Historie/Delft/CVDR466900/CVDR466900_1.html
Een quote:

"Voor de kosten van medische en tandheelkundige behandelingen die niet of niet volledig worden vergoed door een voorliggende voorziening wordt geen bijzondere bijstand verleend. Voor deze kosten biedt de gemeente de mogelijkheid voor deelname aan een collectieve verzekering. Dit wordt door de gemeente aangemerkt als een toereikende en adequate voorliggende voorziening. Hiervoor geldt een aparte beleidsregel.
Bijzondere bijstand kan wel worden verleend indien de betrokkene nog geen gebruik kan maken van deze collectieve verzekering."

Zoek-het-zelf-maar-uit-beleid… Er wordt verwezen naar een aparte beleidsregel betreffende de collectieve zorgverzekering maar deze is helaas onvindbaar. Misschien is men daar nog over aan het vergaderen of men is het domweg vergeten. Jammer.

Montferland

Collectieve zorgverzekering via Menzis maar op haar website niet duidelijk over de bijzondere bijstand. De beleidsregels bieden meer informatie maar of een burger daar nou naar gaat zoeken, waarschijnlijk niet.
Ik pik er een paar bijzonderheden uit:

"De Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz) vergoeden in het algemeen alle noodzakelijke kosten die verband houden met (para)medische behandeling, intensieve

zorg en toezicht. Beide regelingen gelden samen in het kader van de Participatiewet als een voorliggende voorziening die passend en toereikend is. Bijstandsverlening voor deze kosten is daarom in beginsel uitgesloten (CRvB 30 september 2008, nrs. 07/3403 WWB).”

In beginsel uitgesloten. Dat klinkt als deur dicht. Er wordt verwezen naar een gerechtelijke uitspraak, hetgeen een opstapje is naar een volgend hoofdstuk.
Passend en toereikend.. Niet voor tandartskosten.

“Indien in het kader van de Zvw en Wlz op grond van een bewuste beslissing over de noodzakelijkheid van een voorziening 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 die keuze aan te sluiten en komt men ten aanzien van die kosten niet voor bijstandsverlening in aanmerking (TK 2002-2003, 28 870, nr. 3, p. 46 en CRvB 3 juli 2001, nrs. 00/1989 en 00/1993 NABW). Dit betekent in het algemeen dat kostensoorten die niet op grond van de Zvw of Wlz worden vergoed ook niet in aanmerking komen voor bijzondere bijstand krachtens artikel 35 lid 1 Participatiewet.”

Dat zal wel maar er wordt ook verwezen naar een Tweede Kamerstuk, https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-28870-3.html#IDAARDFB waarbij er wordt verwezen naar pagina 46, artikel 14, 15 en 16.
Echter, op pagina 13 van hetzelfde stuk, onder 4.4 Bijzondere bijstand en afschaffen categoriaal beleid, staat het volgende:

“Uitgaande van het maatwerkprincipe past het niet dat Burgemeester en Wethouders bijzondere bijstand verlenen aan personen bij wie niet is vastgesteld of de betreffende kosten in het voorliggende individuele geval ook daadwerkelijk noodzakelijk zijn en of ze daadwerkelijk gemaakt zijn. Er dient dus altijd een toetsing aan de omstandigheden van het individuele geval plaats te vinden.”

Dus beleid maken is leuk maar dat betekent nog steeds dat elke aanvraag bijzondere bijstand heel serieus beoordeeld moet worden en dat er maar niet klakkeloos vanuit gegaan kan worden dat de voorliggende voorziening passend en toereikend is!

Ik hoop dat de gemeente Montferland dit stukje van het kamerstuk ook heeft gelezen…

Breda

Collectieve zorgverzekering via CZ, gebruikt een deel van de bijzondere bijstand om de premie van de verzekering te drukken. Daarmee sluit de gemeente bijzondere bijstand voor bijvoorbeeld klikgebitten die niet volledig vergoed worden, uit.

“Belanghebbenden, als bedoeld in artikel 3, lid 1 tot en met 3 van deze beleidsregels, kunnen op aanvraag deelnemen aan de collectieve ziektekostenverzekering voor minima, het Gemeentepakket Extra.

2.Voor de premie van het aanvullende gedeelte van deze verzekering wordt gedeeltelijk bijzondere bijstand verstrekt.

3.De hoogte van dit bedrag wordt jaarlijks vastgesteld en opgenomen in de gemeentelijke Financiële Uitvoeringsrichtlijnen.

4.Het Gemeentepakket Extra vergoedt alle noodzakelijke medische kosten. Dit gemeentepakket is voor alle medische kosten een voorliggende voorziening.

5.Artikel 9 van deze beleidsregels blijft onverminderd van toepassing."

Een uitzondering wordt er wel gemaakt voor chronisch zieken en mensen met een beperking, als we artikel 9 mogen geloven.

"Voor bijzondere bijstandsverlening komen in principe de volgende (para)medische noodzakelijke kosten in aanmerking, indien de zorgverzekering geen voorliggende voorziening is:
a.de meerkosten van een medisch noodzakelijk dieet;
b.de bijkomende kosten ten behoeve van dialyse bij nierpatiënten tot een maximum bedrag per maand;
c.de ten gevolge van langdurige ziekte of beperking ontstane meerkosten van slijtage van kleding en/of beddengoed en bewassing;
d.de meerkosten van verwarming ten gevolge van een beperking of langdurige ziekte;
e.de meerkosten van medisch noodzakelijk aangepast schoeisel."

Ieder geval kan meneer H. het met zijn tanden wel vergeten in Breda. Geen maatwerk op dat gebied en afgaande op deze beleidsregels lijkt Breda de categoriale bijzondere bijstand te hebben ingevoerd in plaats van afgeschaft, zoals de het reeds aangehaalde kamerstuk wel had verordonneerd; categoriale bijzondere bijstand afschaffen en vervangen door individuele bijzondere bijstand. Per individu bekijken en vaststellen, maatwerk dus.

Dronten

Collectieve zorgverzekering via De Friesland, volgens de website is de bijzondere bijstand in principe niet meer mogelijk voor medische kosten. In principe impliceert toch dat er een klein gaatje zou zijn. De beleidsregels daarentegen zijn heel duidelijk: geen bijzondere bijstand voor medische kosten.

"Richtlijn B 153 - tandheelkundige hulp
Vergoeding van deze kosten vindt plaats vanuit de gemeentepolis (tot een jaarlijks vast te stellen maximum). Meerkosten worden als niet noodzakelijk aangemerkt. De richtlijn moet worden aangepast omdat voor deze kosten geen bijzondere bijstand meer wordt verleend."

Daar zit je dan met een dikke wang vanwege een ontsteking in je kaak en de aanvullende verzekering is al uitgeput..

Amstelveen

Amstelveen is in haar beleidsregels bijzonder bijstand heel kort:

"Artikel 7a. Medische kosten
De regeling vervalt conform raadsbesluit (30-9-2015)."

Hoera. Dit wordt overigens niet zo gecommuniceerd op de gemeentelijke website, de teksten zijn summier maar men zou een poging tot aanvraag bijzondere bijstand kunnen wagen.
Wel heeft de gemeente Amstelveen binnen de collectieve zorgverzekering de moglijkheid geboden voor een eenmalige sanering tot maximaal 1500 euro. Vooraf toestemming van de verzekeraar is wel noodzakelijk. Met het oog op de nieuwe Nederlanders die vaak lang niet bij een tandarts zijn geweest, is dit een slimme zet.

Raalte

In Raalte wordt slechts de collectieve zorgverzekering genoemd in de beleidsregels omtrent de bijzondere bijstand. Niets over bijvoorbeeld tandartskosten. Nu komt dat wel behoorlijk overeen met hetgeen dat deze gemeente op haar website vermeldt. Formuliertje invullen en kijken waar het schip strandt.

Alkmaar

Alkmaar houdt het in haar beleidsregels op in 'principe' worden medische kosten niet vergoed want men kan ervoor verzekeren en dat is passend en toereikend.
Althans, een vergoeding zorgkosten die niet vergoed worden uit de zorgverzekering is niet benoemd. Wel kan men, als men niet wil/kan deelnemen aan de collectieve zorgverzekering vanwege bijvoorbeeld vergoedingen van medicijnen die Univé niet vergoedt, kan men een compensatie voor meerprijs premie andere verzekering aanvragen via de bijzondere bijstand.

Bergen op Zoom

Bergen op Zoom heeft iets vriendelijks in haar beleid bijzondere bijstand opgenomen:

"Voor zover in wettelijk opgelegde eigen bijdragen in het kader van de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 geen tegemoetkoming kan worden verkregen uit een voorliggende voorziening en/of een vergoeding in het kader van een van beide collectieve zorgverzekeringen dan wel een hiermee vergelijkbare verzekering, kan hiervoor bijzondere bijstand worden verstrekt onder de voorwaarde dat de belanghebbende voldoende aanvullend verzekerd is tegen ziektekosten."

In het geval van meneer H. zou het moeite lonen bijzondere bijstand aan te vragen voor het niet vergoede deel van zijn klikgebit. De vraag is wel wat de gemeente bedoeld met voldoende aanvullend verzekerd zijn.

Oude IJsselstreek

Tot slot in dit rijtje, de gemeente Oude IJsselstreek, collectieve zorgverzekering via Menzis, verplicht eigen risico niet meeverzekerd maar daarvoor kun je een gedeeltelijke vergoeding krijgen via de bijzondere bijstand. Kijken we even naar specifiek de tandarts:

"Voor de kosten van een tandheelkundige behandeling dient sinds 1 januari 2006 de Zvw, mede gelet op artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering, in beginsel als een aan de PW voorliggende, toereikende en passende voorziening te worden beschouwd. In gevallen waarin deze zorg, als zijnde niet noodzakelijk, niet tot de prestaties behoren die op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde voor vergoeding in aanmerking komen, kan op grond van artikel 15 lid 1 PW voor deze kosten geen bijzondere bijstand worden verleend (zie CRvB 17-07-2012, ECLI:NL:CRVB:2012:BX1735)."

De gemeente Oude IJsselstreek heeft met betrekking tot de kosten van tandheelkundige hulp buitenwettelijk beleid. Voor de voor eigen rekening blijvende tandartskosten kan bijzondere bijstand worden verleend. Bij het bepalen van de hoogte van de bijzondere bijdrage wordt ervan uitgegaan dat de aanvrager over een aanvullende verzekering tegen tandartskosten beschikt. Als een aanvullende verzekering ontbreekt, zal er in de meeste gevallen sprake zijn van een tekortschietend besef van verantwoordelijkheid.

Er kan dan slechts bijzondere bijstand worden verleend voor dat deel van de kosten dat voor eigen rekening was gebleven, als men wel aanvullend zou zijn verzekerd.
Het maximum jaarbedrag bijzondere bijstand voor tandartskosten bedraagt per volwassene € 350,00 en voor kinderen € 500,00 per kalenderjaar."

Buitenwettelijk beleid, een leuke tool die naar mijn mening te weinig gebruikt wordt en als hij ingezet wordt, is dat meestal op handhaving, afstemming en sanctionering. Maar deze gemeente heeft het begrepen, daarbij komt deze informatie ook goed overeen met wat er op de gemeentelijke website staat. Ik denk dat de burger in Oude IJsselstreek behoorlijk weet waar hij aan toe is wat betreft bijzondere bijstand voor onvoorziene zorgkosten.

Overige gemeenten

Van de gemeenten Doesburg, Tilburg, Waadhoeke, Amsterdam, Urk en Delfzijl is het beleid betreffende bijzondere bijstand onvindbaar, althans voor de samenstellers van dit naslagwerk dus ik ga ervan uit dat het voor de burger ook niet vindbaar is.
Zwolle hangt er tussenin. Gezien de korte lijntje met deze gemeente, kon er eenvoudig rechtstreeks van een uitvoerend ambtenaar de informatie verkregen worden, wel met de mededeling dat het algemene informatie is en dat de uiteindelijke toekenning van bijzondere bijstand per persoon kan verschillen, maatwerk dus.

