



Collectieve ziektekostenverzekering als maatwerkvoorziening inkomensondersteuning

16 oktober 2014

*In Holland Rijnland werken samen:
Alphen aan den Rijn, Hillegom,
Kaag en Braassem, Katwijk
Leiden, Leiderdorp, Lisse,
Nieuwkoop, Noordwijk, Noordwijkerhout,
Oegstgeest, Rijnwoude, Teylingen,
Voorschoten en Zoeterwoude*



Inhoud

1. Inleiding en achtergrond	2
2. De collectiviteit	4
2.1 De huidige Collectieve aanvullende zorgverzekering voor minima (CZM)	4
2.2 Uitgebreide variant CZM.....	5
2.3 Individuele bijzondere bijstand naast de CZM	7
3. Communicatie	9
4. Monitoring en evaluatie.....	10
Bijlage - vergoedingenoverzicht	0

1. Inleiding en achtergrond

Per 1 januari 2014 heeft het rijk twee regelingen ter compensatie van meerkosten voor chronisch zieken en gehandicapten afgeschaft, namelijk de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de regeling compensatie eigen risico (CER). De regelingen hadden naar de mening van de regering niet het effect dat beoogd was; namelijk het compenseren van meerkosten ten gevolge van chronische ziekte of handicap voor mensen die dat echt nodig hebben.

Om dichter bij dit doel te komen heeft de regering met het afschaffen van beide regelingen de taak aan de gemeenten toebedeeld tot het vormgeven van een 'maatwerkvoorziening inkomensondersteuning'. Gemeenten staan volgens de toelichting op het wetsvoorstel het dichtst bij de mensen en zijn daarom beter dan de rijksoverheid in staat om gericht maatwerk te leveren. Gemeenten krijgen beleidsvrijheid om ondersteuning op maat te regelen: passend bij de individuele behoeften en mogelijkheden van de cliënt, gericht op zelfredzaamheid en participatie, via Wmo-voorzieningen of inkomenssteun (individuele bijzondere bijstand). In de Wmo 2015 is in artikel 2.1.7 opgenomen dat Wmo-verordening regels opgenomen kunnen worden om aan personen met een beperking, chronisch, psychisch of psychosociaal probleem en daarmee verband houdende aannemelijke meerkosten een tegemoetkoming ter bevordering van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren, toe te kennen. Het gaat hier om een bevoegdheid en niet om een verplichting.

Mensen die recht hadden op de landelijke regelingen komen niet automatisch in aanmerking voor ondersteuning nu het budget is overgeheveld naar gemeenten. Dat kan ook niet want gemeenten krijgen een lager budget dan onder de landelijke regelgeving beschikbaar was en de huidige doelgroep definitie komt te vervallen (landelijk kwamen circa 2,3 miljoen huishoudens in aanmerking voor verschillende tegemoetkomingsregelingen). Gemeenten bepalen zelf hoe zij de middelen willen inzetten, zij kunnen hierbij op basis van de lokale situatie voor een bepaalde invulling kiezen. Het doel van het overhevelen van de taak en de middelen door het rijk naar gemeenten is om de ondersteuning ten goede te laten komen aan de mensen die dit daadwerkelijk nodig hebben: de doelgroep met noodzakelijke meerkosten.¹

Eerdere besluitvorming

In mei 2014 heeft het portefeuillehoudersoverleg van Holland Rijnland de *Handreiking maatwerkvoorziening inkomensondersteuning voor mensen met een langdurig hoge zorgvraag* vastgesteld. In deze notitie is uiteengezet welke mogelijkheden de gemeenten hebben om de nieuwe taak in te vullen. De gemeenten in Holland Rijnland hebben met het vaststellen van deze handreiking gekozen voor het nader uitwerken van de mogelijkheid tot het uitbreiden van de bestaande Collectieve ziektekostenverzekering voor minima naar een collectiviteit die zich óók richt op de doelgroep 'chronisch zieken en gehandicapten'.

