



RICHTLIJN NR. B073 BRILLEN EN CONTACTLENZEN

Het college van burgemeester en wethouders,

Gelet op artikel 15 eerste lid en 35 eerste lid Wet werk en bijstand (WWB)

Besluit

Vast te stellen de gewijzigde invulling van richtlijn nr. B073 Brillen en contactlenzen

Artikel I

Richtlijn nr. B073 wordt als volgt ingevuld:

De kosten van de (eerste) aanschaf van een bril (montuur met glazen) of contactlenzen worden in beginsel aangemerkt als noodzakelijk kosten.

Als het de vervanging van een bril, glazen of contactlenzen betreft worden de kosten pas als noodzakelijk aangemerkt als de vervanging plaatsvindt 36 maanden na de aanschaf of vorige vervanging.

Zoals vermeld in richtlijn B070 is de gemeente Helmond een collectieve overeenkomst aangegaan met zorgverzekeraar CZ en met zorgverzekeraar VGZ.

Als extra t.o.v. een aanvullende ziektekostenverzekering is daarin een uitgebreid gemeentepakket opgenomen.

Dit gemeentepakket houdt voor brillen en contactlenzen als volgt in.

Indien de basis- en de aanvullende verzekering afgesloten is bij CZ, geldt in het gemeentepakket:

Brillenglazen en contactlenzen, vergoeding per (vanaf laatste aanschaf)	24 mnd
- enkelfocus brillenglazen	€ 180,00
- dubbelfocus brillenglazen	€ 280,00
- montuur gelijktijdig aangeschaft met brillenglazen	€ 70,00
- contactlenzen	€ 180,00

Indien de basis- en de aanvullende verzekering afgesloten is bij VGZ, geldt in het gemeentepakket:

Brilmontuur, brillenglazen of contactlenzen, vergoeding per (vanaf laatste aanschaf)	36 mnd
- corrigerende brillenglazen of corrigerende contactlenzen	€ 225,00
- brilmontuur	€ 70,00

Voor de hoogte van de eventuele bijzondere bijstand gelden de bovenstaande (richt)bedragen.
Eventuele meerkosten komen niet voor vergoeding in aanmerking.

Voor deze vastgestelde vergoedingen kan de cliënt die deelneemt aan de collectieve aanvullende verzekering een declaratie bij de zorgverzekeraar indienen. De vergoedingen worden voor 100% via de zorgverzekeraar betaald.

Dit geldt vanaf 1 januari 2008 ook voor de cliënt met een inkomen tot 110% van het norminkomen die deelneemt aan de collectieve aanvullende verzekering op grond van artikel 3 van de Nadere regels verordening inkomensondersteunende maatregelen voor minima Helmond.

Indien de cliënt niet aanvullend verzekerd is, kan bijzondere bijstand verstrekt worden conform de vergoeding van de collectieve aanvullende verzekering, waarbij als uitgangspunt wordt genomen de polis met de voor de cliënt meest voordelige vergoeding.

Er dient dan wel getoetst te worden op grond van de gebonden bevoegdheid van artikel 35 lid 1 WWB (betreft het (aantoonbare) noodzakelijke kosten van het bestaan, betreft het kosten waarin wordt voorzien, is er sprake van bijzondere omstandigheden in het individuele geval, kunnen de kosten worden voldaan uit de aanwezige middelen).

Het uitgangspunt is dus dat er per gezinslid maximaal eenmaal per 36 maanden een vergoeding kan plaatsvinden op grond van de collectieve aanvullende verzekering.

Op grond van bijzondere omstandigheden kan van deze termijn worden afgeweken. Vervolgens dient er dan op basis van een medisch advies vastgesteld te worden of een vergoeding vanuit de bijzondere bijstand medisch noodzakelijk is.

Wanneer er sprake is van vervanging van de bril i.v.m. stuk gaan en dit is niet aan belanghebbende verwijtbaar, kan er voor de vervanging bijzondere bijstand worden verstrekt. Wanneer het aan belanghebbende verwijtbaar is (tekortschietend besef van verantwoordelijkheid) kan er voor de vervanging leenbijstand worden verstrekt (artikel 48 lid 2 onderdeel b WWB).

Voor cliënten die een ziektekostenverzekering en een aanvullende verzekering hebben bij een andere maatschappij dan CZ of VGZ geldt dat de hoogte van de vergoeding gemaximeerd is tot de bijdrage zoals die op grond van bovenstaande collectieve aanvullende verzekering door CZ of VGZ worden vergoed, waarbij als uitgangspunt wordt genomen de polis met de voor de cliënt meest voordelige vergoeding. Voor personen met een inkomen boven bijstandsniveau geldt hierbij wel dat het inkomen boven de van toepassing zijnde bijstandsnorm geheel of gedeeltelijk als draagkracht wordt aangemerkt. Zie hieromtrent richtlijn nr.B063.

Een vergoeding voor brillenglazen vanuit het basispakket van de Zvw, hetgeen dan geldt als een voorliggende voorziening, is alleen mogelijk als voldaan wordt aan de criteria gesteld in artikel 2.13 van de Regeling zorgverzekering. Daarin is bepaald dat een vergoeding voor brillenglazen, waaronder filterglazen met of zonder visuscorrigerende werking, alleen mogelijk is indien voldaan is aan een van de

zorginhoudelijke criteria, vermeld in bijlage 3, onderdeel 2, van de regeling en de aanschaf plaatsvindt binnen twaalf maanden na een eerdere aanschaf van dit hulpmiddel.

In bijlage 3 onderdeel 2 is bepaald:

Zorginhoudelijke criteria voor vervanging van brillenglazen, waaronder filterglazen met of zonder visuscorrigerende werking, en contactlenzen zijn:

- a. hoornvliesonregelmatigheden ten gevolge van keratoconus dan wel ten gevolge van littekens na hoornvliestransplantatie, na ontstekingen van de cornea zoals bijvoorbeeld herpes of na cornea perforatie;
- b. sterke graden van brekingsafwijkingen als regel van meer dan 10 dioptrieën;
- c. bijzondere individuele zorgvragen.

Artikel II

De invulling van deze gewijzigde richtlijn treedt in werking op de eerste dag na de bekendmaking daarvan in het Gemeenteblad en werkt terug tot en met 1 januari 2009.

Met ingang van deze datum wordt de eerder op 11 maart 2008 vastgestelde richtlijn ingetrokken.

Toelichting:

In deze richtlijn wordt het beleid ten aanzien van het verlenen van bijzondere bijstand voor brillen en/of contactlenzen aangegeven.

Deze richtlijn is in het handboek WWB te vinden in: paragraaf B7.6 onderdeel 3.

Overwegingen

De AWBZ en Zvw vergoeden in het algemeen alle noodzakelijke kosten die verband houden met medische of paramedische behandeling. Beide regelingen gelden samen in het kader van de WWB als een voorliggende voorziening die passend en toereikend is. Bijstandsverlening voor deze kosten is daarom in beginsel uitgesloten (artikel 15 lid 1 WWB).

In de toelichting bij de WWB is ook nadrukkelijk gesteld dat de WWB geen functie heeft indien binnen de voorliggende regeling een bewuste beslissing is genomen over de noodzakelijkheid van de voorziening in het algemeen of in een specifieke situatie. Dus, als de voorliggende voorziening bepaalde kosten(soorten) niet vergoedt omdat daar bewust voor gekozen is of omdat de kosten niet noodzakelijk zijn, dient de WWB zich bij die keuze aan te sluiten (TK 2002-2003, 28 870, nr. 3, p. 46; CRvB 03-07-2001, nrs. 00/1989 en 00/1993 NABW).

Dit betekent in het algemeen dat kostensoorten die niet op grond van de Zvw of AWBZ worden vergoed ook niet in aanmerking komen voor bijzondere bijstand krachtens artikel 35 lid 1 WWB. Dit is slechts dan anders als de betreffende kosten noodzakelijk zijn, maar de kosten om budgettaire redenen niet of niet langer op grond van een voorliggende voorziening (volledig) worden vergoed. Dan heeft het college wel de mogelijkheid om op grond van artikel 35 lid 1 WWB (aanvullende) bijzondere bijstand te verlenen.

Op grond van gegevens van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) moet worden aangenomen dat budgettaire overwegingen de reden zijn geweest dat brillenglazen en contactlenzen nog slechts in zeer

bijzondere gevallen op basis van de Zvw worden vergoed.