Van de overige gemeenten hebben we de beleidsregels kunnen vinden waarbij wel de kanttekening gezet moet worden dat de regels bij sommige gemeenten waren verwerkt in een verzamelverordening participatiewet. Dat maakt de leesbaarheid er niet beter op.

Over het algemeen wordt de zorgverzekering als voorliggende voorziening gezien die passend en toereikend is, ook als dat niet zo is, dus geen bijzondere bijstand.
Een positieve uitzondering hierop vormt de gemeente Oude IJsselstreek en ik zou het heel fijn vinden als andere gemeenten dit voorbeeld zouden volgen.

Dan de communicatie naar de burger via de gemeentelijke website: een gemeente die er bijzonder positief uitsprong qua informatievoorziening was de gemeente Stadskanaal. Heel uitgebreide informatie betreffende de bijzondere bijstand. Hulde!
Ook de gemeente Oude IJsselstreek heeft die informatievoorziening behoorlijk op orde.
Bij de overige gemeenten is het huilen. De informatie blijft hangen in algemeenheden, de belofte maatwerk te zullen leveren tenzij het over medische kosten gaat; dan is de zorgverzekeringswet voorliggend. Een andere dooddoener is informatie aanvragen bij de contactpersoon. Gezien de beperkte bereikbaarheid van gemeentelijke sociale diensten,het over het algemeen slecht reageren op e-mail door gemeenten, het moeten invullen van onhandige formuliertjes, is bijzondere bijstand aanvragen een geweldig gedoe.
Kort samen te vatten als ontmoedigingsbeleid.

TOPVERZEKERD, EEN FINANCIËLE ADERLATING

In de onderstaande tabel een overzicht van de zorgverzekeraars waarmee de twintig benoemde gemeenten een collectieve zorgverzekering hebben afgesloten. Ik ga mij maximaal aanvullend verzekeren bij deze zorgverzekeraars en ik kies, waar mogelijk, voor de basisverzekering met vrije artsenkeuze.

Zorgverzekeraar	Basis 100% niet gecontracteerde zorgverleners	Tandartsdekking	Kosten tandarts verzekering	Kosten
CZ	Ja	1.150	37,50	206,10
DSW	Ja	Standaardbehandelingen 100%, overige conform voorwaarden	36,00 totaal aanvullende verzekering	148,00
VGZ	Ja	1.000	39.99	198,88
Zilveren kruis	Ja	1.250	63,75	267,85
Salland	Nee, 90%	1.000	38,00	179,90
De Friesland	Ja	1.000	33,95	212,70
Zorg en Zekerheid	Ja	500	44,89 totaal aanvullende verzekering	167,39
Univé	Ja	1.000	45,95	206,70
Menzis	Ja	750	31,95	198,90

Een toelichting

Alle verzekeraars stellen bij de 100% vergoeding niet gecontracteerde zorgverleners dat alleen het marktconform tarief wordt vergoed. Lager mag natuurlijk altijd, hoger betaal je het bedrag boven het marktconforme tarief zelf. Voor deze basisverzekering betaal je tussen de 112,00 euro (DSW) en 134,00 euro (Zilveren Kruis). Ten opzichte van de basisverzekering die niet gecontracteerde zorgverleners tot 75% vergoeden, kost de 100% basisverzekering gemiddeld 6 euro per maand meer. Voor 72 euro per jaar kan er een hoop ellende voorkomen worden. Gemeenten zouden dit mee moeten nemen in hun overwegingen betreffende de collectieve zorgverzekering voor mensen met een (te) laag inkomen.

De aanvullende verzekering: de verschillen zijn groot. Fysiotherapievergoeding varieert van 12 behandelingen per jaar tot en met complete vergoeding voor alle behandelingen indien met medische indicatie.
Brillen: er zijn verzekeraars die 150 euro per 2 jaar vergoeden, anderen 300 euro per 3 jaar, een volgende stelt dat je toch een dioptrie van -2,25 moet hebben om voor vergoeding in aanmerking te komen. Dan zijn er verzekeraars die deals hebben gesloten met grote spelers in de optiekmarkt zodat je vergoeding bijvoorbeeld verdubbeld wordt. Dat is fijn, een reservebril is geen overbodige luxe maar je moet wel kiezen voor het goedkoopste montuur. Het zal u niet verwonderen dat dat geen topkwaliteit is en dat je mag hopen dat het montuur de twee jaar haalt. Het ziekenfondsbrilletje is terug.
Als je ogen sneller achteruit gaan dan de termijn van de verzekering, heb je pech. Bijzondere bijstand voor een nieuwe bril zit er ook niet in. Een bril cadeau krijgen? Grote kans dat de gemeente het ziet als inkomen. Zit je WSNP (Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen), kun je een betalingsregeling gaan treffen met je bewindvoerder.

Dan de aanvullende tandartsverzekeringen. Geen reden om heel blij te worden. Alle aanvullende verzekeringen zijn nog wel bereid consulten 100% te vergoeden maar zodra er iets extra's moet gebeuren, kun je een rekening verwachten van 20 tot 25%. Een aantal verzekeringen vergoeden nog wel gaatjes vullen, tanden/kiezen trekken en dan krijg je er ook een verdoving bij. Fijn! Wortelkanaalbehandelingen, trek de portemonnee maar. Wel inclusief verdoving, hoera!

Korte samenvatting

Met uitzondering van DSW zijn alle verzekeringen duur, duurder, duurst en voor mensen met een inkomen op bijstandsniveau of net daarboven, niet op te brengen. 15% van je totaalinkomen inclusief toeslagen moeten uitgeven aan de zorgverzekering, dat is teveel, zeker als je ook al 75% van je totaalinkomen kwijt bent aan wonen. Dan verwacht men ook nog dat je 5 tot 10% spaart voor onvoorziene uitgaven zoals een koelkast, wasmachine en een goed onderhouden gebit?
En daarnaast kun je je serieus afvragen waarvoor je premie betaalt. Gemiddeld over alle verzekeraars wordt er per jaar 500 euro tandartspremie betaald voor een maximumvergoeding van 1000 euro gemiddeld terwijl je bij bepaalde behandelingen ook nog eens 20 tot 25% zelf moet betalen.

En dat wordt dan passend en toereikend geacht....

DE WET

De volgende wetsartikelen Participatiewet zijn van toepassing als het gaat om het toekennen van bijzondere bijstand: artikel 35, artikel 15 en 16 van de Participatiewet.

Artikel 35. Individuele en categoriale bijzondere bijstand

1 Onverminderd paragraaf 2.2, heeft de alleenstaande of het gezin recht op bijzondere bijstand voorzover de alleenstaande of het gezin niet beschikt over de middelen om te voorzien in de uit bijzondere omstandigheden voortvloeiende noodzakelijke kosten van het bestaan en deze kosten naar het oordeel van het college niet kunnen worden voldaan uit de bijstandsnorm, de individuele inkomenstoeslag, de individuele studietoeslag, het vermogen en het inkomen voorzover dit meer bedraagt dan de bijstandsnorm, waarbij artikel 31, tweede lid, en artikel 34, tweede lid, niet van toepassing zijn. Het college bepaalt het begin en de duur van de periode waarover het vermogen en het inkomen in aanmerking wordt genomen.

2 Het college kan bijzondere bijstand weigeren, indien de in het eerste lid bedoelde kosten binnen twaalf maanden een bedrag van € 134,00 niet te boven gaan.

3 In afwijking van het eerste lid kan bijzondere bijstand ook aan een persoon worden verleend in de vorm van een collectieve aanvullende zorgverzekering of in de vorm van een tegemoetkoming in de kosten van de premie van een dergelijke verzekering zonder dat wordt nagegaan of ten aanzien van die persoon de kosten van die verzekering of die premie ook daadwerkelijk noodzakelijk zijn of gemaakt zijn.

4 Voor de toepassing van dit artikel wordt onder bijzondere bijstand niet verstaan individuele inkomenstoeslag als bedoeld in artikel 36 en individuele studietoeslag als bedoeld in artikel 36b.

5 Voorzover de gemeente krachtens de Wet op de loonbelasting 1964 inhoudingsplichtige is, wordt de bijzondere bijstand verhoogd met de loonbelasting en premies volksverzekeringen.

Memorie van Toelichting

Artikel 35
TK 2002-2003, 28 870, nr. 3, p. 13-14
Degene die als gevolg van bijzondere individuele omstandigheden wordt geconfronteerd met noodzakelijke bestaanskosten waarin de algemene bijstand niet voorziet en die de aanwezige draagkracht te boven gaan, heeft recht op bijzondere bijstand (eerste lid; zie ook artikel 11, eerste lid). Welke kosten daarvoor in aanmerking komen hangt af van de omstandigheden in het individuele geval en kan dan ook slechts van geval tot geval worden beoordeeld. Het kan hierbij om zeer diverse kostensoorten gaan, temeer daar het recht op bijzondere bijstand, behoudens het gestelde in artikel 15, niet naar kostensoort is begrensd. Bepalend is dat sprake is van kosten die uit bijzondere individuele omstandigheden voortkomen en die in het concrete geval als noodzakelijk moeten worden aangemerkt. Het betreft hier dus bij uitstek een kwestie van maatwerk; een landelijke normering van de bijzondere inkomensaanvulling is niet aan de orde.
Voor de verlening van bijzondere bijstand is het geen vereiste dat men algemene bijstand krachtens deze wet ontvangt. Ook degene die uit een andere bron dan deze wet beschikt over een inkomen dat naar het oordeel van burgemeester en wethouders niet toereikend is ter voorziening in

bepaalde bijzondere noodzakelijke kosten, kan een beroep op bijzondere bijstand doen.
Burgemeester en wethouders hebben in het kader van de bijzondere bijstand volledige vrijheid in de vaststelling van de draagkracht van de belanghebbende. Dit betekent dat zij zelf bepalen welk deel van de middelen bij de vaststelling van de draagkracht in aanmerking wordt genomen. De vrijlatingsbepalingen ex artikel 34 (vermogen) zijn daarom niet verplicht van toepassing op de bijzondere bijstand. Deze wet geeft de gemeenten ook op dit punt dus meer bevoegdheden dan de Abw. Ook de vaststelling van de draagkracht in het inkomen van belanghebbende is een bevoegdheid van gemeenten. Overwegingen die bij de vaststelling van de draagkracht een rol kunnen spelen, betreffen de aard van de kosten waarvoor bijstand wordt gevraagd, eventuele buitengewone lasten van de belanghebbende en overige persoonlijke omstandigheden.

Artikel 15. Voorliggende voorziening

1 Geen recht op bijstand bestaat 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 op bijstand strekt zich evenmin uit tot kosten die in de voorliggende voorziening als niet noodzakelijk worden aangemerkt.

Memorie van Toelichting

Artikel 15
TK 2002-2003, 28 870, nr. 3, p. 46
Inkomensaanvulling op grond van deze wet is niet aan de orde wanneer binnen een voorliggende voorziening (artikel 5, onderdeel f) een bewuste beslissing is genomen over de noodzakelijkheid van een voorziening in het algemeen of in een specifieke situatie. Budgettaire overwegingen om bepaalde kosten niet in de voorliggende voorziening op te nemen of overwegingen ten aanzien van de vaststelling van de reikwijdte van de voorliggende voorziening, vallen hier dus niet onder. Of een voorziening gezien haar aard en doel, passend en toereikend is, is afhankelijk van de omstandigheden en mogelijkheden van het individuele geval, en wordt mede bepaald door hetgeen naar maatschappelijk inzicht aanvaardbaar wordt geacht.

Artikel 16. Zeer dringende redenen

1 Aan een persoon die geen recht op bijstand heeft, kan het college, gelet op alle omstandigheden, in afwijking van deze paragraaf, bijstand verlenen indien zeer dringende redenen daartoe noodzaken.

2 Het eerste lid is niet van toepassing op andere vreemdelingen dan die, bedoeld in artikel 11, tweede en derde lid.

Memorie van Toelichting

Artikel 16
TK 2002-2003, 28 870, nr. 3, p. 46-47
De plaats en functie van deze wet als laatste voorziening in het stelsel van sociale zekerheid brengt enerzijds mee dat deze wet dient open te staan voor een zeer ruime kring van rechthebbenden. Anderzijds betekent dit dat aan de uitsluitingsgronden die voor bepaalde personen gelden geen absoluut karakter kan worden gegeven.