¹ Het NIBUD heeft onderzoek gedaan naar de inkomenseffecten van deze wijzigingen. Hier is echter nog uitgegaan van het eveneens afschaffen van de aftrek specifieke zorgkosten, wat echter met het begrotingsakkoord in 2013 niet is doorgegaan. <http://www.nibud.nl/over-het-nibud/actueel/onderzoeksrapporten/nieuws/artikel/inkomenseffecten-van-het-afschaffen-financiele-tegemoetkomingen-chronisch-zieken.html>

Vervolgopdracht

In deze notitie is het resultaat van de vervolgopdracht, uitbreiding collectiviteit, opgenomen. Vanaf april 2014 is een werkgroep gestart met besprekingen met Zorg&Zekerheid en het nader verkennen van de wensen, behoeften en mogelijkheden tot het vormen van een dergelijke collectiviteit. Hierbij heeft BSenF, als bemiddelende partij tussen gemeenten en zorgverzekeraars rond de collectiviteiten, ondersteuning geboden. Het beoogde resultaat is tweeledig, namelijk:

- 1) Een uitgebreid aanvullend verzekeringspakket met een passende dekking voor de doelgroep en een aantrekkelijke premie.
- 2) Realisatie van een communicatiecampagne in samenspraak met de zorgverzekeraar voor het bereiken van de doelgroep

Daarnaast gaat deze notitie ook in op de lokale inbedding en de keuzes die de afzonderlijke gemeenten dienen te maken.

2. De collectiviteit

2.1 De huidige Collectieve aanvullende zorgverzekering voor minima (CZM)

De gemeenten in Holland Rijnland bieden momenteel allemaal een collectieve *aanvullende* zorgverzekering voor minima (CZM) aan via zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid (Z&Z). Doel van de huidige CZM is dat minima goed verzekerd zijn voor zorgkosten. Met een goede aanvullende verzekering hoeven minima geen zorg te mijden. Daarnaast voorkomt een goede zorgverzekering dat minima door onverzekerde zorggebruik in een schuldsituatie belanden.

Met het aanbieden van de CZM snijdt het mes aan twee kanten. Want doordat veel zorgkosten worden vergoed via de CZM hoeven mensen niet aan te kloppen bij de gemeente voor individuele bijzondere bijstand voor deze zorgkosten. En gemeenten ontvangen als gevolg hiervan minder aanvragen bijzondere bijstand. Daardoor hebben gemeenten minder hoge uitvoeringskosten voor bijzondere bijstand.

Wettelijke grondslag

De CZM is een vorm van 'categoriale bijzondere bijstand' in de zin van de Wet werk en bijstand (WWB). Anders dan bij de individuele bijzondere bijstand hoeft een gemeente bij categoriale bijzondere bijstand niet per individu onderzoek te doen of sprake is van kosten van het bestaan die noodzakelijk zijn en of die voortvloeien uit individuele bijzondere omstandigheden. De gemeente hoeft alleen te onderzoeken of een persoon behoort tot een bepaalde groep, een bepaalde categorie.²

Doelgroep

De CZM is op grond van de WWB bedoeld voor alle mensen met een laag inkomen, ongeacht wat voor soort inkomen (uitkering/loon of geen inkomsten). Volgens de huidige WWB geldt als laag inkomen: een inkomen van 110% van de toepasselijke bijstandsnorm of lager. Vanaf 2015 komt de bij wet gestelde inkomensgrens te vervallen en hebben gemeenten de bevoegdheid tot het stellen van een, eventueel hogere, inkomensgrens. Daarnaast hebben de meeste gemeenten ervoor gekozen om alleen mensen met een laag vermogen de mogelijkheid te bieden om gebruik te maken van de CZM. Inkomen en vermogen bepalen dus of iemand tot de groep behoort die gebruik mag maken van de CZM.

Bijdrage gemeente

Mensen die gebruik maken van de CZM krijgen een tegemoetkoming in de kosten van de premie van de aanvullende zorgverzekering. De hoogte van de tegemoetkoming verschilt per gemeente. In sommige gemeenten wordt met de tegemoetkoming de volledige premie van de aanvullende zorgverzekering vergoed. In andere gemeenten is ervoor gekozen om mensen ook zelf een deel van de premie te laten betalen.