Bij besluit van 27 mei 1993 heeft de toenmalige Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur de Regeling hulpmiddelen AWBZ (nu Regeling Zorgverzekering) namelijk gewijzigd. De wijziging trad in werking met ingang van 1 juli 1993. De wijziging met betrekking tot de verstrekking van gezichtshulpmiddelen houdt in dat niet langer aanspraak bestaat op de verstrekking van brillenglazen en contactlenzen, tenzij sprake is van een aantal bijzondere medische indicaties. Pas wanneer sprake is van een medische noodzaak tot vervanging van de betreffende hulpmiddelen binnen een periode van 12 maanden kan een volledige vergoeding worden verleend. Het komt er dus op neer dat in principe de eerste aanschaf van bedoelde hulpmiddelen altijd voor eigen rekening van de verzekerde is.

De staatssecretaris heeft deze maatregel uit het oogpunt van kostenbeheersing genomen.

RICHTLIJN NR. B074 OVERIG BELEID INZAKE SPECIFIEKE MEDISCHE KOSTEN

Het college van burgemeester en wethouders,

Gelet op artikel 15 eerste lid en 35 eerste lid Wet werk en bijstand (WWB)

Besluit

Vast te stellen de gewijzigde invulling van richtlijn nr. B074 Overig beleid inzake specifieke medische kosten

Artikel I

Richtlijn nr. B074 wordt als volgt ingevuld:

Voor het gemeentelijk beleid t.a.v. brillen en contactlenzen, dieetkosten, zelfzorgmiddelen bij chronische aandoening, tandheelkundige hulp, psychotherapie en fysiotherapie/oefentherapie, zie hiervoor respectievelijk de richtlijnen met nrs. B073, B151, B152, B153, B154 en B155.

Zoals vermeld in richtlijn B070 is de gemeente Helmond een collectieve overeenkomst aangegaan met zorgverzekeraar CZ en met zorgverzekeraar VGZ.

Als extra t.o.v. een aanvullende ziektekostenverzekering is daarin een uitgebreid gemeentepakket opgenomen voor een aantal kostensoorten.

Voor de inhoud van het uitgebreid gemeentepakket CZ en VGZ wordt daarnaar verwezen.

Indien in het kader van de AWBZ en de Zvw op grond van een bewuste beslissing over de noodzakelijkheid van een voorziening de keuze is gemaakt om een of meer kostensoorten niet in de voorziening op te nemen of de voorziening in een bepaalde situatie niet noodzakelijk te achten, dient de WWB zich bij die keuze aan te sluiten en komt men ten aanzien van die kosten niet voor bijstandsverlening in aanmerking.

Dit betekent in het algemeen dat kostensoorten die niet op grond van de AWBZ of de Zvw worden vergoed ook niet in aanmerking komen voor bijzondere bijstand krachtens artikel 35 lid 1 WWB.

Dit is slechts dan anders als de betreffende kosten noodzakelijk zijn, maar die kosten om budgettaire redenen niet of niet langer op grond van een voorliggende voorziening (volledig) worden vergoed. Dan heeft het college wel de mogelijkheid om op grond van artikel 35 lid 1 WWB (aanvullende) bijzondere bijstand te verlenen.

Van het uitgangspunt dat AWBZ en Zvw voor alle medisch noodzakelijke kosten een passende en toereikende voorliggende voorziening zijn, welke aan bijstandsverlening in de weg staat, kan daar waar sprake is dat de voorziening om budgettaire redenen uit het basispakket is gelaten of daar waar sprake is van een eigen bijdrage of een gedeeltelijke vergoeding van noodzakelijk te maken kosten wel bijzondere bijstand worden verstrekt als voldaan is aan de voorwaarden van artikel 35 lid 1 WWB

(betreft het (aantoonbare) noodzakelijke kosten van het bestaan, betreft het kosten waarin wordt voorzien, is er sprake van bijzondere omstandigheden in het individuele geval, kunnen de kosten worden voldaan uit de aanwezige middelen).

Onderstaand worden een aantal voorbeelden genoemd van kostensoorten waarbij aangegeven wordt of al of niet bijzondere bijstand kan worden verstrekt mits voldaan is aan de voorwaarden van artikel 35 lid 1 WWB.

Belanghebbenden worden geacht de collectieve aanvullende verzekering te hebben afgesloten.

Het deel van de kosten dat niet vergoed wordt door de basisverzekering + collectieve aanvullende verzekering, geldt dan als bijzonder noodzakelijk.

Dit geldt t.a.v. enkele van de onderstaand genoemde kostensoorten die uit het basispakket zijn gelaten omdat de noodzakelijkheid niet wordt aangenomen als voor de kostensoorten die om budgettaire redenen uit het basispakket zijn gelaten.

Indien de cliënt niet aanvullend verzekerd is, kan bijzondere bijstand verstrekt worden conform de vergoeding van de collectieve aanvullende verzekering, waarbij als uitgangspunt wordt genomen de polis met de voor de cliënt meest voordelige vergoeding.

Er dient dan wel getoetst te worden op grond van de gebonden bevoegdheid van artikel 35 lid 1 WWB (betreft het (aantoonbare) noodzakelijke kosten van het bestaan, betreft het kosten waarin wordt voorzien, is er sprake van bijzondere omstandigheden in het individuele geval, kunnen de kosten worden voldaan uit de aanwezige middelen).

T.a.v. de onderstaand genoemde kostensoorten die uit het basispakket zijn gelaten omdat de noodzakelijkheid niet wordt aangenomen, geldt dat deze cliënt wel kosten vergoed kan krijgen doch onder aftrek van de vergoeding die de collectieve aanvullende verzekering geboden zou hebben. Zijn de kostensoorten om budgettaire redenen uit het basispakket gelaten dan kan deze cliënt de kosten volledig vergoed krijgen.

T.a.v. kostensoorten die onderstaand niet genoemd worden (behoudens de kostensoorten als brillen en contactlenzen, dieetkosten, zelfzorgmiddelen bij chronische aandoening, tandheelkundige hulp, psychotherapie en fysiotherapie/oefentherapie, zie hiervoor respectievelijk de richtlijnen met nrs. B073, B151, B152, B153, B154 en B155), en die om budgettaire redenen uit het basispakket zijn gelaten, en de cliënt neemt deel aan de collectieve aanvullende verzekering, geldt daarbij dat ook de kosten vergoed kunnen worden boven de vergoeding van de collectieve aanvullende verzekering.

Ook de cliënt die niet deel neemt aan de collectieve aanvullende verzekering kan die kosten volledig vergoed krijgen.

T.a.v. kostensoorten die onderstaand niet genoemd worden en die uit het basispakket zijn gelaten omdat de noodzakelijkheid niet wordt aangenomen geldt voor de cliënt die deel neemt aan de collectieve aanvullende verzekering dat hij voor de meerkosten boven de vergoeding van de collectieve aanvullende verzekering geen vergoeding kan krijgen.

Wanneer hij niet deel neemt aan de collectieve aanvullende verzekering bestaat er voor de totale kosten geen vergoeding.

Bijkomende kosten

Bijkomende kosten die rechtstreeks verband houden met een verstrekking op grond van AWBZ en Zvw, maar die zelf niet door deze verzekeringen worden vergoed, komen in aanmerking voor bijstandsverlening. Indien op grond van AWBZ of Zvw aanspraak op een verstrekking bestaat, wordt in beginsel de noodzaak van de bijkomende kosten aangenomen. Denk daarbij onder andere aan:

- batterijen voor een medisch noodzakelijk hoortoestel;
- kleding vanwege extra slijtage in verband met prothese;
- waskosten vanwege medisch noodzakelijk gebruik van zalf;

Zie in dezen ook richtlijn B096 (Bewassing en kledingslijtage).

Orthopedische schoenen

Orthopedisch schoeisel wordt volledig door het basispakket vergoed. Wel geldt een eigen bijdrage. Aan de eigen bijdrage voor orthopedische schoenen ligt het besparingsmotief ten grondslag. Immers, iedereen zal regelmatig schoenen moeten aanschaffen. Het wordt daarom billijk geacht dat ook verzekerden die aangewezen zijn op orthopedische schoenen, een vergelijkbaar bedrag in de aanschaffingskosten van deze schoenen betalen. Aan deze eigen bijdrage liggen geen budgettaire overwegingen ten grondslag. Deze eigen bijdrage is opgenomen in de Regeling zorgverzekering.

Ingevolge artikel 2.12 van de Regeling zorgverzekering geldt voor verzekerden tot 16 jaar een eigen bijdrage van € 57,00 per paar en vanaf 16 jaar € 114,00 per paar (bedrag geldt per 01-01-2009).