In bijzondere gevallen dient, wanneer zich daartoe zeer dringende redenen voordoen, de mogelijkheid aanwezig te zijn om een persoon, die geen recht op bijstand heeft, toch financieel bij te staan.
Dit artikel geeft de bevoegdheid daartoe aan burgemeester en wethouders. Uitsluitend vanwege het feit dat het de belanghebbende ontbreekt aan de noodzakelijke middelen om in het bestaan te voorzien, kan nog niet worden gesproken van zeer dringende redenen zoals in het artikel bedoeld. Vast dient te staan dat sprake is van een acute noodsituatie en dat de behoeftige omstandigheden waarin de belanghebbende verkeert op geen enkele andere wijze zijn te verhelpen, zodat het verlenen van bijstand volstrekt onvermijdelijk is.
Met dit artikel is dus niet beoogd een algemene ontsnappingsclausule te bieden ten aanzien van de toepassing van uitsluitingsgronden. Bij toepassing van dit artikel kan zowel sprake zijn van de verlening van algemene als van bijzondere bijstand.

WAT VINDT DE RECHTER

Wat betreft artikel 15 PW, een regelmatig gebruikte tekst in gerechtelijke uitspraken:

"Naar vaste rechtspraak (uitspraak van 17 november 2009, ECLI:NL:CRVB:2009:BK4230) dient voor de kosten van een tandheelkundige behandeling sinds 1 januari 2006 de Zorgverzekeringswet (Zvw), mede gelet op artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering, in beginsel als een aan de WWB voorliggende, toereikende en passende voorziening te worden beschouwd. Nu de onderhavige zorg, als zijnde niet noodzakelijk, niet tot de prestaties behoort die op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde voor vergoeding in aanmerking komen, staat het bepaalde in artikel 15, eerste lid, tweede volzin, van de WWB aan verlening van bijzondere bijstand in de weg. Eveneens volgens vaste rechtspraak (uitspraak van 18 januari 2011, ECLI:NL:CRVB:2011:BP2290) doet aan het voorgaande niet af dat de kosten door de zorgverzekeraar niet (volledig) worden vergoed."

Voor WWB kan men nu lezen PW.

Een veel geziene tekst betreffende artikel 16 PW is de volgende:

"Artikel 16, eerste lid, van de WWB biedt de mogelijkheid om in afwijking van artikel 15, eerste lid, van de WWB in bedoelde kosten bijstand te verlenen indien, gelet op alle omstandigheden, zeer dringende redenen daartoe noodzaken. Volgens vaste rechtspraak (uitspraak van 1 december 2009, ECLI:NL:CRVB:2009:BK6576) dient daarvoor vast te staan dat sprake is van een acute noodsituatie en dat de behoeftige omstandigheden waarin de betrokkene verkeert op geen enkele andere wijze zijn te verhelpen zodat het verlenen van bijstand onvermijdelijk is. Een acute noodsituatie is aan de orde als de situatie levensbedreigend is of blijvend ernstig psychisch of lichamelijk letsel of invaliditeit tot gevolg kan hebben."

Ondraaglijke pijnen worden niet gezien als dringende reden omdat deze niet objectief medisch vast te stellen zouden zijn. Pijn is dus kennelijk iets subjectiefs. Een ieder die ooit eens een abces in de kaak heeft gehad of flinke kiespijn, weet hoeveel pijn dit doet en zal zichzelf als een acute noodsituatie beschouwen. De tandarts overigens ook, met name een abces kan voor flinke problemen elders in het lichaam, zoals het hart, zorgen.

Een citaat, kenmerkend voor hoe er tegen tandheelkunde aangekeken wordt:
"De rechtbank is terecht tot het oordeel gekomen dat wat appellant heeft aangevoerd geen zeer dringende reden vormt als bedoeld in artikel 16, eerste lid, van de WWB. Weliswaar blijkt uit de door appellant overgelegde brief van [naam tandzorg] van 14 mei 2013 dat bij hem een parodontitisprobleem is geconstateerd en dat de prognose zonder behandeling niet goed is, waarbij zelfs de kans bestaat dat door de jaren heen het gebit los zal raken, maar dit levert geen acute noodsituatie op. Ter zitting heeft appellant verklaard dat hij al jaren depressief en suïcidaal is en dat dit erger zal worden als hij zijn tanden verliest."
Bron: ECLI:NL:CRVB:2015:2978

Kennelijk valt het niet meer kunnen gebruiken van het gebit niet onder invaliditeit. Kennelijk zijn de psychische gevolgen van hebben van een slecht gebit en hier, om financiële redenen, niks aan kunnen laten doen, ook niet ernstig genoeg.

ENKELE FEITEN...

De voorliggende voorziening die passend en toereikend zou moeten zijn. De wetgever en de lokale bestuurders moeten maar eens goed gaan nadenken of de zorgverzekeringswet eigenlijk wel passend en toereikend is, gezien het aantal juridische gevechten dat burgers toch aangaan op het moment dat hun gezondheid en dus welzijn in het geding is.

Een feitenlijstje

- De collectieve zorgverzekering, bepaald en afgesloten door de gemeente die voor de uitvoering een zorgverzekeraar kiest, wordt in z'n algemeenheid gezien als passend, toereikend en voorliggend. Hoe slecht de dekking ook zou kunnen zijn, ongeacht of een bijstandsgerechtigde een dergelijke hoge premie voor de meest uitgebreide versie (indien er een keuzemogelijkheid is) van een collectieve zorgverzekering wel zou kunnen betalen.
- Minima die niet deelnemen aan de gemeentelijke collectieve zorgverzekering zijn bijna altijd uitgesloten van bijzondere bijstand voor medische kosten; had je maar in de collectieve moeten gaan zitten, is dan de redenatie. Dat je een andere zorgverzekeraar hebt, komt voor eigen rekening en risico.
- Minima die wel in de collectieve zorgverzekering zitten, komen ook bijna nooit in aanmerking voor bijzondere bijstand betreffende medische kosten; de collectieve zorgverzekering wordt geacht passend en toereikend te zijn voor betrokkene.
- Gemeenten kiezen niet voor de basisverzekering waarbij de niet gecontracteerde zorgverlener 100% wordt vergoed. Het verschil in premie is gemiddeld zo'n 5 euro per maand. De deelnemers aan de collectieve zorgverzekering via de gemeente kunnen nooit kiezen voor deze uitgebreide basisverzekering.
- Vrije artsenkeuze bestaat niet voor minima.
- Uit gesprekken met diverse tandartsen is gebleken dat zo'n 90 tot 95% van de tandartsen geen contract afsluit met welke zorgverzekering dan ook. De redenen die hiervoor worden opgegeven; te veel gedoe, onnodige administratie, geen zin in gezeur van zorgverzekeraars, autonoom willen blijven.
- De vergoeding uit de aanvullende tandartsverzekering is vaak niet toereikend. Wortelkanaalbehandeling van twee kiezen en je vergoeding is al op. Dan heb je er nog geen verdoving bij.

Het bovenstaande in aanmerking genomen, zet het volgende citaat uit de memorie van toelichting in een ander daglicht. Een stukje van de memorie van toelichting die door rechters vrijwel altijd genegeerd wordt.

"Of een voorziening gezien haar aard en doel, passend en toereikend is, is afhankelijk van de omstandigheden en mogelijkheden van het individuele geval, en wordt mede bepaald door hetgeen naar maatschappelijk inzicht aanvaardbaar wordt geacht."

Maatwerk dus!!
Een collectieve zorgverzekering waarbij de betrokkene geen keuzevrijheid heeft, kan onmogelijk aangemerkt worden als maatwerk.

Dringende reden

Een kort citaat uit de memorie van toelichting waar ergens in de beginjaren van de nieuwe eeuw een rechter bij het CRvB invulling aan heeft gegeven. Voor het gemak nemen andere rechters dat maar over want het is toch het hoogste orgaan betreffende het bestuursrecht. Dat staat een andere beoordeling in individuele cases in de weg en is maatwerk niet toch niet mogelijk.

"Vast dient te staan dat sprake is van een acute noodsituatie en dat de behoeftige omstandigheden waarin de belanghebbende verkeert op geen enkele andere wijze zijn te verhelpen, zodat het verlenen van bijstand volstrekt onvermijdelijk is."

De toevoeging van een rechter bij het CRvB:
"Een acute noodsituatie is aan de orde als de situatie levensbedreigend is of blijvend ernstig psychisch of lichamelijk letsel of invaliditeit tot gevolg kan hebben."

De vraag is of de wetgever inderdaad dit bedoeld heeft met de definitie van een acute noodsituatie. Een normaal denkend mens, ook minima, denkt bij een acute noodsituatie aan het redden van eigen 'haggie' en het 'haggie'' van naasten, niet aan bijzondere bijstand.

IN CASE OF EMERGENCY

VRAAG EERST BIJZONDERE BIJSTAND AAN VOORDAT JE 112 BELT

STOF TOT NADENKEN..

Dan is er nog een interessant artikel in de Participatiewet: Artikel 18 lid 4 sub g: "Het college verlaagt in ieder geval de bijstand overeenkomstig het vijfde, zesde, zevende of achtste lid ter zake van het niet nakomen door de belanghebbende van de volgende verplichtingen: het naar vermogen verkrijgen, het aanvaarden of het behouden van algemeen geaccepteerde arbeid niet belemmeren door kleding, gebrek aan persoonlijke verzorging of gedrag."

Persoonlijke verzorging.. Zoals al benoemd, een rottend gebit vinden we niet verzorgd.

De maatregelen zijn niet mals, artikel 15 lid, 5, 6, 7 en 8
"5 Indien de belanghebbende een verplichting als bedoeld in het vierde lid niet nakomt, verlaagt het college de bijstand met 100% voor een bij de verordening, bedoeld in artikel 8, eerste lid, onderdeel a, vastgestelde periode van ten minste een maand en ten hoogste drie maanden. De verordening, bedoeld in artikel 8, eerste lid, onderdeel a, kan tevens bepalen dat het bedrag van de verlaging wordt verrekend over de maand van oplegging van de maatregel en ten hoogste de twee volgende maanden, waarbij over de eerste maand ten minste 1/3 van het bedrag van de verlaging wordt verrekend.

6 Indien de belanghebbende een verplichting als bedoeld in het vierde lid niet nakomt binnen twaalf maanden nadat het vijfde lid toepassing heeft gevonden, verlaagt het college, in afwijking van het vijfde lid, de bijstand met 100% voor een bij de verordening, bedoeld in artikel 8, eerste lid, onderdeel a, vastgestelde periode die in ieder geval langer is dan de op grond van het vijfde lid vastgestelde periode van verlaging en ten hoogste drie maanden.

7 Indien de belanghebbende een verplichting als bedoeld in het vierde lid niet nakomt binnen twaalf maanden nadat het zesde lid toepassing heeft gevonden, verlaagt het college, in afwijking van het vijfde en zesde lid, de bijstand met 100% voor een periode van drie maanden.

8 Indien de belanghebbende een verplichting als bedoeld in het vierde lid niet nakomt binnen twaalf maanden nadat het zevende lid toepassing heeft gevonden, verlaagt het college, in afwijking van het vijfde, zesde en zevende lid, telkens de bijstand met 100% voor een periode van drie maanden."

De vraag die nu rijst is in hoeverre kan een bijstandsgerechtigde gekort worden op de uitkering als hij geen geld heeft voor het renoveren van zijn gebit en de zorgverzekeraar er niet in voorziet?