De premie van de (voor iedereen) verplichte basisverzekering moet iedereen volledig zelf betalen.³ Voor deelname aan de CZM is het noodzakelijk om ook de basisverzekering bij Z&Z af te sluiten.

² Onder de Participatiewet is de CZM de enige vorm van categoriale bijzondere bijstand die nog is toegestaan.

³ Mensen die gebruik maken van de CZM krijgen wel korting van Z&Z op de door hen aan Z&Z te betalen premie basisverzekering.

Het pakket

Mensen die behoren tot de doelgroep en gebruik willen maken van de CZM hebben de keus uit twee aanvullende verzekeringspakketten:

- de AV-Gemeente-Standaard en
- de (nog uitgebreidere) AV-Gemeente-Top

In deze twee pakketten wordt voor de meest voorkomende ziektekosten een hogere vergoeding gegeven dan in de 'gewone' aanvullende zorgpakketten die iedereen af kan sluiten. Het gaat dan om bijvoorbeeld brillen, tandartskosten, kosten van orthodontie en fysiotherapie. De voorzieningenpakketten zijn afgestemd op de meest voorkomende medische kosten die niet worden vergoed door de basisverzekering. Het betreft medische kosten waar in het verleden vaak bijzondere bijstand voor werd aangevraagd. Over de samenstelling van het aanvullende verzekeringspakket wordt met de collectiviteitsgemeenten en Z&Z jaarlijks overleg gevoerd. Op basis van veranderingen in (zorg)wetgeving en hogere of juiste lagere zorgvragen wordt de AV bijgesteld.

Keuzevrijheid

Gemeenten zijn niet verplicht om een CZM aan te bieden. Gemeenten kunnen zelf kiezen of ze deze aanbieden of niet. Besluit de gemeente een CZM aan te bieden, dan zijn mensen die behoren tot de doelgroep op hun beurt evenmin verplicht om hiervan gebruik te maken; het is een vrijwillige keuze. Wel worden inwoners actief gewezen op de mogelijkheid zich via de collectiviteit te verzekeren.

2.2 Uitgebreide variant CZM

Het huidige pakket van de Top-verzekering voor minima wordt dusdanig aangepast dat deze ook geschikt wordt voor de doelgroep die tot en met 2013 recht heeft op Wtcg- of CER-tegemoetkomingen en die gebruik kan gaan maken van de CZM. Nivel⁴ heeft onderzoek gedaan naar de meerkosten die de huidige Wtcg/CER doelgroep ervaart. Een groot deel hiervan is te verzekeren. Dit is meegenomen in de gesprekken met Z&Z. De doelgroep ervaart bij de onderstaande zaken meerkosten ten gevolge van hun langdurige hoge zorgvraag:

- Mondzorg
- Fysio/oefentherapie
- Brillen/lenzen, hoortoestellen
- Geneesmiddelen, eigen bijdrage of niet vergoed (zelfhulpmedicijnen)
- Alternatieve Geneeswijzen/middelen
- Eigen bijdragen AWBZ/Wmo/Vervoer
- Beweegprogramma's en cursussen
- Podotherapie en pedicure
- Kosten patiëntenverenigingen

Daarnaast ervaren zij nog andere meerkosten die (nog) niet te verzekeren zijn. De doelgroep die hun meerkosten niet uit inkomen of eigen vermogen kan betalen zal hiervoor nog steeds bij de gemeente aankloppen. Het is aan elke individuele gemeente om te bepalen hoe en of ze eventuele onverzekerbare meerkosten nog betalen. In deze notitie behandelen we de bijzondere bijstand als optie, maar er zijn natuurlijk ook nog mogelijkheden met een declaratiefonds of een voorziening vanuit de Wmo.