Indien de basis- en de aanvullende verzekering afgesloten is bij CZ, geldt in het gemeentepakket voor orthopedische schoenen en medisch noodzakelijke aanpassingen aan confectieschoenen:

- tot 16 jaar, per paar € 25,00
- vanaf 16 jaar, per paar € 50,00

Indien de basis- en de aanvullende verzekering afgesloten is bij VGZ, geldt in het gemeentepakket: aangepaste confectieschoenen € 50,00 per paar

De cliënt die deel neemt aan de collectieve aanvullende verzekering kan voor de eigen bijdrage deels een vergoeding krijgen via deze verzekering. Voor het resterend bedrag kan geen bijzondere bijstand verstrekt worden. De Zvw wordt beschouwd als een toereikende voorliggende voorziening (artikel 15 lid 1 WWB). De cliënt die niet deel neemt aan de collectieve aanvullende verzekering kan voor de gehele eigen bijdrage geen bijzondere bijstand toegekend krijgen.

Podotherapie

Kosten van podotherapie (de kosten voor voetverzorging mits sprake is van een medische noodzaak wegens ziekte of handicap) worden niet vergoed door het basispakket. De reden die hieraan ten grondslag ligt is dat de noodzakelijkheid door de Zvw niet wordt aangenomen.

Voor podotherapie geldt echter dat voor het verschil tussen het bedrag dat voor eigen rekening blijft na vergoeding door de collectieve aanvullende verzekering bijzondere bijstand kan worden verleend.

De cliënt die deelneemt aan de collectieve aanvullende verzekering kan de totale kosten, dus de meerkosten boven de vergoeding via de verzekering, middels bijzondere bijstand vergoed krijgen.

De cliënt die niet deelneemt aan de collectieve aanvullende verzekering, kan wel de kosten vergoed krijgen doch onder aftrek van de vergoeding die de collectieve aanvullende verzekering geboden zou hebben.

Indien de basis- en de aanvullende verzekering afgesloten is bij CZ, geldt in het gemeentepakket:

- Voetbehandeling en –advisering op voorschrift arts
- Op medische indicatie door podotherapeut of pedicure voor reumatische voet / diabetesvoet (toestemming CZ nodig) € 115,00 per jaar
- Overige situaties (door podoloog of podotherapeut € 115,00 per jaar

Indien de basis- en de aanvullende verzekering afgesloten is bij VGZ, geldt in het gemeentepakket:

- podotherapie of verzorging diabetesvoet € 120,00 per jaar

Pruik

Haarwerken ter gehele of gedeeltelijke vervanging van het hoofdhaar.

Pruiken worden volledig vergoed door de basisverzekering tot een bedrag van € 269,50. Boven dat bedrag wordt om budgettaire redenen een eigen bijdrage in rekening gebracht.

Artikel 2.18 Regeling zorgverzekering: Indien de aanschafkosten van een pruik hoger zijn dan € 269,50, dan is een eigen bijdrage verschuldigd ter grootte van het verschil tussen de aanschafkosten en dat bedrag.

Voor pruiken geldt dat voor het verschil tussen het bedrag dat voor eigen rekening blijft na vergoeding door de basisverzekering en collectieve aanvullende verzekering en het bedrag aan eigen bijdrage ingevolge de Regeling zorgverzekering bijzondere bijstand kan worden verleend.

De cliënt die deelneemt aan de collectieve aanvullende verzekering kan de totale kosten, dus de meerkosten boven de vergoeding via de verzekering, middels bijzondere bijstand vergoed krijgen.

Ook de cliënt die niet deelneemt aan de collectieve aanvullende verzekering, kan de kosten volledig vergoed krijgen.

Indien de basis- en de aanvullende verzekering afgesloten is bij CZ, geldt in het gemeentepakket:

- 100% met een maximum van € 75,00

Indien de basis- en de aanvullende verzekering afgesloten is bij VGZ, geldt in het gemeentepakket:

- vergoeding eigen bijdrage pruik € 300,00

Steunzolen

Kosten voor steunzolen (geleverd door een erkende orthopedisch schoenmaker of pro/orthesemaker) worden niet vergoed door het basispakket. De reden die hieraan ten grondslag ligt is dat de noodzakelijkheid door de Zvw niet wordt aangenomen.

Voor steunzolen geldt echter dat voor het verschil tussen het bedrag dat voor eigen rekening blijft na vergoeding door de collectieve aanvullende verzekering bijzondere bijstand kan worden verleend.

De cliënt die deelneemt aan de collectieve aanvullende verzekering kan de totale kosten, dus de meerkosten boven de vergoeding via de verzekering, middels bijzondere bijstand vergoed krijgen.

De cliënt die niet deelneemt aan de collectieve aanvullende verzekering, kan wel de kosten vergoed krijgen doch onder aftrek van de vergoeding die de collectieve aanvullende verzekering geboden zou hebben.

Indien de basis- en de aanvullende verzekering afgesloten is bij CZ, geldt in het gemeentepakket: steunzolen en podotherapeutische zooltjes per paar € 55,00

Indien de basis- en de aanvullende verzekering afgesloten is bij VGZ, geldt in het gemeentepakket: € 50,00 per paar

Ziekenvervoer

Vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de Zvw, dan wel in verband met een aanspraak op grond van de AWBZ is geregeld in de artikelen 2.13 t/m 2.16 Besluit zorgverzekering.

Zittend ziekenvervoer (vervoer per auto anders dan per ambulance dan wel vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer) over een enkele reisafstand van max. 200 km is beperkt tot de volgende groepen:

- nierdialysepatiënten
- radiotherapie en chemokuurpatiënten
- visueel gehandicapten
- rolstoelgebruikers
- belanghebbenden die niet tot bovenstaande categorieën kunnen worden gerekend, maar die met succes een beroep hebben gedaan op de hardheidsclausule

Deze verzekerden zijn een eigen bijdrage verschuldigd van ten hoogste € 89,00 per kalenderjaar (artikel 2.38 Regeling zorgverzekering) (bedrag geldt per 01-01-2009).

In het kader van de AWBZ en Zvw is er een bewuste beslissing is genomen over de noodzaak om zittend ziekenvervoer in bepaalde gevallen wel (behoudens de eigen bijdrage) of niet te vergoeden. De WWB zich bij die keuze aan te sluiten. Er kan daarom in beginsel geen bijstand worden verleend in gevallen waarin er geen vergoeding mogelijk is op grond van het Besluit zorgverzekering vanwege het feit dat die kosten in deze voorliggende voorziening als niet noodzakelijke kosten worden aangemerkt

Voor dit ziekenvervoer geldt dat voor de eigen bijdrage zonder medisch advies bijzondere bijstand kan worden verstrekt.

Aan belanghebbenden die buiten de genoemde groepen vallen kan eventueel op individuele gronden bijzondere bijstand worden verstrekt. Hiervoor moet dan medisch advies worden gevraagd. Wel dient er eerst door de cliënt een beroep te zijn gedaan op de in het Besluit zorgverzekering opgenomen hardheidsclausule. Wat betreft het zittend ziekenvervoer kan ook in andere gevallen en kunnen ook anderen dan de bij het zittend ziekenvervoer genoemde personen vervoer of vergoeding van vervoer ontvangen. Dit zal moeten gebeuren middels een verklaring van de behandelend arts waarin hij stelt dat deze persoon is aangewezen op vervoer in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening. Voor deze behandeling moet de zorgverzekeraar overigens vooraf toestemming hebben gegeven.

De cliënt kan voor de kosten van de eigen bijdrage van dit ziekenvervoer zonder medisch advies bijzondere bijstand toegekend krijgen.

Gehoortoestellen

De Zorgverzekeringswet (Zvw) en AWBZ moeten beschouwd worden als aan de bijstandsverlening in de weg staande voorliggende voorziening als bedoeld in artikel 15 lid 1 WWB.

De kosten van een gehoortoestel komen in aanmerking voor vergoeding door de zorgverzekeraar op grond van de Zvw, Besluit zorgverzekering en Regeling zorgverzekering.

Verstrekt worden de kosten van:

Gehoorschulpmiddelen als aangegeven in artikel 2.14 Regeling zorgverzekering

- a. electro-akoestische hoortoestellen voor persoonlijk gebruik, in gewone dan wel bijzondere uitvoering, bestemd om op of aan het menselijk lichaam te worden gebezigd ter verbetering van een gestoord gehoor, alsmede de zogenaamde gehoorlepels of gehoorslangen die het geluid via mechanische weg versterken, waarbij als bijzondere uitvoering van een electro-akoestisch hoortoestel wordt beschouwd een:
 - cros-uitvoering;
 - bicros-uitvoering;
 - beengeleider-uitvoering;
 - uitvoering met één ingebouwde microfoon en twee aansluitingen;
 - uitvoering met één uitwendige microfoon en één aansluiting;
 - uitvoering met één ingebouwde microfoon, één uitwendige microfoon en één aansluiting;
- b. ringleidingen, bestaande uit snoer en versterker met eventueel een tafelmicrofoon dan wel infraroodapparatuur of FM-apparatuur voor geluidsoverdracht, bestaande uit een ontvanger en een zender, al dan niet met inductiespoel of hoofdtelefoon, of in kinbeugel-uitvoering, eveneens met één tafelmicrofoon;
- c. maskeerders ter behandeling van ernstig oorsuizen.