Memorie van toelichting

Artikel 18 Afstemming
Het individualiseringsbeginsel staat centraal in deze wet. Dit beginsel stoelt op verschillende uitgangspunten, die op verschillende plaatsen in de wet tot uitdrukking komen. Burgemeester en wethouders moeten de bijstand en de daaraan verbonden verplichtingen afstemmen op de omstandigheden,

mogelijkheden en middelen van de belanghebbende of het gezin.
Dit artikel komt in de plaats van het boeten- en maatregelenbeleid in de Abw.
Het opleggen van een boete of maatregel wordt vervangen door een aanpassing van de uitkering. Wanneer burgemeester en wethouders constateren dat de belanghebbende zich niet aan de uit deze wet voortvloeiende verplichtingen (inclusief die aan hem door burgemeester en wethouders in de beschikking zijn opgelegd) houdt of anderszins onvol- doende besef van verantwoordelijkheid toont, zijn zij gehouden de bijstand te verlagen.
Helaas geen extra toelichting op artikel 18 lid 4..

Nadere verplichtingen

De wetgever heeft daarin voorzien in de vorm van artikel 55 PW:
"Naast de verplichtingen die ingevolge hoofdstuk 2 in elk geval aan de bijstand verbonden zijn, dan wel daaraan door het college verbonden worden, kan het college vanaf de dag van melding als bedoeld in artikel 44, tweede lid, verplichtingen opleggen die strekken tot arbeidsinschakeling, dan wel die verband houden met aard en doel van een bepaalde vorm van bijstand of die strekken tot zijn vermindering of beëindiging. Een verplichting kan, op advies van een arts, inhouden het zich onderwerpen aan een noodzakelijke behandeling van medische aard."

Memorie van Toelichting

Artikel 55 Nadere verplichtingen
Dit artikel geeft burgemeester en wethouders de bevoegdheid om, naast de verplichtingen die op grond van hoofdstuk 2 aan het recht op bijstand verbonden zijn of kunnen worden, vanaf de dag van melding aan de belanghebbende bepaalde andere verplichtingen op te leggen die strekken tot arbeidsinschakeling, dan wel verband houden met aard en doel van een bepaalde vorm van bijstand of strekken tot vermindering of te beëindiging van de bijstand. Het opleggen van deze nadere verplichtingen kan bijvoorbeeld aan de orde zijn wanneer in de persoon gelegen problemen aan arbeidsinschakeling in de weg staan, zoals bij psychische moeilijkheden of verslavingsproblemen. Een actieve, zo nodig bemiddelende opstelling van burgemeester en wethouders om dergelijke factoren, door inschakeling van professionele hulp, weg te nemen is alsdan zeer gewenst. Burgemeester en wethouders kunnen, indien zij dit noodzakelijk achten voor het herstel van de zelfstandige bestaansvoorziening van belanghebbende, aan de bijstand de verplichting verbinden dat belanghebbende een medische behandeling ondergaat dan wel enigerlei andere vorm van professionele hulpverlening die naar zijn aard met een medische behandeling kan worden vergeleken. De zorgvuldigheid vergt dat burgemeester en wethouders, alvorens een dergelijke verplichting op te leggen, het deskundig advies inwinnen van een arts.

Op grond van deze artikelen ben je dus verplicht een lening of afbetalingsregeling te treffen, je in de schulden te steken dus. Maar hoe zit dat dan bij mensen die in de WSNP zitten of in een minnelijk traject?

WSNP (WET SCHULDSANERING NATUURLIJKE PERSONEN)

Van de WSNP is bekend dat het niet nakomen van de verplichtingen zoals een betaalde baan vinden en geen nieuwe schulden maken, het traject voortijdig kan beëindigen of dat er niet afgesloten wordt met een schone lei. Het aangaan van een lening voor tandartskosten mag dus ook niet.
Uit diverse uitspraken blijkt dat het hebben van schulden geen dringende reden conform artikel 16 PW is. Een lichtpuntje is dat een enkele rechter de bijzondere omstandigheden conform artikel 35 PW aanvoert tot een uitspraak te komen waarbij het college een nieuw besluit dient te nemen betreffende de aanvraag bijzondere bijstand. Onder bijzondere omstandigheden kan de voorwaarde Geen Nieuwe Schulden Maken geschaard worden, ook als de betrokkene in een minnelijk traject zit.

De gift

Een gift, ook al is deze geoormerkt, zal door het overgrote deel van de gemeenten gezien worden als inkomen. In ieder geval denkt de gemeente Goeree-Overflakkee er zo over. Dat betekent dat de gift verrekend wordt met de uitkering en dus niet besteed kan worden aan hetgeen de gift voor bedoeld is. De gift mag wel gegeven worden als lening maar dat schiet natuurlijk niet op als je inkomen toch al te laag is om van te reserveren voor grote uitgaven. En ook als je in de WSNP zit, kan deze optie niet. Een bewindvoerder kan de gift inpikken om andere schulden mee af te betalen.

Kosten voorgeschoten door een derde

Stel, het is vrijdagavond, vreselijke kiespijn, je eigen tandarts is niet bereikbaar en de dienstdoende tandarts wil dat je direct betaalt. Je buurman is lief en schiet deze kosten voor. Vervolgens wend je je tot de gemeente voor bijzondere bijstand want je voorliggende voorziening in de vorm van de zorgverzekering is reeds uitgeput. Grote kans dat de gemeente de bijzondere bijstand afwijst want ‘de kosten zijn toch al gemaakt en betaald’. Regel het maar met de buurman.

DE TANDARTS, MEER DAN EEN 'COSMETISCH CHIRURG'

Je glimlach is je visitekaartje, roepen jobcoaches, sollicitatietrainers, recruiters en vergelijkbare beroepen die zich bezighouden met mensen aan een baan helpen. Een stel zwart/bruine grafzerkjes in de mond, dat draagt niet bij aan een stralende glimlach. Een stukje spinazie tussen de tanden is al not done. Een witte Prodent-lach, dat willen we allemaal. Van een lelijk gebit worden mensen onzeker.

De Participatiewet vindt dat je zo snel mogelijk aan het werk moet als je dat kunt. Daartoe heeft de wetgever bepaald dat een slecht verzorgd uiterlijk niet bijdraagt aan het vinden van een baan dus daar dien je als bijstandsgerechtigde iets aan te doen. Uit die vale uitgelubberde joggingbroek, hijs de kont in een keurige broek, net overhemd aan en haren kammen! Voor de dames; bijvoorkeur hooggehakt, kortgerokt en mascara op doen.

Artikel 18 lid 4 sub g Participatiewet gaat nog niet zo ver dat er wordt beschreven wat een verzorgd uiterlijk nou precies is. In ieder geval weten we wel dat we mensen met een slecht uitziend gebit niet verzorgd vinden. Werkgevers denken dus ook zo.

Meestal ruikt het ook niet fris, zo'n gebit…

De vraag die dan opkomt is hoe verhoudt zich het slecht onderhouden gebit door gebrek aan financiële middelen en tandartskosten die niet vergoed worden door de zorgverzekering tot de strafmaatregelen die de gemeente kan nemen als de bijstandsgerechtigde door een onverzorgd uiterlijk de kans op een baan verspeelt? Kort gezegd: is er wettelijke grondslag een bijstandsgerechtigde met een slecht gebit, dus onverzorgd uiterlijk, te korten op z'n uitkering?

Ons gebit is veel meer dan alleen een onderdeel van ons uiterlijk. Het is ons gereedschap om voedsel klein te krijgen zodat we het kunnen verteren en omzetten in de broodnodige energie die we nodig hebben om onze taken te kunnen doen. Je eten in grote brokken door je keel wringen of alles pureren, van beide opties word je niet blij. Maar iedereen die weleens kiespijn heeft gehad, weet hoe beroerd je daarvan kunt zijn. Niet kunnen eten, een kloppende kies die zich niet meer laat verdoven met pijnstillers, het doet ons welzijn geen goed. En stel je dan eens voor dat je hele kaak pijn doet…

Wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat aandoeningen aan ons spijsverteringsstelsel veroorzaakt kunnen worden door een slecht gebit. Ook hartproblemen kunnen een direct gevolg zijn van ontstekingen rondom het gebit.
Een automatische conclusie is dan dat een gaaf gebit zonder cariës, ontstekingen en andere rottingsverschijnselen kan bijdragen aan een goede gezondheid. Een van de voorwaarden; goed onderhoud! Braaf poetsen is een ding, een ander ding heet tandarts en mondhygiëniste. Minstens twee keer per jaar toch wel een van de twee bezoeken. Mocht er dan iets mis zijn met je tanden en/of kiezen, zal het relatief weinig kosten dit te repareren. Uitzonderingen zoals erfelijk tandbederf en tandbederf door ziekte en/of medicijngebruik daargelaten.
Bronnen: Medical news today, Ivoren Kruis, Harvard Medical School, Academy of Periodontology

Sinds 2006 wordt de tandarts niet meer vergoed in de basisverzekering van de zorgverzekeraar. De reden is kennelijk dat het niet noodzakelijk zou zijn. De tandarts is noodzakelijk en hij verdient het volledig vergoed te worden door de verzekering.

Dat is te duur, kost 1,2 miljard, hoor ik de minister van Volksgezondheid al mompelen. Heeft de minister wellicht ook eens doorgerekend wat die onverzorgde gebitten kosten? Mensen die niet meer aan de slag geraken, en dus ook geen inkomsten voor de overheid genereren.

Mensen die ziek zijn geworden door hun slechte gebit en daarvoor dure behandelingen moeten ondergaan?
Hoeveel mensen zitten er in de ziektewet, zijn zelfs arbeidsongeschikt geworden door hun slechte gebit? Het lijkt mij een uitgebreid onderzoek waard.

Orthodontie is ook meer dan alleen een cosmetisch verhaal.
Natuurlijk, we willen onze tanden netjes op een rijtje hebben staan want dan vinden we mooier. Maar schots en scheve tanden hebben een veel belangrijker nadeel dan alleen het cosmetische. Als de tanden en kiezen niet goed staan, kan een negatieve invloed hebben op de snij- en kauwfunctie, leiden tot problemen met de kaakgewrichten, leiden tot cariës tussen de tanden omdat reiniging met de tandenborstel en flosdraad niet te doen is. Het niet reguleren van het gebit kan dus tot gevolg hebben dat er op latere leeftijd alsnog geklooid moet worden met beugels en in ernstige gevallen zelfs nog dat er een operatie door de kaakchirurg aan te pas moet komen om iemand weer te laten functioneren. Dit alles kan voorkomen worden door op jonge leeftijd de gebitsafwijkingen te corrigeren. Wachtlijsten en wachttijden, ingesteld door de zorgverzekeraar, zijn daarbij beslist niet wenselijk.

Een aantal verzekeraars vergoedt tot 2.000 euro maar dan dien je wel minstens een jaar de meest uitgebreide tandartsverzekering te nemen voordat je je kinderen door de orthondontist in de steigers kunt laten zetten. Orthodontie boven de 18 jaar: maximaal 750 euro. Dat wordt een eenvoudig beugeltje of flink in de buidel tasten.

Orthodontie is niet goedkoop maar kan op termijn een hoop leed en daarmee ook geld besparen.

CONCLUSIE EN MOGELIJKE OPLOSSINGEN

Dit is natuurlijk niet een heel uitgebreid onderzoek maar toch denken we dat we een aardig beeld hebben kunnen schetsen hoe het geregeld is in Nederland voor de absolute minima wat betreft het welzijn.
De verschillen tussen de gemeenten zijn groot te noemen. Ten eerste al in de premie. Dit verschil is toe te schrijven aan hoeveel een gemeente bereid is bij te dragen aan de premie vanuit de bijzondere bijstand.

Dan zijn er ook grote verschillen is keuze van pakketten. Er zijn gemeenten die helemaal geen keuzevrijheid bieden en anderen die dat kennelijk beter hebben geregeld met de zorgverzekeraars.

Er zijn ook overeenkomsten. Geen van de gemeenten heeft gekozen voor een basisverzekering die toch 100% dekking geeft bij niet gecontracteerde zorgverleners. En dan te bedenken dat zo'n basisverzekering slechts 5 tot 10 euro per maand meer kost om onaangebame verrassingen te voorkomen. Onaangename verrassingen die vorstelijk in de papieren kunnen lopen en voor een huishouden op het sociaal minimum niet op te brengen zijn. Hierdoor kunnen problematische schulden ontstaan!