⁴ <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport-Werk-Inkomen-kerngegevens-2013.pdf>

Nieuwe doelgroep

In tegenstelling tot eerdere jaarlijkse uitbreidingsgesprekken over de aanvullende verzekering waar op enkele onderdelen kleine aanpassingen zijn gedaan, is nu gekeken naar de bovengenoemde wensen van de doelgroep. De huidige vergoedingen zijn doorgelicht en aangepast om, naast de bestaande doelgroep, ook ten goede te komen aan de nieuwe doelgroep van de collectiviteit: mensen met een langdurig hoge zorgvraag. Dit dient tot uiting te komen in een uitgebreide AV, waarin de maximale dekkingen op een vergoeding voldoende bij de behoefte van de doelgroep in de buurt komen. Uitgaande van het eerder genoemde Nivel onderzoek en de samenstelling van de AV Gemeente Top blijkt dat dit geen grote aanpassingen zijn (het gaat hoofdzakelijk om ophoging van de maximale vergoedingen, niet het toevoegen van nieuwe vergoedingensoorten). Wel is hierover goed overleg met de zorgverzekeraar gevoerd. De nieuwe doelgroep betreft immers personen met veel zorgvraag en daarmee een hoog gebruik van de diverse vergoedingen. Dit betekent een hogere schadelast voor de zorgverzekeraar, waar de premie op gebaseerd wordt. In de overwegingen tot het samenstellen van een uitgebreider pakket speelt mee: het aantal nieuwe verzekerden; het zorggebruik; het effect van gebruik op bepaalde vergoedingen die ook verband houden met stijging van het gebruik op andere vergoedingen; de visie van de zorgverzekeraar; de klantvriendelijkheid van het verzekeringspakket.

Effect premie, bijdrage gemeente

Z&Z heeft op basis van een voorstel tot uitbreiding van diverse vergoedingen in de bestaande AV Top berekend wat het effect op de premie hiervan is. Factoren die hierin een rol spelen zijn de verwachte nieuwe instroom (doelgroep) en het zorggebruik. Dit leidt tot een verwachte premiestijging van € 5,65 per maand bovenop de huidige premie van de AV Top. Het exacte premiebedrag is pas bekend in november, wanneer de zorgverzekeraars de polissen en premies voor het volgende jaar bekend maken.

Overwegingen samenstelling pakket

In de bijlage is een schema opgenomen waarin per vergoeding de uitbreiding is opgenomen (dit betreft de voornaamste rubrieken). Hierin is het verschil te zien tussen de huidige AV Top en het voorstel tot de nieuwe, uitgebreidere AV Top. Voor de samenstelling van dit pakket is een aantal overwegingen meegenomen:

- De uitbreidingen sluiten aan bij de wensen van de doelgroep en ervaringen van de zorgverzekeraar
- Er is gericht op 100% dekkingen tot een maximum bedrag, zodat verzekerden geen deel van een rekening hoeven te betalen, maar pas als het maximum is bereikt. Het eigen risico van de basisverzekering is niet automatisch herverzekerd in de AV. Deze optie zou leiden tot een forse stijging van de premie voor alle collectiviteitsdeelnemers. ZZ biedt vanaf 1 januari de mogelijkheid om het wettelijk verplicht eigen risico te verzekeren als gemeente of als individuele verzekerde. De gemeente kan de keuze maken om dit voor iedere deelnemer verplicht te stellen (hele gemeente neemt deel) of dit over te laten aan de individuele verzekerde. Een combinatie van beide is ook mogelijk door bijvoorbeeld dit voor de deelnemers aan de AV-Gemeente Top uitgebreid collectief verplicht te stellen en de deelnemers aan de AV-Gemeente Standaard dit individueel te laten bepalen. De premie voor het verzekeren volgt tegelijk met de premies voor de BV en AV's.