Het is mogelijk dat de kosten van het gekozen hoortoestel hoger zijn dan de maximale vergoeding die op basis van de Regeling zorgverzekering mogelijk is.

Eigen bijdrage

- De verzekerde van 16 jaar of ouder is in de volgende gevallen een eigen bijdrage verschuldigd bij de aanschaf van een hulpmiddel als hiervoor bedoeld onder a.
- de aanschafkosten zijn hoger dan € 485,00 en er is sprake van een eerste aanschaf of vervanging korter dan 6 jaar na de vorige verstrekking.
- de aanschafkosten zijn hoger dan € 575,50 en er is sprake van een vervanging na 6 tot 7 jaar na de vorige verstrekking.
- de aanschafkosten zijn hoger dan € 666,50 en er is sprake van een vervanging na 7 jaar na de vorige verstrekking.
- De verzekerde jonger dan 16 jaar is een eigen bijdrage verschuldigd bij de aanschaf van een hulpmiddel als hiervoor bedoeld onder a indien de aanschafkosten hoger zijn dan € 666,50.
- De verzekerde is het meerdere als eigen bijdrage verschuldigd.
- Indien sprake is van een hoortoestel in cros-, bicos- of beengeleidersuitvoering opgenomen in een brilmontuur, dan worden de hiervoor genoemde bedragen verhoogd met € 62,50.

Bijstandsverlening is alleen mogelijk indien en zolang, gelet op alle omstandigheden, daartoe zeer dringende redenen aanwezig zijn (artikel 16 lid 1 WWB). Aangezien met de vergoeding van de Regeling zorgverzekering een adequate voorziening is gegarandeerd, kunnen deze zeer dringende redenen zich feitelijk vrijwel nooit voordoen.

Doordat dus de vergoeding op basis van de regeling zorgverzekering in het kader van de WWB als een toereikende en passende voorziening dient te worden beschouwd, kan voor de genoemde eigen bijdragen geen bijstand worden verleend.

Indien er sprake is van zeer complexe hoorproblemen dient onderzocht te worden of de voorliggende voorziening voor deze cliënt inderdaad passend en toereikend geacht kan worden. Bijzondere bijstand voor de eigen bijdrage kan verstrekt worden indien daartoe een medische indicatie (bijvoorbeeld van het audiologisch centrum) bestaat.

De cliënt die deelneemt aan de collectieve aanvullende verzekering, kan de genoemde eigen bijdragen voor een deel vergoed krijgen.

Indien de basis- en de aanvullende verzekering afgesloten is bij CZ, geldt in het gemeentepakket:

- een bedrag van € 300,00

Indien de basis- en de aanvullende verzekering afgesloten is bij VGZ, geldt in het gemeentepakket:

- een bedrag van € 300,00

Voor het resterend bedrag kan geen bijzondere bijstand verstrekt worden. De Zvw wordt beschouwd als een toereikende voorliggende voorziening (artikel 15 lid 1 WWB). De cliënt die niet deel neemt aan de collectieve aanvullende verzekering kan voor de gehele eigen bijdrage geen bijzondere bijstand toegekend krijgen.

Alternatieve geneeswijzen

Kosten voor alternatieve geneeswijzen en homeopathische geneeswijzen.

De kosten van alternatieve geneeswijzen behoren niet tot het zorgpakket van de wettelijke ziektekostenverzekeringen. De AWBZ en Zvw kunnen met betrekking tot deze kosten dan ook niet als aan de WWB voorliggende, toereikende en passende voorzieningen worden aangemerkt. Toch bestaat er voor deze kosten in beginsel geen recht op bijstand. De wettelijke grondslag hiervoor is artikel 15 lid 1 tweede volzin WWB (zie paragraaf V2.11 onderdeel 12 van het handboek WWB). Op grond van hetgeen bij en krachtens de AWBZ en Zvw is bepaald, moet namelijk worden aangenomen dat alternatieve geneeswijzen als niet noodzakelijke hulp niet tot de omvang van de verstrekkingenpakketten van de wettelijke ziektekostenverzekeringen worden gerekend.

Soms wordt een deel van de kosten voor alternatieve geneeswijzen toch op basis van een aanvullende verzekering vergoed. Ondanks dat is er, gelet op het bovenstaande, ook dan in beginsel geen bijstandsverlening mogelijk voor de kosten van de eigen bijdragen (zie paragraaf B7.5 onderdeel 3.2 van het handboek WWB).

Voorbeelden van alternatieve geneeswijzen:

- homeopathie (zie CRvB 15-04-2003, nrs. 00/4276 NABW e.a.);
- acupunctuur;
- behandeling door osteopaat (zie CRvB 03-07-2001, nr. 01/355 NABW)
- behandeling van tandheelkundige stoornissen (zie CRvB 15-05-2001, nr. 99/5104 NABW);
- chiropractische hulp (zie CRvB 03-07-2001, nrs. 00/1989 en 00/1993 NABW);
- manuele therapie;
- orthomoleculaire therapie (zie CRvB 03-07-2001, nrs. 99/1352 e.a. NABW en CRvB 03-07-2001, nrs. 00/1989 en 00/1993 NABW).

In afwijking van het bovenstaande is toch bijstandsverlening mogelijk indien en zolang, gelet op alle omstandigheden, daartoe zeer dringende redenen aanwezig zijn (artikel 16 lid 1 WWB; zie paragraaf V2.11 onderdeel 12 van het handboek WWB).

De collectieve aanvullende verzekering via CZ en VGZ kennen vergoedingen voor alternatieve geneeswijzen en geneesmiddelen.

Wanneer de betreffende maximale vergoeding is bereikt is er geen bijzondere bijstand mogelijk, omdat de kosten voor alternatieve geneeswijzen als niet noodzakelijk worden aangemerkt.

Ook voor niet collectief verzekerden en elders verzekerden is er geen recht op bijzondere bijstand omdat de kosten voor alternatieve geneeswijzen als niet noodzakelijk worden aangemerkt.

Hoogte van de bijzondere bijstand

Voor de vastgestelde vergoedingen van bovengenoemde kostensoorten kan de cliënt die deelneemt aan de collectieve aanvullende verzekering een declaratie bij de zorgverzekeraar indienen. De vergoedingen worden voor 100% via de zorgverzekeraar betaald.

Dit geldt vanaf 1 januari 2008 ook voor de cliënt met een inkomen tot 110% van het norminkomen die deelneemt aan de collectieve aanvullende verzekering op grond van artikel 3 van de Nadere regels verordening inkomensondersteunende maatregelen voor minima Helmond.

Voor cliënten die een ziektekostenverzekering en een aanvullende verzekering hebben bij een andere maatschappij dan CZ of VGZ geldt dat de hoogte van de vergoeding gemaximeerd is tot de bijdrage zoals die op grond van bovenstaande collectieve aanvullende verzekering door CZ of VGZ worden vergoed, waarbij als uitgangspunt wordt genomen de polis met de voor de cliënt meest voordelige vergoeding. Voor personen met een inkomen boven bijstandsniveau geldt hierbij wel dat het inkomen boven de van toepassing zijnde bijstandsnorm geheel of gedeeltelijk als draagkracht wordt aangemerkt. Zie hieromtrent richtlijn nr.B063.

Op de voor bijstand in aanmerking komende kosten wordt de bij belanghebbende eventueel aanwezige draagkracht in mindering gebracht, overeenkomstig de regels opgenomen in paragraaf B7.3 van het handboek WWB.

Aan bijstand verbonden verplichtingen

Belanghebbende wordt verplicht kwitanties over te leggen.

Artikel II

De invulling van deze gewijzigde richtlijn treedt in werking op de eerste dag na de bekendmaking daarvan in het Gemeenteblad en werkt terug tot en met 1 januari 2009.

Met ingang van deze datum wordt de eerder op 11 maart 2008 vastgestelde richtlijn ingetrokken.

Toelichting:

In deze richtlijn wordt afwijkend en/of aanvullend beleid aangegeven inzake specifieke medische kostensoorten, met uitzondering van brillen en contactlenzen, dieetkosten, zelfzorgmiddelen bij chronische aandoening, tandheelkundige hulp, psychotherapie en fysiotherapie/oefentherapie. Zie hiervoor respectievelijk de beleidsregels nr. B073, B151, B152, B153, B154 en B155.