Passend en toereikend

Hier gaat de wetgever de mist in. Er is besloten dat de zorgverzekeringswet passend en toereikend is maar dat is deze niet, gezien de problemen die er ontstaan.
Daarnaast heeft de wetgever besloten dat zorg die is ondergebracht in de aanvullende verzekering in wezen niet noodzakelijk is. Dus de tandarts is blijkbaar niet noodzakelijk, ondanks de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek naar de gevolgen van een slecht gebit; desastreus voor het goed functioneren van het menselijk lichaam.

We zijn uitgegaan van de tandarts maar het is van toepassing op alle vormen van zorg waarvan besloten is dat het niet noodzakelijk is zoals brillen, gehoorapparaten en fysiotherapie terwijl een bril echt noodzakelijk is als je een dioptrie hebt vanaf -1 of +1, danwel een cylindrische oogafwijking hebt.
De fysiotherapeut helpt je weer op de been bij mechanisch lichamelijke problemen of houdt je op de been wanneer het chronisch is.
Hoe wil je kunnen voldoen aan de eis aan het werk te komen dan wel behouden van werk als je de financiële middelen ontbreken om jezelf van de nodige medische hulp te voorzien en de wetgever heeft besloten dat de hulp die jij nodig hebt, niet noodzakelijk is?

De collectieve zorgverzekering wordt door gemeenten per definitie gezien als passend en toereikend en daarmee sluiten ze de deur naar de bijzondere bijstand, ook als de collectieve zorgverzekering noodzakelijk medische hulp, noodzakelijk in de ogen van patiënt, arts en zorgverzekeraar, niet volledig vergoedt. De minima heeft geen keus want een andere zorgverzekering dan die van gemeente, is voor eigen rekening en risico dus ook geen bijzondere bijstand in het bovenstaande geval.

Daarnaast is het inkomen van huishoudens die in aanmerking zouden kunnen komen voor bijzondere bijstand zodanig laag dat een maximale dekking vanuit een zorgverzekering onbetaalbaar is. Ruwweg 20% van je netto maandinkomen moeten uitgeven aan een verzekering, is waanzin. Zeker als je woonkosten ook al meer dan 75% opslokken van het netto maandinkomen inclusief toeslagen. Om deze reden kan de zorgverzekeringswet niet als passend en toereikend beschouwd worden.

Mogelijke oplossingen

Ten eerste de tandarts terug in de basisverzekering en dan met dezelfde status als de huisarts. 'TE DUUR', roept de minister van volgezondheid. Ik denk dat de minister dit maar eens grondig moet gaan onderzoeken of dat wel zo is.

Ten tweede; gecontracteerde zorgverleners en niet gecontracteerde zorgverleners. Tandartsen hebben geen zin in contracten met zorgverzekeraars, teveel gedoe. En ook andere zorgverleners zijn niet erg enthousiast over dit systeem. De burger kan er helemaal niks mee; die wil gewoon een zorgverlener die bij hem past en heeft geen zin om elk jaar van zorgverlener te moeten switchen omdat zijn zorgverzekeraar geen contract heeft gesloten met zijn zorgverlener. Bovendien is het soms knap lastig om erachter te komen of je zorgverlener wel een contract heeft met je zorgverzekering.
Dus stoppen met dit systeem; het is onhandig en daardoor onnodig duur.

Marktwerking in de zorg werkt niet.

Aanpassingen Memorie van Toelichting

Huidige tekst Memorie van Toelichting art. 15:
"Inkomensaanvulling op grond van deze wet is niet aan de orde wanneer binnen een voorliggende voorziening (artikel 5, onderdeel f) een bewuste beslissing is genomen over de noodzakelijkheid van een voorziening in het algemeen of in een specifieke situatie. Budgettaire overwegingen om bepaalde kosten niet in de voorliggende voorziening op te nemen of overwegingen ten aanzien van de vaststelling van de reikwijdte van de voorliggende voorziening, vallen hier dus niet onder. Of een voorziening gezien haar aard en doel, passend en toereikend is, is afhankelijk van de omstandigheden en mogelijkheden van het individuele geval, en wordt mede bepaald door hetgeen naar maatschappelijk inzicht aanvaardbaar wordt geacht."

Aanpassingen artikel 15: een voorliggende voorziening kan alleen een voorliggende voorziening zijn als deze ook daadwerkelijk passend en toereikend is. Hetzij via de collectieve zorgverzekering van de gemeente, hetzij via een zelf gekozen verzekering met een premie die passend is bij het inkomen inclusief toeslagen, rekening houdend met de (verplichte) vaste lasten van een huishouden.

Aanpassingen in de Memorie van Toelichting Participatiewet betreffende artikel 16:

"Vast dient te staan dat sprake is van een acute noodsituatie en dat de behoeftige omstandigheden waarin de belanghebbende verkeert op geen enkele andere wijze zijn te verhelpen, zodat het verlenen van bijstand volstrekt onvermijdelijk is."

Definieer wat er onder een acute noodsituatie wordt verstaan. Levensbedreigend zoals een rechter van het CRvB ooit eens heeft bepaald, is natuurlijk waanzin. Dan ben je namelijk al te laat.

Voor zowel artikel 15 als 16 Participatiewet geldt dat er maatwerk geleverd moet worden maar dat lijkt in de praktijk niet te gebeuren. De collectieve zorgverzekering via de gemeente is dat al niet. Bij de beoordeling aanvraag bijzondere bijstand wordt ook geen maatwerk op het individu toegepast maar men grijpt naar de uitspraken van het CRvB.

Het verplichte eigen risico, we moeten er van af. 385 euro is niet op te brengen als je op bijstandsniveau moet leven. Het NIBUD heeft al geconstateerd dat een gemiddeld gezin op bijstandsniveau zo'n 400 euro per maand tekort komt.

Waarvan moet dan in vredesnaam het eigen risico betaald worden? Om nog maar te zwijgen van eigen bijdragen op behandelingen en medicijnen.
Dat werkt zorgmijding in de hand, hetgeen uiteindelijk veel duurder is. Immers, voorkomen is beter dan genezen en soms vraag je je werkelijk af waarvoor je maandelijks een flink bedrag aftikt als een medisch noodzakelijk behandeling alsnog leidt tot een flinke rekening.

Tijdens het schrijven van dit stuk speelt er steeds een zinnetje en het bijbehorende deuntje door mijn hoofd:
"En alleen als je geld hebt, dan is de vrijheid niet duur.."
Uit: Over de Muur door Klein Orkest.

GEMEENTEN MAKEN BURGERS TANDELOOS

ENKELE UITSPRAKEN

Op de volgende pagina's een aantal uitspraken waarvan het merendeel van de strekking is zoals gesteld in het hoofdstuk Wat vindt de rechter. Opvallend: het CRvB beslist vrijwel altijd in het nadeel van de burger. Echter, er is een afwijkende uitspraak van de rechtbank Groningen uit 2008 waarin een aantal heel belangrijke zaken wordt aangestipt als het gaat om het minimale inkomen dat huishoudens hebben om überhaupt in aanmerking te komen voor bijzondere bijstand.

ECLI:NL:RBGRO:2008:BC3481
Citaat: "De rechtbank is voorts van oordeel dat verweerder het hoe en waarom van de hierboven weergegeven beleidsregels in het geheel niet inzichtelijk heeft gemaakt. Dat verweerder (ook) kijkt naar omliggende gemeenten, die -volgens verweerders verklaring ter zitting- alle voor een zelfde aard van verzekeringen gekozen zouden hebben, acht de rechtbank volstrekt onvoldoende als onderbouwing voor het oordeel dat het hier gaat om een 'in redelijkheid op te leggen verplichting'. Temeer daar verweerder -eveneens ter zitting- heeft aangegeven dat het om 'een vrij zware verzekering' gaat en het bovendien -blijkens het verslag van de hoorzitting- een verplicht gekoppelde verzekering betreft, zodat de vraag gerechtvaardigd is of de kosten daarvan redelijkerwijs uit een inkomen op bijstandsniveau kunnen worden voldaan."

ECLI:NL:RBHAA:2012:BV3394
Een volgende bijzondere bijstanduitspraak. De gemeente betaalde de ziektekostenpremie rechtstreeks aan de zorgverzekeraar en bracht dat in mindering op de bijstand van cliënt. Tot zover geen probleem maar de gemeente heeft dat niet op correcte wijze gedaan waardor cliënt zijn tandartskosten niet vergoed kreeg van de verzekeraar. De rechtbank Haarlem heeft de gemeente over de vingers getikt en bepaald dat de veleende leenbijstand moest worden omgezet naar bijstand om niet.

Gemeenten die gewezen worden op hun taken en de correcte uitvoering ervan en dat zij hun besluiten degelijk dienen te motiveren. Dat geeft de burger moed.

Tot slot een uitspraak die behoorlijk kenmerkend is voor het CRvB.
ECLI:NL:CRVB:2018:814, een citaat:
"De door appellanten aangevoerde omstandigheden zijn geen zeer dringende redenen als bedoeld in artikel 16, eerste lid, van de PW die nopen tot het verlenen van bijzondere bijstand. Appellante heeft niet aannemelijk gemaakt dat bij het uitblijven van de onder 1.1 genoemde tandheelkundige behandeling een situatie van levensbedreigende aard of blijvend ernstig letsel of invaliditeit zou zijn ontstaan. De enkele stelling dat appellante kampt met ondragelijke pijnen vanwege problemen met haar gebit maakt niet dat sprake is van een acute noodsituatie."

Ondragelijke pijnen, lijkt mij dat er zeer dringend iets gedaan moet worden om de oorzaak van de ondragelijke pijnen weg te nemen.

ECLI:NL:RBGRO:2008:BC3481

Instantie	Rechtbank Groningen
Datum uitspraak	25-01-2008
Datum publicatie	05-02-2008
Zaaknummer	AWB 07/284 WWB
Rechtsgebieden	Socialezekerheidsrecht
Bijzondere kenmerken	Eerste aanleg - enkelvoudig
Inhoudsindicatie	Weigering bijzondere bijstand voor tandartskosten wegens (verwijtbaar) onderverzekerd zijn. Stellen van eisen aan de aard en omvang van een aanvullende ziektekostenverzekering.
Vindplaatsen	Rechtspraak.nl JWWB 2008, 102 met annotatie van mr. Sacha Brakel

Uitspraak

RECHTBANK GRONINGEN

Zaaknummer: AWB 07/284 WWB V02

Uitspraak in het geschil tussen

[eiseres], wonende te Hoogezand, eiseres,

en

het college van burgemeester en wethouders van de gemeente Hoogezand-Sappemeer, verweerder.

1. Onderwerp van geschil

Eiseres heeft beroep ingesteld tegen het besluit van verweerder van 27 februari 2007.

In dit (bestreden) besluit heeft verweerder het bezwaar van eiseres tegen het besluit

van 7 december 2006, om haar aanvraag in het kader van de Wet werk en bijstand (Wwb) om bijzondere bijstand voor tandartskosten af te wijzen, ongegrond verklaard.

2. Zitting

Het geschil is behandeld op de zitting van 2 november 2007.

Eiseres is daar niet verschenen.

Verweerder heeft zich doen vertegenwoordigen door mr. M.I. Klok.

3. Beoordeling van het geschil

3.1. feiten en procesverloop

Eiseres, geboren [datum], ontvangt een uitkering ingevolge de Wwb.

Op 1 december 2006 heeft zij zich tot verweerder gewend met een aanvraag voor bijzondere bijstand voor tandartskosten voor een bedrag van € 105,80 voor op 9 november 2006 gemaakte tandartskosten van in totaal € 387,--.

Eiseres is bij de FBTO verzekerd voor tandartskosten tot maximaal € 400,--. per jaar.

Het gevraagde bedrag valt niet onder de dekking, omdat eiseres in verband met eerder in 2006 ondergane behandelingen op de behandeldatum nog maar een dekkingsmarge had van € 281,20.