- Z&Z biedt daarnaast verzekerden de mogelijkheid tot een betalingsregeling (*Betaalgemak*), waarbij niet vooraf, maar bij de daadwerkelijke kosten tot betaling in termijnen over gegaan wordt. Hierbij ligt de eigen verantwoordelijkheid in de betaling van zorgkosten bij de klant.
- Voor de collectiviteit geldt geen medische toegangstoets. De gemeente bepaalt, in samenspraak met de zorgverzekeraar, de inkomensgrens voor de doelgroep.
- De uitgebreide collectiviteit wordt in deze vorm aangeboden voor in ieder geval twee jaar, waarbij in het tweede jaar evaluatie plaatsvindt. Voor de bestaande AV-Standaard en AV-Top geldt dat de premiebeheerclausule wordt losgelaten. Ten aanzien van de extra uitbreiding op de bestaande AV-Top en de ontwikkeling van het klantenbestand in combinatie met het zorggebruik, wordt lopende 2015 gemonitord hoe de inschatting van kosten zich verhoudt tot de premie. Over stijging of daling van de premie met betrekking tot de extra uitbreiding treedt Z&Z in overleg met de gemeenten. Dit wordt toegevoegd als bijlage aan het bestaande collectiviteitscontract per gemeente.
- De gemeente bepaalt de hoogte van de premiebijdrage (huidige vergoeding + premiestijging) en de toegang door middel van de hoogte van de inkomensgrens (naar verwachting tussen 100-130%). Daarnaast kan de gemeente kiezen voor het verzekeren van het Eigen Risico voor de gehele collectiviteit, per individu of een combinatie van beide. Voor de herverzekering van het Eigen Risico kan de gemeente vervolgens eveneens een premiebijdrage bieden (in lijn met de CER). Zoals via de huidige CZM-systematiek maakt elke gemeente hierover een eigen besluit en bespreekt dit met Z&Z.

2.3 Individuele bijzondere bijstand naast de CZM

Niet alle kosten die de huidige doelgroep chronisch zieken en gehandicapten maken, zijn kosten die te verzekeren zijn. Er wordt geschat dat 20% niet te verzekeren is. Voorbeelden hiervan zijn bijvoorbeeld extra stookkosten voor mensen met een reumatische aandoening of extra slijtagekosten van kleding. Dit zijn kosten die samenhangen met iemands langdurige hoge zorgvraag en kunnen nu ook al wel door de gemeente worden vergoed.

Gemeenten kunnen beleidsregels opstellen om een aantal van de kosten zoals hierboven genoemd vast te leggen als mogelijkheid om daar bijzondere bijstand voor te verlenen. Belangrijk is dat dan nog steeds getoetst moet worden of de kosten daadwerkelijk zijn gemaakt, of de kosten bijzonder en noodzakelijk zijn en of iemand voldoet aan de door de gemeente gestelde inkomensgrens. Beleidsregels kunnen altijd vastgesteld worden als blijkt dat bepaalde vergoedingen bijvoorbeeld erg vaak voorkomen. Individuele toetsing blijft hoe dan ook noodzakelijk.

Gemeenten kunnen er echter ook voor kiezen om niks vast te leggen in beleidsregels, maar om in elk individueel geval maatwerk toe te passen over wat een noodzakelijke vergoeding is in dat geval. Het staat gemeenten altijd vrij om in werkafspraken vast te leggen dat er bijvoorbeeld niet meer wordt vergoed dan wat de Nibud prijslijst aangeeft.

Financiering

Gemeenten krijgen voor de maatwerkvoorziening een behoorlijk bedrag van het Rijk waar zij zelf over mogen bepalen hoe ze dit inzetten. Een deel van dit budget is voor de

premiestijging die gepaard gaat met het uitbreiden van de CZM. Echter, zoals hierboven ook al staat beschreven, blijven er niet verzekerbare kosten over die mensen evengoed in de problemen kunnen brengen omdat zij een hoge zorgvraag hebben. Het advies aan gemeenten is dan ook om een substantieel bedrag te reserveren voor de stijging van de aanvragen bijzondere bijstand. Het is lastig om vooraf een bedrag te ramen. Over het algemeen wordt ervan uitgegaan dat ongeveer 20% van de meerkosten van chronisch zieken en gehandicapten niet-verzekerbbaar is. In het verlengde hiervan zou vooralsnog ook 20% van het budget voor de maatwerkvoorziening kunnen worden gereserveerd voor bijzondere bijstand ten behoeve van deze niet-verzekerbare kosten. Verder is het advies om na een jaar te bezien of dit bedrag inderdaad voldoende is geweest.