Deze richtlijn is in het handboek WWB te vinden in: paragraaf B7.6 onderdeel 2.

Overwegingen

De AWBZ en Zvw vergoeden in het algemeen alle noodzakelijke kosten die verband houden met medische of paramedische behandeling. Beide regelingen gelden samen in het kader van de WWB als een voorliggende voorziening die passend en toereikend is. Bijstandsverlening voor deze kosten is daarom in beginsel uitgesloten (artikel 15 lid 1 WWB).

In de toelichting bij de WWB is ook nadrukkelijk gesteld dat de WWB geen functie heeft indien binnen de voorliggende regeling een bewuste beslissing is genomen over de noodzakelijkheid van de voorziening in het algemeen of in een specifieke situatie. Dus, als de voorliggende voorziening bepaalde kosten(soorten) niet vergoedt omdat daar bewust voor gekozen is of omdat de kosten niet noodzakelijk zijn, dient de WWB zich bij die keuze aan te sluiten (TK 2002-2003, 28 870, nr. 3, p. 46; CRvB 03-07-2001, nrs. 00/1989 en 00/1993 NABW).

Dit betekent in het algemeen dat kostensoorten die niet op grond van de Zvw of AWBZ worden vergoed ook niet in aanmerking komen voor bijzondere bijstand krachtens artikel 35 lid 1 WWB. Dit is slechts dan anders als de betreffende kosten noodzakelijk zijn, maar de kosten om budgettaire redenen niet of niet langer op grond van een voorliggende voorziening (volledig) worden vergoed. Dan heeft het college wel de mogelijkheid om op grond van artikel 35 lid 1 WWB (aanvullende) bijzondere bijstand te verlenen.

RICHTLIJN NR. B151 DIEETKOSTEN

Het college van burgemeester en wethouders,

Gelet op artikel 15 eerste lid en 35 eerste lid Wet werk en bijstand (WWB)

Besluit

Vast te stellen de gewijzigde invulling van richtlijn nr. B151 Dieetkosten

Artikel I

Richtlijn nr. B151 wordt als volgt ingevuld:

Omschrijving kosten

Het betreft (meer)kosten voor diëten en voedingssupplementen.

Voorliggende voorzieningen

Onderscheiden worden:

- Dieetpreparaten:
niet meer als gewoon voedingsmiddel herkenbare voeding waarvan zowel de chemische samenstelling als de fysische vorm is gewijzigd, bijvoorbeeld drink- en sondevoeding.
- Dieetproducten:
in beginsel normale voeding -meestal verkrijgbaar in supermarkt of reformwinkel- waarvan alleen de chemische samenstelling is gewijzigd; bijvoorbeeld zoutloze kaas, vetarme margarine, suikervrije jam en glutenvrije producten.

Er bestaat geen recht op bijzondere bijstand als een beroep kan worden gedaan op een voorliggende voorziening (artikel 15 lid 1 WWB; zie ook paragraaf B3.3 van het handboek WWB). Denk in dit verband aan:

- Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ);
- Basisverzekering.

Recht op bijstand

De meerkosten van een medisch voorgeschreven dieet ten opzichte van de normale voeding zijn bijzondere noodzakelijke bestaanskosten. Bij gebreke van een voorliggende voorziening kan dus -naar draagkracht, en onder aftrek van de drempel indien deze voor belanghebbende nog geldt - bijzondere bijstand zijn aangewezen.

Een dieet betekent echter niet persé hogere uitgaven: een aantal diëten werkt kostenverhogend, maar een aantal andere brengt niet of nauwelijks meer, en soms zelfs minder kosten met zich dan de normale voeding. Zo wordt een dieet in verband met suikerziekte door Argonaut niet aangemerkt als een dieet met meerkosten. Met eventuele minderkosten wordt in het kader van de bijstandsverlening geen rekening gehouden.

De werkwijze met betrekking tot dieetkostenvergoedingen

In het kader van de aanvraag wordt Argonaut om een medisch advies gevraagd betreffende:

- de noodzaak van het dieet, en
- de eventuele meerkosten daarvan.

Zolang duidelijk is dat de noodzaak voortduurt hoeft niet opnieuw een Argonaut-advies te worden verzocht, maar worden de vastgestelde meerkosten per kalenderjaar aangepast op basis van de consumentenprijsindex alle huishoudens van het CBS.

Uitzonderingen:

- Voor een dieet in verband met suikerziekte behoeft geen medisch advies te worden aangevraagd: Argonaut merkt dit dieet niet aan als een dieet waardoor meerkosten ontstaan;
- Voor natriumbepoort dieet gelden standaard meerkosten. Indien er een voorschrift is van een specialist, behoeft er geen nader medisch advies bij Argonaut te worden opgevraagd. De meerkosten kunnen als volgt worden vastgesteld (bedrag geldt per 01-01-2009):
- Streng - 500 mg: € 380,00 per jaar;
- Matig - 1000 mg: € 164,00 per jaar;
- Licht - 2000mg: € 55,00 per jaar;

Op deze bedragen vindt de indexering plaats.

Op de voor bijstand in aanmerking komende kosten wordt de (eventueel) aanwezige draagkracht en het (eventueel) van toepassing zijnde drempelbedrag, overeenkomstig de regels opgenomen in paragraaf B7.3 van het handboek WWB in mindering gebracht.

Extern verzorgden

Normaliter zal geen bijstand zijn aangewezen omdat de dieetkosten in de verzorgingsprijs zijn opgenomen, en door de tehuizen niet afzonderlijk in rekening worden gebracht.

Artikel II

De invulling van deze gewijzigde richtlijn treedt in werking op de eerste dag na de bekendmaking daarvan in het Gemeenteblad en werkt terug tot en met 1 januari 2009.

Met ingang van deze datum wordt de eerder op 11 maart 2008 vastgestelde richtlijn ingetrokken.

Toelichting:

In deze richtlijn wordt het beleid ten aanzien van het verlenen van bijzondere bijstand voor dieetkosten aangegeven.

Deze richtlijn is in het handboek WWB te vinden in: paragraaf B7.6 onderdeel 5.1.

Overwegingen

Dieetkosten en voedingssupplementen

Onder dieetkosten worden de meerkosten ten opzichte van de kosten van normale gezonde voeding verstaan, die voortvloeien uit het volgen van een (medisch noodzakelijk) dieet. Met de term voedingssupplementen worden diverse pillen, tabletten, capsules, druppels en poeders aangeduid die als aanvulling op de dagelijkse voeding bedoeld zijn.

Dieetkosten en voedingssupplementen behoren niet tot het zorgpakket van de wettelijke ziektekostenverzekeringen AWBZ en Zvw (zie CRvB 07-09-2004, nr. 02/2162 NABW en CRvB 13-06-2006, nr. 05/1128 NABW). Deze kunnen met betrekking tot deze kosten dan ook niet als aan de WWB voorliggende, toereikende en passende voorzieningen worden aangemerkt. Dit betekent dat verlening van bijzondere bijstand mogelijk is indien wordt voldaan aan voorwaarden zoals aangegeven in paragraaf B7.2 onderdeel 4 van het handboek WWB. Daarbij is met name van belang:

Vraag 1: Betreft het (aantoonbare) medisch noodzakelijke kosten van het bestaan? (zie paragraaf B7.2 onderdeel 5 van het handboek WWB).

Uit jurisprudentie kan worden afgeleid dat de volgende diëten en voedingssupplementen medisch niet noodzakelijk zijn:

- een Myalgische Encephalomyelitis (M.E.)-dieet. Dit dieet werd door de GGD niet medisch noodzakelijk geacht aangezien er geen (wetenschappelijk) bewijs te vinden is dat een dergelijk dieet werkt (zie CRvB 03-07-2001, nrs. 99/1352 e.a. NABW).
- een Candida-dieet, voorgeschreven door een orthomoleculair therapeut (zie CRvB 03-07-2001, nrs. 00/1989 en 00/1993 NABW).
- voedingssupplementen, voorgeschreven door een osteopaat (zie CRvB 03-07-2001, nr. 01/355 NABW).

Vraag 2: Betreft het kosten waarin wordt voorzien? (zie paragraaf B7.2 onderdeel 6 van het handboek WWB).

De kosten voor normale voeding kan belanghebbende voldoen uit een inkomen ter hoogte van de toepasselijke norm algemene bijstand. Er dient dus sprake te zijn van meerkosten ten opzichte van normale voeding (referentievoeding). Uit jurisprudentie kan worden afgeleid dat aan het volgende dieet geen meerkosten zijn verbonden:

- diabetesdieet. Dit dieet was weliswaar noodzakelijk, doch hieraan zijn volgens de GGD geen meerkosten verbonden (zie CRvB 20-08-2002, nr. 00/376 NABW en CRvB 29-10-2002, nr. 99/3120 NABW).