Bij besluit van 7 december 2006 heeft verweerder aan eiseres medegedeeld dat haar aanvraag wordt afgewezen op de grond dat verweerder er vanuit gaat dat een ieder minimaal extra verzorgd 1 en tandverzorgd 3 verzekerd is voor ziektekosten. Als eiseres zodanig verzekerd zou zijn geweest, had zij de gemaakte kosten via haar zorgverzekering vergoed gekregen. Dit is een voorliggende voorziening en derhalve wordt voor de tandartskosten geen bijzondere bijstand verstrekt.

Tegen dit besluit heeft eiseres op 8 december 2006 bezwaar gemaakt. Zij heeft aangevoerd dat zij voor tandartskosten verzekerd is. Om financiële redenen heeft zij gekozen voor een dekking van € 400,--. Zij acht dit een redelijke dekking voor iemand met een redelijk goed gebit.

De behandeling waarvoor zij een vergoeding heeft gevraagd, betrof een incidenteel geval.

Eiseres heeft haar bezwaren mondeling toegelicht op een hoorzitting op 17 januari 2007.

Op dezelfde datum heeft de Commissie voor bezwaar- en beroepschriften (de Commissie) advies uitgebracht.

Overeenkomstig het advies van de Commissie heeft verweerder bij het bestreden besluit het bezwaar van eiseres ongegrond verklaard.

In beroep heeft eiseres aangegeven dat haar vraag waarom er wel vergoed wordt in geval

van verzekering bij Menzis en niet bij FBTO, nog steeds niet is beantwoord door verweerder. Eiseres meent de gunstigste manier van verzekeren te hebben gekozen overeenkomstig verweerders verstrekkingenboekje.

Zonder daarbij expliciet het wettelijk kader aan te geven, heeft verweerder zich in het bestreden besluit op het standpunt gesteld dat uit de inhoud van de voorliggende stukken, alsmede uit hetgeen door eiseres tijdens de hoorzitting naar voren is gebracht, niet is gebleken dat er sprake is van feiten en/of omstandigheden die wijziging van het eerder ingenomen standpunt zouden kunnen rechtvaardigen.

In het verweerschrift heeft verweerder vervolgens aangegeven zijn besluit te hebben gebaseerd op de artikelen 18 en 35 van de Wwb en artikel 12, vijfde lid van de Afstemmingsverordening. Volgens verweerder voldoet eiseres aan de voorwaarden voor het recht op bijzondere bijstand: zij heeft bijzondere kosten (eigen bijdrage tandarts), heeft een bijstandsuitkering en geen in aanmerking te nemen vermogen of draagkracht.

Het recht op bijzondere bijstand van eiseres is echter met 100% verlaagd, omdat eiseres, zo meent verweerder, onvoldoende verzekerd is en als gevolg daarvan de eigen bijdrage van € 105,80 verschuldigd is.

3.2. wettelijk kader

In artikel 18 van de Wwb is -voorzover hier van belang- bepaald dat het college de bijstand en de daaraan verbonden verplichtingen afstemt op de omstandigheden, mogelijkheden en middelen van de belanghebbende. Indien de belanghebbende naar het oordeel van het college tekortschietend besef van verantwoordelijkheid betoont voor de voorziening in het bestaan dan wel de uit deze wet voortvloeiende verplichtingen niet of onvoldoende nakomt, verlaagt het college overeenkomstig de verordening, bedoeld in artikel 8, eerste lid, onderdeel b, de bijstand. Van een verlaging wordt afgezien, indien elke vorm van verwijtbaarheid ontbreekt.

In artikel 35, eerste lid, van de Wwb is voorts bepaald:

Onverminderd paragraaf 2.2, heeft de alleenstaande of het gezin recht op bijzondere bijstand voorzover de alleenstaande of het gezin niet beschikt over de middelen om te voorzien in de uit bijzondere omstandigheden voortvloeiende noodzakelijke kosten van het bestaan en deze kosten naar het oordeel van het college niet kunnen worden voldaan uit de bijstandsnorm, de langdurigheidstoeslag, het vermogen en het inkomen voorzover dit meer bedraagt dan de bijstandsnorm, waarbij artikel 31, tweede lid, en artikel 34, tweede lid, niet van toepassing zijn. Het college bepaalt het begin en de duur van de periode waarover het vermogen en het inkomen in aanmerking wordt genomen.

Ingevolge artikel 12, vijfde lid, van de Afstemmingsverordening verlaagt het college de bijzondere bijstand overeenkomstig hetgeen het college proportioneel acht, indien de belanghebbende als gevolg van een verwijtbare gedraging een beroep doet of blijft doen op bijzondere bijstand.

3.3. rechtsoverwegingen

Verweerder heeft in beleidsregels vastgelegd dat hij er vanuit gaat dat in ieder geval de volgende verzekeringen gebruikelijk zijn:

-de wettelijk verplichte verzekeringen en

-aanvullende ziektekostenverzekering tot aan het niveau van de EV1 (extra verzorgd 1) en Tv3 (tandartsverzorgd 3) verzekering. Voor andere zorgverzekeraars dan Menzis geldt dat er een aanvulling moet zijn op minimaal gelijk niveau als genoemde aanvullende verzekeringen.

In zijn verstrekkingenboek heeft verweerder opgenomen:

"Als u minstens een Tandverzorgd 3 verzekering heeft van Menzis, krijgt u bijzondere bijstand voor de eigen bijdrage die u van uw zorgverzekeraar moet betalen. Dit geldt ook als u vergelijkbare aanvullende verzekeringen heeft van een andere zorgverzekeraar.

Hoogte van de bijstand:

* voor de eigen bijdrage krijgt u bijzondere bijstand."

De rechtbank merkt allereerst op dat het de duidelijkheid (omtrent de gestelde eis) niet ten goede komt als de éne keer (in de beleidsregels) gesproken wordt van een niveau tot en de andere keer (in onder meer het verstrekkingenboek) van minstens of minimaal.

Hetzelfde geldt voor het gebruik van het begrip: eigen bijdrage.

Hoewel verweerder consequent spreekt over de eigen bijdrage tandartskosten, gaat het naar het oordeel van de rechtbank in het onderhavige geval niet om een eigen bijdrage, althans niet in de zin als verwoord in verweerders verstrekkingenboek, maar om kosten die niet worden vergoed, omdat

het bedrag waarvoor eiseres maximaal is verzekerd, wordt overschreden.

De rechtbank is voorts van oordeel dat verweerder het hoe en waarom van de hierboven weergegeven beleidsregels in het geheel niet inzichtelijk heeft gemaakt. Dat verweerder (ook) kijkt naar omliggende gemeenten, die -volgens verweerders verklaring ter zitting- alle voor een zelfde aard van verzekeringen gekozen zouden hebben, acht de rechtbank volstrekt onvoldoende als onderbouwing voor het oordeel dat het hier gaat om een 'in redelijkheid op te leggen verplichting'. Temeer daar verweerder -eveneens ter zitting- heeft aangegeven dat het om 'een vrij zware verzekering' gaat en het bovendien -blijkens het verslag van de hoorzitting- een verplicht gekoppelde verzekering betreft, zodat de vraag gerechtvaardigd is of de kosten daarvan redelijkerwijs uit een inkomen op bijstandsniveau kunnen worden voldaan.

Verder -en niet in de laatste plaats- wordt eiseres verweten dat zij 'onderverzekerd' is.

De rechtbank is van oordeel dat verweerder ten aanzien van de gestelde verwijtbaarbaarheid geen (begin van) motivering heeft gegeven. Het komt de rechtbank voor dat indien iemand in het geheel geen (aanvullende) verzekering voor tandartskosten heeft afgesloten, mogelijk gesteld zou kunnen worden dat er sprake is van tekortschietend besef van verantwoordelijkheid voor de voorziening in het bestaan. Maar ook dan zullen de individuele omstandigheden van het geval beoordeeld moeten worden.

Hoewel verweerder ter zitting heeft gesteld dat naar het individuele geval is gekeken, blijkt hiervan niet(s) uit de overgelegde stukken.

Overigens kan hierbij naar het oordeel van de rechtbank de vraag worden gesteld waarom er ingeval van redelijk beleid en het ontbreken van bijzondere omstandigheden, zoals verweerder meent, niet volstaan kan worden met een afwijzing wegens het niet voldoen aan de gestelde eis van verzekering.

Uit het voorgaande volgt dat het bestreden besluit wegens strijd met artikel 7:12 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) vernietigd moet worden.

Aangezien het beroep gegrond wordt verklaard, dient op grond van artikel 8:74, eerste lid van de Awb, te worden bepaald, dat het door eiseres betaalde griffierecht van € 39,-- door de gemeente Hoogezand-Sappemeer aan eiseres wordt vergoed.

De rechtbank acht geen termen aanwezig toepassing te geven aan artikel 8:75 van de Awb.

Beslist wordt daarom als volgt.

4. Beslissing

De rechtbank Groningen,

RECHT DOENDE,

- verklaart het beroep gegrond;
- vernietigt het bestreden besluit;
- bepaalt dat de gemeente Hoogezand-Sappemeer eiseres het betaalde griffierecht van € 39,-- vergoedt.

Aldus gegeven door mr. A. Houtman en door haar in het openbaar uitgesproken op 25 januari 2008 in tegenwoordigheid van L. Smidt als griffier.

ECLI:NL:RBHAA:2012:BV3394

Instantie	Rechtbank Haarlem
Datum uitspraak	27-01-2012
Datum publicatie	08-02-2012
Zaaknummer	10/4765
Rechtsgebieden	Socialezekerheidsrecht
Bijzondere kenmerken	Eerste aanleg - enkelvoudig
Inhoudsindicatie	De gemeente betaalt de premie voor de (aanvullende) ziektekostenverzekering uit de bijstandsuitkering. De ziektekostenverzekeraar weigert de tandartskosten te vergoeden wegens het niet betaald hebben van premie. De gemeente heeft bijzondere bijstand verleend in de vorm van een lening, omdat zij verwachtte dat het probleem van betrokkene met de ziektekostenverzekeraar over achterstanden in de premiebetaling opgelost zou worden. Op die grond heeft de rechtbank de vraag wat met de door de gemeente voor betrokkene verrichte premiebetalingen is gebeurd, als binnen de omvang van het geding aangemerkt. De gemeente heeft daarover tijdens de eerste zitting noch daarna klaarheid kunnen brengen. De door de rechtbank opgeroepen ziektekostenverzekeraar heeft ter (tweede) zitting een heldere uitleg verschaft over de wijze waarop de door de gemeente verrichte betalingen door de ziektekostenverzekeraar zijn verwerkt. Op basis daarvan heeft de rechtbank geoordeeld dat de achterstand in de premiebetaling van eiser veroorzaakt is door het niet juist aanbieden van de betalingen door de gemeente aan de ziektekostenverzekeraar. De rechtbank voorziet zelf en bepaalt dat de bijzondere bijstand om niet dient te worden verleend.
Vindplaatsen	Rechtspraak.nl

Uitspraak

RECHTBANK HAARLEM
Sector bestuursrecht

zaaknummer: AWB 10 - 4765 WWB

uitspraak van de enkelvoudige kamer van 27 januari 2012

in de zaak van:

[eiser]
wonende te [woonplaats]
eiser,
gemachtigde: mr. S. Faber, advocaat te Haarlem,

tegen:

het college van burgemeester en wethouders van Haarlem,

verweerder.

1. Procesverloop

Bij besluit, verzonden op 20 april 2010, heeft verweerder de aanvraag van eiser om bijzondere bijstand voor tandartskosten buiten behandeling gesteld.

Tegen dit besluit heeft eiser bij brief van 4 mei 2010 bezwaar gemaakt.

Bij besluit van 19 augustus 2010 heeft verweerder het bezwaar gegrond verklaard, in die zin dat aan eiser een bedrag van € 576,20 als bijzondere bijstand in de vorm van een lening heeft verstrekt.

Tegen dit besluit heeft eiser bij brief van 12 september 2010, aangevuld bij brief van 11 oktober 2010, beroep ingesteld.

Verweerder heeft op de zaak betrekking hebbende stukken ingezonden en een verweerschrift ingediend.