3. Communicatie

Op basis van het besluit van het PHO en de daaruit volgende lokale keuzes kan via reguliere nieuwsberichten gestart worden met de communicatie. In de algemene 3D-communicatie van Holland Rijnland wordt de invulling van de financiële maatwerkvoorziening via de collectiviteit opgepakt.

De communicatie over de nieuwe collectiviteit direct gericht aan klanten kan starten vanaf november, zodra de definitieve premie bekend is en Z&Z de polissen gereed heeft. Zorg & Zekerheid is verantwoordelijk voor het verstrekken van informatiebladen, folders en polisvoorwaarden over de verzekeringspakketten. Vanaf november wordt dit beschikbaar gesteld aan de diverse gemeenten. Dit sluit aan bij de huidige praktijk rondom de collectiviteit. De communicatie onderscheidt zich ten aanzien van bestaande klanten en de nieuwe doelgroep.

Bestaande klanten

Van Z&Z ontvangen bestaande klanten binnen de collectiviteit zoals gebruikelijk een nieuw polisblad. Dit wordt begeleid met informatie over het nieuwe pakket en de premiebijdrage die de gemeente kan doen.

Nieuwe doelgroep

De gemeente krijgt van Het CAK gegevens door van inwoners die hebben gereageerd op de mailing uit juni en die mogelijk in aanmerking komen voor de gemeentelijke voorziening. De gemeente kan deze personen per brief aanschrijven over de mogelijkheid tot deelname aan de collectiviteit. Het valt daarbij aan te raden om het gegevensbestand van Het CAK te vergelijken met de gegevens van bestaande deelnemers aan de collectiviteit, zodat inwoners geen dubbele informatie ontvangen.

Daarnaast zal via de lokale uitvoeringsorganen aandacht geschonken moeten worden aan de collectiviteit: via het Wmo-loket, een wijkteam en de sociale diensten/afdeling bijzondere bijstand. Hiervoor is informatie van Z&Z beschikbaar.

Ondersteuning en overige communicatiemiddelen

BS&F heeft ook communicatiemateriaal beschikbaar via haar website:

www.bsenf.nl/campagne. Hier is divers informatiemateriaal beschikbaar, waaronder ook voorbeeldbrieven en flyers. Het is voor afzonderlijke gemeenten mogelijk om met de zorgverzekeraar en BSenF afspraken te maken over diverse communicatiemiddelen, waaronder de website www.gezondverzekerd.nl.

4. Monitoring en evaluatie

De collectiviteit wordt voor in ieder geval twee jaar ingezet. In deze periode dient op basis van ervaring en klantvragen bekeken worden of en in welke mate de verzekeringspakketten voorzien in de zorgbehoefte. Via de bestaande regiobijeenkomsten worden de collectiviteitsgemeenten op de hoogte gehouden. Daarnaast is een aantal evaluatiecriteria opgesteld en besproken met Z&Z:

1. Instroom/doorstroom aantal deelnemers per gemeente:
 - a. Hoeveel personen nemen deel aan de AV-Gemeente-Standaard resp. AV-Gemeente-Top in 2015 (resp. 2016)?
 - b. Hoeveel nieuwe personen nemen voor het eerst deel aan de AV-Gemeente-Standaard resp. AV-gemeente-Top? (personen die nog niet verzekerd waren via Z&Z)?
 - c. Hoeveel personen nemen voor het eerst deel aan de AV-Gemeente-Standaard resp. de AV-Gemeente-Top? (die al verzekerd waren via Z&Z, maar nog niet via de CZM)?
 - d. Hoeveel personen nemen er meer/minder deel aan de AV-gemeente-Standaard respectievelijk de AV-gemeente-Top dan in voorgaande jaar? (absolute aantallen per gemeente).
2. Hoeveel personen per gemeente hebben op basis van de AV-Gemeente-Top zorgkosten vergoed gekregen:
 - in 2014;
 - in 2015 resp. 2016?
3. Hoeveel deelnemers aan de AV-Gemeente-Top (per gemeente) hebben per cluster van kostensoorten de maximale vergoeding (of vergoeding van het max. aantal behandelingen) van Z&Z ontvangen via de AV-Gemeente-Top:
 - in 2014;
 - in 2015 resp. in 2016?
4. Hoe hoog was de gemiddelde vergoeding per deelnemer aan AV-Gemeente-Top (c.q. hoe hoog was de gemiddelde kostenpost van Z&Z) per (onder 3.) genoemde clusters kostensoorten:
 - in 2014
 - in 2015 resp. in 2016?
5. Door hoeveel deelnemers aan de AV-Gemeente-Top is het maximale bedrag van vergoeding (het maximaal aantal behandelingen) in de AV-Gemeente-Top gedeclareerd?
6. Hoe verhoudt (relatief, in %) het declaratiegedrag van de CZM deelnemers zich t.o.v. de reguliere deelnemers o.b.v. de onderliggende AV (AV Top).
7. In de afzonderlijke gemeenten zal ook (kunnen) worden gekeken naar de praktijk rondom de bijzondere bijstand in 2014 en in 2015/2016. De evaluatiecriteria zullen onder andere afhangen van het gemeentelijke bijzondere bijstandsbeleid, maar in zijn algemeenheid zullen als criteria kunnen worden genomen:
 - het aantal aanvragen bijzondere bijstand voor 'medische kosten' / aanverwante kosten.

- het aantal toekenningen bijzondere bijstand voor 'medische kosten' / aanverwante kosten.
- de hoogte van de uitgekeerde bijzondere bijstand voor voormelde kosten.

Bijlage - vergoedingenoverzicht

Kostensoort	Dekking in AV-Gemeente Top (2014)	Dekking in AV-Gemeente Top uitgebreid (2015)
Alternatieve geneeswijzen	100% max. € 230,- p.jr.	100% max € 500,-, max. € 40,- p.dag
Geneesmiddelen	100% tot max. 100 euro ADHD geneesmiddelen boven GVS	100% max € 250,- voor de 4 ADHD-middelen
Schoenvoorzieningen (semi-orthopedisch)	Geen dekking	100% vergoeding EB max € 70,- (nieuw)
Orthopedisch schoeisel	Geen dekking	100% vergoeding EB max € 70,- (nieuw)
Hoortoestel	100% max. € 250,- p.jr. samen met pruiken e.d.	100% max. € 250,- p.jr. per oor
Alarmering	100% max. € 4,- p.mnd. (sociaal)	Installatiekosten(€ 120,-) en abonnementskosten(€ 4,- p.mnd.)
Steunzolen	100% max. € 100,- p.jr.	100% max € 100,-
Fysiotherapie	100% max. 25 behandelingen p.jr.	100% max. 30 behandelingen p.jr.
Dieetadvisering	100% max. 7 kwartier p.jr. max. € 9,- p.kwartier aanvulling op BV (<18 jaar)	100% max. 12 kwartier p.jr. aanvulling op BV (<18 jaar)
Podotherapie	100% max. € 100,- p.jr.	100% max € 250,- p.jr.
Pedicure	100% max. € 150,- p.jr. (bij diabetes en reuma)	100% max € 250,- p.jr.
Thuiszorg en welzijn Eigen bijdrage AWBZ en Wmo (geen EB V&V in ZVW)	100% max. € 350,- p.jr.	100% max. € 370,- p.jr.
Diverse cursussen m.b.t. gezondheid	75% max. € 150,- p.jr.	100% max. € 150,- p.jr.
Lidmaatschap patiëntenverenigingen	100% max. € 20,- p.jr. alleen patiëntenvereniging, geen thuiszorg.	100% max. € 50,- alleen patiëntenvereniging, geen thuiszorg