Dieetpreparaten

Dieetpreparaten zijn voedingsmiddelen die ten opzichte van de normale voeding zowel een gewijzigde chemische samenstelling (voedingskundige samenstelling) als een gewijzigde fysische samenstelling (andere consistentie zoals vloeibaar of poeder) hebben. Voorbeelden van dieetpreparaten zijn de drinkvoedingen zoals Nutridrink, Fortimel en dergelijke. De AWBZ en Zvw dienen voor de kosten van

dieetpreparaten te worden beschouwd als aan de WWB voorliggende, toereikende en passende voorzieningen. Dit betekent dat artikel 15 lid 1 WWB in beginsel aan toekenning van bijzondere bijstand in deze kosten in de weg staat (zie paragraaf V2.11 onderdeel 12 van het handboek WWB).

In afwijking hiervan is toch bijstandsverlening mogelijk indien en zolang, gelet op alle omstandigheden, daartoe zeer dringende redenen aanwezig zijn (artikel 16 lid 1 WWB; zie paragraaf V2.11 onderdeel 12 van het handboek WWB).

RICHTLIJN NR. B152 ZELFZORGMIDDELEN BIJ EEN CHRONISCHE AANDOENING

Het college van burgemeester en wethouders,

Gelet op artikel 15 eerste lid en 35 eerste lid Wet werk en bijstand (WWB)

Besluit

Vast te stellen de gewijzigde invulling van richtlijn nr. B152 Zelfzorgmiddelen bij een chronische aandoening

Artikel I

Richtlijn nr. B152 wordt als volgt ingevuld:

Zelfzorgmiddelen

Zelfzorgmiddelen zijn middelen die bij de apotheek en drogist vrij te verkrijgen zijn. Deze middelen worden niet door de Zorgverzekeringswet vergoed. Behoudens chronisch (> 6 maanden) gebruik met doktersrecept.

Voorliggende voorziening

Kosten voor zelfzorggeneesmiddelen worden niet vergoed middels bijzondere bijstand.

De WWB heeft geen functie indien binnen de voorliggende regeling (Zvw en AWBZ) een bewuste beslissing is genomen over de noodzakelijkheid van de voorziening in het algemeen of in een specifieke situatie.

Doordat deze voorliggende voorziening bepaalde kosten(soorten), zoals zelfzorggeneesmiddelen, niet vergoedt omdat daar bewust voor gekozen is of omdat de kosten niet noodzakelijk zijn, dient de WWB zich bij die keuze aan te sluiten. Bijstandsverlening voor deze kosten is daarom in beginsel uitgesloten.

Zelfzorgmiddelen bij een chronische aandoening

De zelfzorggeneesmiddelen die in het zorgverzekeringspakket zijn opgenomen voor mensen die deze chronisch gebruiken, zijn de volgende vijf groepen zelfzorgmiddelen:

- middelen bij allergie
- middelen bij maagledigingsstoornissen
- middelen bij diarree
- kalktabletten
- laxemiddelen

Een chronische gebruiker is degene die het middel langer dan 6 maanden gebruikt. De arts schat van te voren in of het zelfzorggeneesmiddel langer dan 6 maanden moeten worden gebruikt. Op het recept van de arts staat dan 'voor chronisch gebruik' (CG) is. Alleen dan krijgt men deze medicijnen vergoed. De eerste twee weken moeten overigens de medicijnen altijd zelf worden betaald. Voor deze eerste twee weken is bijzondere bijstand mogelijk.

Op deze voor bijstand in aanmerking komende kosten wordt de (eventueel) aanwezige draagkracht en het (eventueel) van toepassing zijnde drempelbedrag, overeenkomstig de regels opgenomen in paragraaf B7.3 van het handboek WWB, in mindering gebracht.

Als de medicijnen bij een drogist of ergens anders worden gekocht, dan moet belanghebbende deze volledig zelf betalen. Hiervoor wordt geen bijzondere bijstand verleend.

Artikel II

De invulling van deze gewijzigde richtlijn treedt in werking op de eerste dag na de bekendmaking daarvan in het Gemeenteblad en werkt terug tot en met 1 januari 2009.

Met ingang van deze datum wordt de eerder op 11 maart 2008 vastgestelde richtlijn ingetrokken.

Toelichting:

In deze richtlijn wordt het beleid ten aanzien van het verlenen van bijzondere bijstand voor de kosten van zelfzorgmiddelen bij een chronische aandoening aangegeven.

Deze richtlijn is in het handboek WWB te vinden in: paragraaf B7.6 onderdeel 6.

Overwegingen

De AWBZ en Zvw vergoeden in het algemeen alle noodzakelijke kosten die verband houden met medische of paramedische behandeling. Beide regelingen gelden samen in het kader van de WWB als een voorliggende voorziening die passend en toereikend is. Bijstandsverlening voor deze kosten is daarom in beginsel uitgesloten (artikel 15 lid 1 WWB).

Indien in het kader van de AWBZ en Zvw 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 WWB zich bij die keuze aan te sluiten en komt men ten aanzien van die kosten niet voor bijstandsverlening in aanmerking (zie TK 2002-2003, 28 870, nr. 3, p. 46; CRvB 03-07-2001, nrs. 00/1989 en 00/1993 NABW). Dit betekent in het algemeen dat kostensoorten die niet op grond van de Zvw of AWBZ worden vergoed ook niet in aanmerking komen voor bijzondere bijstand krachtens artikel 35 lid 1 WWB (zie paragraaf B7.5 onderdeel 2 van het handboek WWB).

Zelfzorgmiddelen

Sinds 1999 moet iedereen zijn zelfzorggeneesmiddelen zelf betalen, behalve patiënten die deze medicijnen langdurig gebruiken. Zij krijgen op grond van de Regeling zorgverzekering deze geneesmiddelen wel vergoed door de zorgverzekeraar.

De zelfzorggeneesmiddelen die in het zorgverzekeringspakket zijn opgenomen voor mensen die deze chronisch gebruiken, zijn de volgende vijf groepen zelfzorgmiddelen:

- middelen bij allergie
- middelen bij maagledigingsstoornissen
- middelen bij diarree
- kalktabletten
- laxeermiddelen

Geneesmiddelenkosten die belanghebbende niet vergoed krijgt, kan hij eventueel opvoeren als buitengewone uitgave bij de belastingaangifte op grond van de Tegemoetkomingsregeling Buitengewone Uitgaven).

Een chronische gebruiker is degene die het middel langer dan 6 maanden gebruikt. De arts schat van tevoren in of het zelfzorggeneesmiddel langer dan 6 maanden moeten worden gebruikt. Op het recept van de arts staat dan 'voor chronisch gebruik' (CG) is. Alleen dan krijgt men deze medicijnen vergoed. De eerste twee weken moeten overigens de medicijnen altijd zelf worden betaald. Als de medicijnen bij een drogist of ergens anders worden gekocht, dan moet belanghebbende deze volledig zelf betalen.

In beginsel wordt, behoudens eventueel in geval van zelfzorgmiddelen bij een chronische aandoening, dus geen bijzondere bijstand verleend voor geneesmiddelen. In afwijking hiervan is toch bijstandsverlening mogelijk indien en zolang, gelet op alle omstandigheden, daartoe zeer dringende redenen aanwezig zijn (artikel 16 lid 1 WWB; zie paragraaf V2.11 onderdeel 12 van het handboek WWB).

RICHTLIJN NR. B153 TANDHEELKUNDIGE HULP

Het college van burgemeester en wethouders,

Gelet op artikel 15 eerste lid en 35 eerste lid Wet werk en bijstand (WWB)

Besluit

Vast te stellen de gewijzigde invulling van richtlijn nr. B153 Tandheelkundige hulp

Artikel I

Richtlijn nr. B153 wordt als volgt ingevuld:

Kosten voor tandheelkundige zorg worden niet vergoed middels bijzondere bijstand.

De WWB heeft geen functie indien binnen de voorliggende regeling (Zvw en AWBZ) een bewuste beslissing is genomen over de noodzakelijkheid van de voorziening in het algemeen of in een specifieke situatie.

Doordat deze voorliggende voorziening bepaalde kosten(soorten), zoals tandheelkundige zorg, niet vergoedt omdat daar bewust voor gekozen is of omdat de kosten niet noodzakelijk zijn, dient de WWB zich bij die keuze aan te sluiten. Bijstandsverlening voor deze kosten is daarom in beginsel uitgesloten.

Voor tandheelkundige kosten geldt dat de wetgever een basispakket heeft willen samenstellen en dat om die reden sprake is van een passende en toereikend te achten voorliggende voorziening (CRvB 05-12-2006, LJN: AZ4251).