Het beroep is behandeld ter zitting van 21 januari 2011, alwaar eiser in persoon is verschenen, bijgestaan door zijn gemachtigde, voornoemd, en verweerder zich heeft doen vertegenwoordigen door R. de Vos.

De rechtbank heeft het onderzoek ter zitting geschorst teneinde verweerder in de gelegenheid te stellen ten behoeve van eiser het probleem met de ziektekostenverzekeraar op te lossen. Tevens is aangekondigd dat indien dat niet tot oplossing leidt, de rechtbank het voornemen heeft om Zilveren Kruis Achmea ambtshalve als getuige op te roepen voor de voortgezette behandeling van deze zaak.

Bij brief van 16 juni 2011 heeft verweerder zich op het standpunt gesteld dat het geschil inzake de vermeende premieachterstand bij de ziektekostenverzekeraar los staat van de onderhavige procedure.

Eiser heeft daarop bij brief van 6 juli 2011 gereageerd.

Bij brief van 26 augustus 2011 heeft de rechtbank partijen uitgenodigd voor een zitting op 27 september 2011. In deze uitnodiging heeft de griffier geschreven dat en waarom de rechtbank vooralsnog niet inziet dat het probleem van de premieachterstand buiten de omvang van het geding valt.

Naar aanleiding van telefonisch contact tussen de griffier en de gemachtigde van verweerder op 22 september is duidelijk geworden dat verweerder niet ter zitting zou verschijnen. Hierop is partijen bericht dat de zitting geen doorgang zou vinden.

Het beroep is opnieuw ter zitting behandeld op 19 december 2011, alwaar eiser in persoon is verschenen, bijgestaan door zijn gemachtigde, voornoemd. Verweerder heeft zich, hoewel daartoe opgeroepen, niet doen vertegenwoordigen. Als getuigen zijn namens de ziektekostenverzekeraar Zilveren Kruis Achmea verschenen [naam] en [naam]. Tevens was aanwezig [naam].

2. Overwegingen

2.1 Eiser ontving bijstand tezamen met [naam]. Van de uitkering werd blijkens de uitkeringsspecificaties de premie voor de ziektekostenverzekering en aanvullende verzekering door verweerder ingehouden en betaald aan de ziektekostenverzekeraar.

2.2 Eiser heeft in december 2009 tandartskosten gemaakt, in totaal € 576,20. De ziektekostenverzekeraar heeft eiser meegedeeld dat geweigerd wordt deze kosten te vergoeden omdat eiser een betalingsachterstand heeft.

2.3 Eiser heeft vervolgens verweerder verzocht hem bijzondere bijstand te verstrekken voor deze tandartskosten. In bezwaar is verweerder daartoe (uiteindelijk) overgegaan, maar heeft de bijstand verstrekt in de vorm van een lening. Verweerder heeft daartoe overwogen dat ervan uitgegaan wordt dat de ziektekostenverzekeraar tot vergoeding van de kosten zal overgaan.

2.4 De rechtbank overweegt als volgt.

2.5 Verweerder heeft zich op het standpunt gesteld dat het probleem dat eiser ondervindt met de ziektekostenverzekeraar buiten de omvang van dit geding valt. De rechtbank onderschrijft dit standpunt niet. Eiser heeft gevraagd om bijzondere bijstand voor kosten, waarvan zowel eiser als verweerder menen dat die (deels) onder de aanvullende verzekering van eiser vallen. Omdat verweerder ervan uitgaat dat de ziektekostenverzekeraar alsnog zal vergoeden, heeft hij besloten bijstand in de vorm van een lening te verstrekken. De vraag of die motivering van het bestreden besluit feitelijk juist is, dient dan ook in deze procedure te worden beantwoord.

2.6 Eiser heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar niet geneigd zal zijn te betalen, nu deze zich op het standpunt blijft stellen dat er een betalingsachterstand bestaat en hij niet langer aanvullend verzekerd is voor onder andere tandartskosten. Ter zitting heeft hij verklaard dat hij dwangbevelen ontvangt wegens achterstallige betalingen.

2.7 Op de uitkeringsspecificaties van eiser is vermeld dat een bedrag van € 109,47 wordt ingehouden voor doorbetaling premie ziektekostenverzekering. Tussen partijen is overigens ook niet in geschil dat verweerder gehouden was de ziektekostenpremie voor eiser te betalen.

2.8 Ter zitting van 21 januari 2011 heeft verweerder niet duidelijk kunnen maken dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte meent dat geen betaling van de premie ten name van eiser heeft plaatsgevonden, waardoor de verzekering is beëindigd. Het lag in de macht van verweerder hierover klaarheid te krijgen en de rechtbank heeft verweerder daarom in de gelegenheid gesteld een en ander uit te zoeken. Verweerder heeft vervolgens enige stukken overgelegd, maar daaruit is niet op te maken dat ten name van eiser premies betaald zijn aan de ziektekostenverzekeraar.

2.9 Nu verweerder geen duidelijkheid had verschaft, heeft de rechtbank besloten de ziektekostenverzekeraar op te roepen ter zitting te verschijnen om uitleg te verstrekken over de al dan niet betaalde premie. Ter zitting van 19 december 2011 hebben medewerkers van de ziektekostenverzekeraar de gewenste duidelijkheid verschaft.

2.10 De door de ziektekostenverzekeraar ter zitting verstrekte uitleg (voorzien van uitdraaien en overzichten van de betalingen, die aan deze uitspraak gehecht zijn) komt er – kort samengevat – op neer dat betalingen die door verweerder - naar hij meende kennelijk ten behoeve van eiser - aan de ziektekostenverzekeraar werden verricht op naam en geboortedatum van [naam], met vermelding van het BSN van eiser, meestal geboekt zijn als betaling voor achterstanden die [naam] had. Hierdoor bleef de premie voor de ziektekostenverzekering van eiser grotendeels onbetaald, ook al werd het bedrag voor de premie wel ingehouden op de bijstandsuitkering van eiser.

2.11 Nu verweerder er geen blijk van heeft gegeven een bijdrage te willen leveren aan de oplossing van het probleem waarvoor eiser zich door het – onzorgvuldig – handelen van verweerder gesteld ziet, bestaat geen aanleiding de bijzondere bijstand voor tandartskosten in de vorm van een lening te verstrekken.

2.12 Het besluit zal dan ook worden vernietigd wegens strijd met artikel 3:2 Awb. De rechtbank ziet aanleiding – mede gelet op de opstelling van eiser in deze procedure – op voet van artikel 8:72, vierde lid, Awb zelf in de zaak te voorzien door het primaire besluit te herroepen en te bepalen dat de bijzondere bijstand om niet wordt verstrekt.

2.13 Het voorgaande leidt tot de slotsom dat het beroep gegrond is. De rechtbank ziet aanleiding voor

een proceskostenveroordeling ter hoogte van in totaal € 1529,50 (1 punt voor beroepschrift, 1 punt voor de zitting, 1 punt voor de nadere zitting en ½ punt voor de reactie).

3. Beslissing

De rechtbank:

3.1 verklaart het beroep gegrond;

3.2 vernietigt het bestreden besluit van 19 augustus 2010;

3.3 bepaalt dat deze uitspraak in de plaats treedt van het vernietigde besluit;

3.4 herroept het besluit van 20 april 2010 en bepaalt dat aan eiser bijzondere bijstand voor tandartskosten ten bedrage van € 576,20 om niet wordt verleend;

3.5 veroordeelt het college van burgemeester en wethouders van Haarlem in de door eiser gemaakte proceskosten tot een bedrag van in totaal € 1529,50, te betalen aan de griffier van de rechtbank;

3.6 gelast dat de gemeente Haarlem het door eiser betaalde griffierecht van € 41,-- aan hem vergoedt.

Deze uitspraak is gedaan door mr. A.C. Terwiel - Kuneman, rechter, in tegenwoordigheid van mr. J.H. Bosveld, griffier. De beslissing is in het openbaar uitgesproken op 27 januari 2012.

afschrift verzonden op:

Rechtsmiddel

Tegen deze uitspraak staat hoger beroep open bij de Centrale Raad van Beroep, Postbus 16002, 3500 DA Utrecht. Het hoger beroep dient te worden ingesteld door het indienen van een beroepschrift binnen zes weken onmiddellijk liggend na de dag van verzending van de uitspraak door de griffier.

ECLI:NL:CRVB:2018:814

Instantie	Centrale Raad van Beroep
Datum uitspraak	20-03-2018
Datum publicatie	27-03-2018
Zaaknummer	16/7454 PW
Rechtsgebieden	Socialezekerheidsrecht
Bijzondere kenmerken	Hoger beroep
Inhoudsindicatie	Afwijzing aanvraag om bijzondere bijstand toe te kennen voor de kosten van een renovatie van een Gebit. Er bestaat geen recht op bijzondere bijstand voor zover een beroep kan worden gedaan op een voorliggende voorziening. De Zorgverzekeringswet moet als passende voorziening worden beschouwd, ook als de kosten niet volledig worden vergoed. Geen is sprake van zeer dringende redenen om toch bijstand toe te kennen.
Vindplaatsen	Rechtspraak.nl

Uitspraak

16 7454 PW

Datum uitspraak: 20 maart 2018

Centrale Raad van Beroep
Enkelvoudige kamer

Uitspraak op het hoger beroep tegen de uitspraak van de rechtbank Amsterdam van
24 oktober 2016, 16/2172 (aangevallen uitspraak) en op het verzoek om veroordeling tot vergoeding van schade

Partijen:

[appellant] (appellant) en [appellante] (appellante) beiden te [woonplaats]

het college van burgemeester en wethouders van Amsterdam (college)

PROCESVERLOOP

Namens appellanten heeft mr. B.C.F. Kramer, advocaat, hoger beroep ingesteld en een verzoek om veroordeling tot vergoeding van schade ingediend.

Het college heeft een verweerschrift ingediend.

Namens appellante zijn nadere stukken ingediend.

Het onderzoek ter zitting heeft plaatsgevonden op 6 februari 2018. Appellanten zijn verschenen, bijgestaan door mr. Kramer. Het college is, met bericht, niet verschenen.

OVERWEGINGEN

1. De Raad gaat uit van de volgende in dit geding van belang zijnde feiten en omstandigheden.

1.1.Appellanten hebben op 8 november 2015, voor zover hier van belang, bijzondere bijstand ingevolge de Participatiewet (PW) aangevraagd voor de kosten van tandheelkundige zorg, bestaande uit een renovatie van het gebit van appellante voor zover deze kosten niet worden vergoed op basis van de aanvullende zorgverzekering. Appellanten hebben hierbij meegedeeld dat appellante suikerziekte heeft, dat haar gebit verslechtert en dat zij geen financiële middelen hebben om deze kosten te dragen.

1.2. Bij besluit van 11 december 2015, na bezwaar gehandhaafd bij besluit van 17 februari 2016 (bestreden besluit), heeft het college deze aanvraag afgewezen. Het college heeft daaraan ten grondslag gelegd dat geen recht op bijzondere bijstand bestaat voor zover een beroep kan worden gedaan op een voorliggende voorziening. De Zorgverzekeringswet (Zvw) moet op grond van het gemeentelijk beleid als passende voorziening worden beschouwd. Kosten die niet worden vergoed door de basisverzekering worden in de Zvw aangemerkt als niet noodzakelijke kosten. Voor niet noodzakelijke kosten wordt geen bijzondere bijstand verleend. Van zeer dringende redenen om in afwijking hiervan toch bijzonder bijstand te verlenen is geen sprake.

2. Bij de aangevallen uitspraak heeft de rechtbank het beroep tegen het bestreden besluit

ongegrond verklaard.

3. Appellanten hebben zich tegen de aangevallen uitspraak gekeerd. Zij hebben aangevoerd dat wel sprake is van noodzakelijke kosten omdat de in 1.1 vermelde tandheelkundige behandeling buiten beschouwing is gelaten in de Zvw en de aanvullende ziektekostenverzekering slechts een deel van de kosten vergoedt. Deze behandeling is noodzakelijk omdat appellante kampt met ondragelijke pijnen vanwege problemen met haar gebit. Appellanten hebben verder aangevoerd dat sprake is van zeer dringende redenen als bedoeld in artikel 16 van de PW.

4. De Raad komt tot de volgende beoordeling.

4.1. Ingevolge artikel 15, eerste lid, van de PW 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 op bijstand strekt zich evenmin uit tot kosten die in de voorliggende voorziening als niet noodzakelijk worden aangemerkt.

4.2. Volgens vaste rechtspraak (bijvoorbeeld de uitspraak van 16 januari 2013, ECLI:NL:CRVB:2013:BY9166) dient voor de kosten van een tandheelkundige behandeling sinds 1 januari 2006 de Zvw, mede gelet op artikel 2.7 van het Besluit zorgverzekering, als een aan de PW voorliggende, toereikende en passende voorziening te worden beschouwd. In deze regelgeving is een bewuste keuze gemaakt over de noodzaak van het vergoeden van de kosten van tandheelkundige zorg zodat (aanvullende) bijzondere bijstandsverlening niet aan de orde is. Aan het voorgaande doet volgens vaste rechtspraak met betrekking tot kosten zoals hier aan de orde (bijvoorbeeld de uitspraak van 5 oktober 2010, ECLI:NL:CRVB:2010:BO1031) niet af dat de door betrokkene gemaakte kosten niet volledig door de voorliggende voorziening worden vergoed. Hetzelfde geldt voor de door appellanten gestelde medische noodzaak. Anders dan appellanten naar voren hebben gebracht kan in het feit dat dat de door appellanten gemaakte kosten niet volledig worden vergoed, in het licht van het vorenstaande niet gesproken worden van een hiaat. Dit brengt met zich dat artikel 15, eerste lid, van de PW aan toekenning van de gevraagde bijzondere bijstand in de weg staat.

4.3. Artikel 16, eerste lid, van de WWB biedt de mogelijkheid om in afwijking van artikel 15, eerste lid, van de PW, in bedoelde kosten bijstand te verlenen indien, gelet op alle omstandigheden, zeer dringende redenen daartoe noodzaken. Van zeer dringende redenen is volgens vaste rechtspraak in het algemeen slechts sprake in het geval van een acute noodsituatie, dat wil zeggen een situatie die van levensbedreigende aard is of blijvend

ernstig psychisch of lichamelijk letsel of invaliditeit tot gevolg kan hebben (uitspraak van

17 maart 2015, ECLI:NL:CRVB:2015:678).

4.4. De door appellanten aangevoerde omstandigheden zijn geen zeer dringende redenen als bedoeld in artikel 16, eerste lid, van de PW die nopen tot het verlenen van bijzondere bijstand. Appellante heeft niet aannemelijk gemaakt dat bij het uitblijven van de onder 1.1 genoemde tandheelkundige behandeling een situatie van levensbedreigende aard of blijvend ernstig letsel of invaliditeit zou zijn ontstaan. De enkele stelling dat appellante kampt met ondragelijke pijnen vanwege problemen met haar gebit maakt niet dat sprake is van een acute noodsituatie.

4.5. Uit 4.1 tot en met 4.4 volgt dat het hoger beroep niet slaagt, zodat de aangevallen uitspraak zal worden bevestigd.

4.6. Voor schadevergoeding in de vorm van wettelijke rente bestaat geen grond, zodat het verzoek om veroordeling daartoe dient te worden afgewezen.

5. Voor een veroordeling in de proceskosten bestaat geen aanleiding.

LASTIGE VRAGEN

1. Belanghebbende kiest voor eigen verzekering met gelijkwaardige dekking als de collectieve zorgverzekering van de gemeente. Hoe zit het dan met de bijzondere bijstand?

2. Wat vindt de gemeente een redelijke premie zorgverzekering met redelijke dekking voor iemand met een laag inkomen tot 110% bijstandsnorm? En hoe zit het dan met bijzondere bijstand voor bijzondere medische kosten?

3. Wat wordt er verstaan onder een acute noodsituatie?

4. Hoe 'zwaar' moet men zich verzekeren?

5. Wat is de reden van het niet toekennen van bijzondere bijstand voor medische kosten?

6. Wat is de reden van het afwijzen van een geoormerkte gift, bijvoorbeeld voor medische kosten? Waarom wordt dit gezien als inkomen en dus verrekend met de uitkering?

7. De collectieve zorgpremie is gelijk, echter bij een gecontracteerde zorgverlener is de dekking 100% en bij een niet gecontracteerde zorgverlener 75%, wat is het belang van de gemeente indien een cliënt 75% vergoed krijgt en 25% via een gift? Geldt er een meldplicht voor de uitkeringsgerechtigde die een 100% vergoeding krijgt van de zorgverzekeraar? Immers, deze uitkeringsgerechtigde is bevoordeeld t.o.v. een bijstandsgerechtigde die niet de 100% vergoed krijgt.

8. Wat is het financiële voordeel voor iemand die naar een niet gecontracteerde zorgverlener gaat, 75% vergoed krijgt en 25% als gift t.o.v. iemand die naar een gecontracteerde zorgverlener gaat en 100% vergoed krijgt van de zorgverzekeraar?

9. Is er een voordeel in premie collectieve zorgverzekering bij keuze tussen een gecontracteerde zorgverlener of een niet gecontracteerde zorgverlener?

10. Waarom kiest de gemeente niet voor een collectieve basisverzekering met 100% dekking niet gecontracteerde zorgverleners zodat de vrije artsenkeuze gewaarborgd is?

11. Daar de gemeente bepaalt wat de collectieve zorgverzekering voor minima inhoudt en bepaalt wie er mag deelnemen aan de collectieve zorgverzekering, kan de gemeente dan gezien worden als verzekeringsagent?

12. Mag de collectieve zorgverzekering van de gemeente mensen buiten sluiten op grond van adres, inkomen en/of achterstanden bij een andere zorgverzekeraar?

13. In hoeverre is de gemeente aansprakelijk voor het niet leveren van de juiste zorg?

14. In hoeverre kan de gemeente verantwoordelijk gesteld indien er te weinig gecontracteerde zorgverleners zijn om te voldoen aan de zorgvraag.

15. Is een reisafstand van 100 km enkele reis, meermaals te doen, acceptabel om een gecontracteerde zorgverlener te kunnen bezoeken? En 40 km voor een bril?

16. Geldt het antwoord op vraag 6 ook voor crowdfunding?

17. Ligt het monopoly van doen van giften alleen bij de gemeente vanuit de bijzondere bijstand of mag een stichting of bijvoorbeeld 'tante Agaath' ook een gift doen?

18. Is het niet toekennen van bijzondere bijstand voor medische kosten die niet vergoed worden door de zorgverzekering een extra prikkel om uitstroom uit de participatiewet te bewerkstelligen?

19. Sinds de decentralisatie spreken we over ruwweg 355 verschillende landjes binnen het sociaal domein met elk hun eigen beleid. In hoeverre kan dit gezien worden als discriminatie als de mate van zorgverlening afhangt van je adres?

20. Wat is het belang van de zorgverzekeraar om de eigen bijdrage voor bijvoorbeeld tandartskosten te betalen aan de zorgverlener en in rekening te brengen bij de verzekerde? Kunnen we dit scharen onder klantenbinding?

21. Indien de gemeente besluit van zorgverzekeraar te wisselen met betrekking tot de collectieve zorgverzekering, dan zullen cliënten met een betalingsregeling bij de zorgverzekeraar niet mee kunnen zolang zij hun schuld nog niet hebben afbetaald. Hoe gaat de gemeente hiermee om, met betrekking tot de bijzondere bijstand?

22. Hoe gaat de gemeente om met mensen die een betaingsachterstand hebben van meer dan 6 maanden en via het CAK premie plus boetepremie betalen en als gevolg daarvan uitgesloten zijn van de aanvullende verzekering, is bijzondere bijstand dan mogelijk? En in het geval er minderjarige kinderen zijn die bijvoorbeeld een beugel nodig hebben?

23. Mijn zorgverlener besluit om geen contract meer aan te gaan met mijn zorgverzekeraar maar mijn behandeling betreffende klikgebit is nog niet ten einde. Ben ik verplicht om dan de eigen bijdrage niet gecontracteerde zorgverlener te betalen?

24. Mijn gemeente besluit van collectieve zorgverzekeraar te wisselen. Mijn tandarts heeft echter geen contract met deze nieuwe zorgverzekeraar, wel met de vorige verzekeraar. Ben ik verplicht een nieuwe tandarts te gaan zoeken, hoewel ik bijzonder tevreden ben met mijn huidige tandarts?

25. Ben ik verplicht mee te gaan naar de nieuwe collectieve zorgverzekering indien de gemeente besluit in zee te gaan met een andere verzekeraar?

26. Is de koppeling van de bijzondere bijstand, WMO en WLZ aan de collectieve zorgverzekering van de gemeente überhaupt wenselijk?

Uw prangende vraag:

.....

.....

En deze mag ook per e-mail verstuurd worden naar info@frankhuisentwistvliet.nl

Voor al onze naslagwerken geldt en dus ook voor deze, dat ze Nooit Af zijn omdat onze maatschappij Nooit Af is. Heeft u nog suggesties en aanvullingen, dan kunt u een e-mail sturen naar het bovenstaande e-mailadres. Ook als u ideeën heeft voor andere zaken binnen het sociaal domein waar dringend eens de aandacht op gevestigd dient te worden.

WIE ZIJN WIJ?

Frankhuis & Twistvliet, financieel en juridisch adviseurs. Voor startende ondernemers en kleine ondernemers, met name startende ondernemers vanuit de Participatiewet. Voor uitkeringsgerechtigden, cliëntenraden, politieke partijen en diverse organisaties en initiatieven.
In samenwerking met de denktank van stichting Durfhuis doen wij ook onderzoek naar knelpunten binnen het sociaal domein, bundelen de bevindingen, trekken conclusies maar komen ook met mogelijke oplossingen.

Schreeuwen is te gemakkelijk. Meedenken in oplossingen is veel leuker.
Status: Permanent bèta.

Frankhuis & Twistvliet
Financieel & Juridisch Adviseurs

DURF HUIS

COLOFON

Frankhuis & Twistvliet
www.frankhuisentwistvliet.nl
info@frankhuisentwistvliet.nl

Stichting Durhuis (ANBI)
www.durfhuis.nl
info@durfhuis.nl

Auteurs
Peter Kamp
Doree Colenbrander

Redactie
Frankhuis & Twistvliet in samenwerking met Durfhuis denktank.

Met speciale dank aan
Gerard Sangers
Wim Witte
Ben Koot

Vormgeving
ViVaPix

Beeldcredits
Paul Brennan
PaulBr75
Bewerking: ViVaPix

DISCLAIMER

Ondanks de constante zorg en aandacht die Frankhuis & Twistvliet aan de samenstelling van deze werkwijzer besteedt, is het mogelijk dat informatie die in deze werkwijzer wordt gepubliceerd onvolledig of onjuist is.

De informatie op http://www.frankhuisentwistvliet.nl/ wordt regelmatig aangevuld en eventuele wijzigingen kunnen te allen tijde met onmiddellijke ingang en zonder enige kennisgeving worden aangebracht.

Een derde mag geen auteursrechtelijk beschermde werken of andere in deze werkwijzer vermelde informatie openbaar maken of verveelvoudigen zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Frankhuis & Twistvliet (ook niet via een eigen netwerk).

Frankhuis & Twistvliet kan er niet voor instaan dat de informatie in deze werkwijzer geschikt is voor het doel waarvoor deze door u wordt geraadpleegd. Alle informatie wordt aangeboden in de staat waarin deze zich feitelijk bevindt en zonder enige (impliciete) garantie of waarborg ten aanzien van haar deugdelijkheid en geschiktheid voor een bepaald doel of anderszins.

Frankhuis & Twistvliet sluiten alle aansprakelijkheid uit voor enigerlei directe of indirecte schade, van welke aard dan ook, die voortvloeit uit of in enig opzicht verband houdt met het gebruik van de werkwijzer, het gebruik van informatie die door middel van deze werkwijzer is verkregen.

COPYRIGHT © 2019 FRANKHUIS & TWISTVLIET