Zoals vermeld in richtlijn B070 is de gemeente Helmond een collectieve overeenkomst aangegaan met zorgverzekeraar CZ en met zorgverzekeraar VGZ.

Als extra t.o.v. een aanvullende ziektekostenverzekering is daarin een uitgebreid gemeentepakket opgenomen.

Dit gemeentepakket houdt voor tandheelkundige zorg als volgt in.

Indien de basis- en de aanvullende verzekering afgesloten is bij CZ, geldt in het gemeentepakket:

- 1e en 2e preventief onderzoek (C11 en C12)	100%
- volledig kunstgebit, vergoeding eigen bijdrage	100%
- gedeeltelijke prothese of frameprothese	100%
- kroon, inlay, etsbrug, dummy, wortelkap	75%
- implantologie in een niet tandeloze kaak	75%
- overige tandheelkunde	
bijvoorbeeld consulten, vullingen en verdovingen (het bleken van tanden wordt niet vergoed)	100%
Totale maximumvergoeding tandheelkunde op jaarbasis	€ 570,00
Orthodontie tot 22 jaar	100%
- maximumvergoeding (eenmalig)	€ 2.045,00

Orthodontie vanaf 22 jaar	100%
- maximumvergoeding (eenmalig)	€ 345,00

Indien de basis- en de aanvullende verzekering afgesloten is bij VGZ, geldt in het gemeentepakket:

Voor verzekerden vanaf 22 jaar

- Preventief (UPT-codes beginnend met C en M)	
- consulten (m.u.v. C90)	100%*
- tandsteen verwijderen	100%*
- Curatief (UPT-codes beginnend met B, X, A, V, E, G, H, en T, inclusief techniekkosten)	
- vullingen	100%*
- röntgenfoto's	100%*
- parodontale hulp	100%*
- anesthesie (verdooving)	100%*
- wortelkanaalbehandeling (m.u.v. E97/E98)	100%*
- gnatologische hulp	100%*
- Prothetische zorg en restauratieve zorg (UPT-codes beginnend met P, R, en J)	
- volledige prothese voor de boven- of onderkaak	€ 245,--
- kroon- en brugwerk	80%*
- orthodontie vanaf 18 jaar	80% tot € 350,00

De kosten waar een * achter staat wordt in totaliteit vergoed tot ten hoogste € 570,00 per jaar.

Voor verzekerden tot 18 jaar

- orthodontie	80% tot € 1.815,00
- volledige prothese (eventueel op implantaten) voor boven of onderkaak	€ 245,--

Voor deze vastgestelde vergoedingen kan de cliënt die deelneemt aan de collectieve aanvullende verzekering een declaratie bij de zorgverzekeraar indienen. De vergoedingen worden voor 100% via de zorgverzekeraar betaald.

Eventuele meerkosten boven deze (richt)bedragen komen niet voor vergoeding middels bijzondere bijstand in aanmerking.

Dit geldt vanaf 1 januari 2008 ook voor de cliënt met een inkomen tot 110% van het norminkomen die deelneemt aan de collectieve aanvullende verzekering op grond van artikel 3 van de Nadere regels verordening inkomensondersteunende maatregelen voor minima Helmond.

Indien de cliënt niet deel neemt aan de collectieve aanvullende verzekering kan er voor bovengenoemde kostensoorten geen bijzondere bijstand verstrekt worden.

De Zvw wordt beschouwd als een toereikende voorliggende voorziening (artikel 15 lid 1 WWB).

De aanspraak op tandheelkundige zorg voor volwassenen is reeds in 1995 met het invoeren van de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering beperkt. De wetgever heeft toen de bewuste keuze gemaakt om bepaalde kosten niet in het pakket op te nemen.

Uit het sinds 1995 toch al niet ruime pakket, zijn in 2003 en 2004 de jaarlijkse controle (2004), röntgenfoto's (2003) en het trekken van tanden en kiezen (2004) verdwenen uit het ziekenfondspakket. Nu aangenomen mag worden dat het preventief periodiek onderzoek, het incidenteel consult en de extractie voor verzekerden van 18 jaar en ouder om budgettaire redenen uit het pakket van de voorliggende voorziening zijn verwijderd, biedt artikel 15 lid 1 WWB toch de mogelijkheid om op grond van artikel 35 lid 1 WWB (aanvullende) bijstand te verlenen. Voor de jaarlijkse controle, de röntgenfoto's en het trekken van tanden en kiezen kan dus in beginsel bijzondere bijstand worden verleend.

Wanneer de cliënt niet deelneemt aan de collectieve aanvullende verzekering kan er, mits voldaan wordt aan de voorwaarden van artikel 35 lid 1 WWB, bijzondere bijstand worden verleend voor slechts de volgende tandheelkundige kosten:

- preventief periodiek onderzoek
- een incidenteel consult
- röntgenfoto's
- de kosten in verband met de extractie van tanden en kiezen
- de eigen bijdrage die verschuldigd is voor een uitneembare volledige prothetische voorziening voor de boven- en/of de onderkaak

Voor alle overige kosten geldt dat deze voor volwassenen van 22 jaar of ouder op grond van de Zvw niet als noodzakelijk kunnen worden beschouwd en dus niet voor bijzondere bijstand in aanmerking kunnen komen.

Artikel II

De invulling van deze gewijzigde richtlijn treedt in werking op de eerste dag na de bekendmaking daarvan in het Gemeenteblad en werkt terug tot en met 1 januari 2009.

Met ingang van deze datum wordt de eerder op 11 maart 2008 vastgestelde richtlijn ingetrokken.

Toelichting:

In deze richtlijn wordt het beleid ten aanzien van het verstrekken van bijzondere bijstand voor de kosten van tandheelkundige hulp aangegeven.

Deze richtlijn is in het handboek WWB te vinden in: paragraaf B7.6 onderdeel 7.

Overwegingen

De AWBZ en Zvw vergoeden in het algemeen alle noodzakelijke kosten die verband houden met medische of paramedische behandeling. Beide regelingen gelden samen in het kader van de WWB als een voorliggende voorziening die passend en toereikend is. Bijstandsverlening voor deze kosten is daarom in beginsel uitgesloten (artikel 15 lid 1 WWB).

In de toelichting bij de WWB is ook nadrukkelijk gesteld dat de WWB geen functie heeft indien binnen de voorliggende regeling een bewuste beslissing is genomen over de noodzakelijkheid van de voorziening in het algemeen of in een specifieke situatie. Dus, als de voorliggende voorziening bepaalde kosten(soorten) niet vergoedt omdat daar bewust voor gekozen is of omdat de kosten niet noodzakelijk zijn, dient de WWB zich bij die keuze aan te sluiten (TK 2002-2003, 28 870, nr. 3, p. 46; CRvB 03-07-2001, nrs. 00/1989 en 00/1993 NABW).

Dit betekent in het algemeen dat kostensoorten die niet op grond van de Zvw of AWBZ worden vergoed ook niet in aanmerking komen voor bijzondere bijstand krachtens artikel 35 lid 1 WWB.

De aanspraak op tandheelkundige zorg voor volwassenen is reeds in 1995 met het invoeren van de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering beperkt. De wetgever heeft toen de bewuste keuze gemaakt om bepaalde kosten niet in het pakket op te nemen. De gedachte hierachter was dat iedere verzekerde tot zijn 18e levensjaar min of meer gratis zorg heeft ontvangen en zich tegen geringe meerkosten kan verzekeren tegen de kosten van tandheelkundige behandelingen. Bovendien was (en is) er een ruimere regeling in het pakket indien er een medische noodzaak voor de tandheelkundige behandeling aanwezig is.

Nu de wetgever deze keuze bewust heeft gemaakt dient het college bij het formuleren van een eigen beleid ook bij deze keuze aansluiting te zoeken. In beginsel zal er dus slechts zeer terughoudend beleid inzake bijzondere bijstand voor tandheelkundige kosten kunnen worden gevoerd.

RICHTLIJN NR. B155 FYSIOTHERAPIE EN OEFENTHERAPIE

Het college van burgemeester en wethouders,

Gelet op artikel 15 eerste lid en 35 eerste lid Wet werk en bijstand (WWB)

Besluit

Vast te stellen de gewijzigde invulling van richtlijn nr. B155 Fysiotherapie en oefentherapie

Artikel I

Richtlijn nr. B155 wordt als volgt ingevuld:

Fysiotherapie bij chronische aandoeningen

De aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie is geregeld in het Besluit zorgverzekering. Met ingang van 1 januari 2004 is de aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder reeds beperkt tot behandeling van aandoeningen waarvoor langdurige of chronische behandeling is aangewezen. Voorts behoren de eerste negen behandelingen per indicatie niet tot de aanspraak en deze komen dus voor eigen rekening van de verzekerde.

Kortdurende behandelingen zijn ook uitgesloten van de aanspraak.

De aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie is voor verzekerden jonger dan 18 jaar per 1 januari 2004 ongewijzigd gebleven. Voor hen worden de eerste negen behandelingen nog steeds vergoed.

Uit de toelichting op het Besluit zorgverzekering blijkt dat budgettaire redenen ten grondslag hebben gelegen aan de beperkingen van de aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie.

Dit betekent dat er de mogelijkheid is om op grond van artikel 35 lid 1 WWB (aanvullende) bijzondere bijstand te verlenen.

Zowel het CZ als het VGZ vergoeden de behandelingen bij chronische aandoeningen vanaf de 10e behandeling volledig.

Voor de eerste negen behandelingen geldt het volgende:

Zoals vermeld in richtlijn B070 is de gemeente Helmond een collectieve overeenkomst aangegaan met zorgverzekeraar CZ en met zorgverzekeraar VGZ.

Als extra t.o.v. een aanvullende ziektekostenverzekering is daarin een uitgebreid gemeentepakket opgenomen.

Dit gemeentepakket houdt voor fysiotherapie en oefentherapie als volgt in.

Indien de basis- en de aanvullende verzekering afgesloten is bij CZ, geldt in het gemeentepakket:

- fysiotherapie en oefentherapie Mensendieck/Cesar (bv. fysiotherapie, manuele therapie, kinderfysiotherapie, oedeemtherapie, bekkentherapie) € 325,00

Indien de basis- en de aanvullende verzekering afgesloten is bij VGZ, geldt in het gemeentepakket:

- Fysiotherapie, oedeemtherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck € 300,00

Voor de hoogte van de bijzondere bijstand gelden de bovenstaande (richt)bedragen.

Wanneer de eerste 9 behandelingen niet volledig uit het maximale vergoedingsbedrag van de collectieve aanvullende ziektekostenverzekering betaald kunnen worden, kan er voor die meerkosten bijzondere bijstand worden verleend.

Voor de bepaling van de hoogte hiervan wordt wel uitgegaan van de voor deze kostensoorten door CZ gehanteerde gecontracteerde tarieven (= marktconforme tarieven) zoals opgenomen in de Tarievenlijst per 1 januari 2009.

Er dient tevens getoetst te worden op grond van de gebonden bevoegdheid van artikel 35 lid 1 WWB (betreft het (aantoonbare) noodzakelijke kosten van het bestaan, betreft het kosten waarin wordt voorzien, is er sprake van bijzondere omstandigheden in het individuele geval, kunnen de kosten worden voldaan uit de aanwezige middelen).

Voor de vastgestelde vergoedingen kan de cliënt die deelneemt aan de collectieve aanvullende verzekering een declaratie bij de zorgverzekeraar indienen. De vergoedingen worden voor 100% via de zorgverzekeraar betaald.

Dit geldt vanaf 1 januari 2008 ook voor de cliënt met een inkomen tot 110% van het norminkomen die deelneemt aan de collectieve aanvullende verzekering op grond van artikel 3 van de Nadere regels verordening inkomensondersteunende maatregelen voor minima Helmond.

Indien de cliënt niet aanvullend verzekerd is, kan bijzondere bijstand verstrekt worden conform de vergoeding van de collectieve aanvullende verzekering, waarbij als uitgangspunt wordt genomen de polis met de voor de cliënt meest voordelige vergoeding.

Er dient dan wel getoetst te worden op grond van de gebonden bevoegdheid van artikel 35 lid 1 WWB (betreft het (aantoonbare) noodzakelijke kosten van het bestaan, betreft het kosten waarin wordt voorzien, is er sprake van bijzondere omstandigheden in het individuele geval, kunnen de kosten worden voldaan uit de aanwezige middelen).

Voor cliënten die een ziektekostenverzekering en een aanvullende verzekering hebben bij een andere maatschappij dan CZ of VGZ geldt dat de hoogte van de vergoeding gemaximeerd is tot de bijdrage zoals die op grond van bovenstaande collectieve aanvullende verzekering door CZ of VGZ worden vergoed, waarbij als uitgangspunt wordt genomen de polis met de voor de cliënt meest voordelige vergoeding.

Voor personen met een inkomen boven bijstandsniveau geldt hierbij wel dat het inkomen boven de van toepassing zijnde bijstandsnorm geheel of gedeeltelijk als draagkracht wordt aangemerkt. Zie hieromtrent richtlijn nr.B063.

Fysiotherapie bij niet chronische aandoeningen

Voor de kosten van fysiotherapie bij niet chronische aandoeningen wordt door het VGZ een deel van de kosten wel vergoed. Door het CZ wordt er geen vergoeding verstrekt.

Om de noodzaak van de kosten van behandeling bij niet chronische klachten vast te kunnen stellen, zal dan ook altijd een medisch advies aangevraagd moeten worden. Indien de noodzaak middels medisch advies wordt vastgesteld is bijzondere bijstand voor niet-chronische aandoeningen mogelijk.

Artikel II

De invulling van deze gewijzigde richtlijn treedt in werking op de eerste dag na de bekendmaking daarvan in het Gemeenteblad en werkt terug tot en met 1 januari 2009.

Met ingang van deze datum wordt de eerder op 11 maart 2008 vastgestelde richtlijn ingetrokken.

Besloten in de vergadering van 21 april 2009

Burgemeester van Helmond,
De burgemeester,
drs. A.A.M. Jacobs

De secretaris,
mr. A.C.J.M. de Kroon

Bekend gemaakt op:

28 mei 2009

De gemeentesecretaris
mr. A.C.J.M. de Kroon

Toelichting:

In deze richtlijn wordt het beleid ten aanzien van het verlenen van bijzondere bijstand voor de kosten van fysiotherapie en oefentherapie aangegeven.

Deze richtlijn is in het handboek WWB te vinden in: paragraaf B7.6 onderdeel 12.

Overwegingen

De AWBZ en Zvw vergoeden in het algemeen alle noodzakelijke kosten die verband houden met medische of paramedische behandeling. Beide regelingen gelden samen in het kader van de WWB als een voorliggende voorziening die passend en toereikend is. Bijstandsverlening voor deze kosten is daarom in beginsel uitgesloten (artikel 15 lid 1 WWB).

Indien in het kader van de AWBZ en Zvw 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 WWB zich bij die keuze aan te sluiten en komt men ten aanzien van die kosten niet voor bijstandsverlening in aanmerking (zie TK 2002-2003, 28 870, nr. 3, p. 46 en CRvB 03-07-2001, nrs. 00/1989 en 00/1993 NABW). Dit betekent in het algemeen dat kostensoorten die niet op grond van de Zvw of AWBZ worden vergoed ook niet in aanmerking komen voor bijzondere bijstand krachtens artikel 35 lid 1 WWB (zie paragraaf B7.5 onderdeel 2). Dit is slechts dan anders als de betreffende kosten noodzakelijk zijn, maar de kosten om budgettaire redenen niet of niet langer op grond van een voorliggende voorziening (volledig) worden vergoed. Dan heeft het college wel de mogelijkheid om op grond van artikel 35 lid 1 WWB (aanvullende) bijzondere bijstand te verlenen.

De aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie is geregeld in het Besluit zorgverzekeringverzekering. Met ingang van 1 januari 2004 is de aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie voor verzekerden van 18 jaar en ouder reeds beperkt tot behandeling van aandoeningen waarvoor langdurige of chronische behandeling is aangewezen. Voorts behoren de eerste negen behandelingen per indicatie niet tot de aanspraak en deze komen dus voor eigen rekening van de verzekerde. Kortdurende behandelingen zijn ook uitgesloten van de aanspraak.

De aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie is voor verzekerden jonger dan 18 jaar per 1 januari 2004 ongewijzigd gebleven. Voor hen worden de eerste negen behandelingen nog steeds vergoed.

Nu aangenomen mag worden dat om budgettaire redenen de eerste negen behandelingen fysiotherapie en oefentherapie niet zijn opgenomen in het Zvw-pakket, biedt artikel 15 lid 1 WWB het college toch de mogelijkheid om op grond van artikel 35 lid 1 WWB (aanvullende) bijstand te verlenen.

De verlening van bijzondere bijstand, als bedoeld in artikel 35 lid 1 WWB, kan overigens alleen worden verstrekt ter vergoeding van (bijzondere) kosten in het individuele geval die naar het oordeel van het college niet betaald kunnen worden uit de algemene bijstand (of een daarmee in hoogte vergelijkbaar inkomen) of de bij belanghebbende aanwezige draagkracht.