

B074	Overig beleid inzake specifieke medische kosten
Beleid	<p><u>Basisverzekering</u> In de Zorgverzekeringswet (Zvw) en AWBZ worden alle noodzakelijke kosten vergoed voor medische of paramedische behandelingen. Er kan over het algemeen geen bijstand worden verleend voor medische kosten. Dit kan alleen voor de eigen bijdrage (is de bijdrage die over blijft na verplicht eigen risico en een vrijwillige eigen risico).</p> <p><u>Niet aanvullend verzekerd</u> Als belanghebbende niet aanvullend verzekerd is, is er geen sprake van een voorliggende voorziening. De noodzakelijke zorgkosten zijn in de basisverzekering gedekt. Bij alle medische kosten buiten de basisverzekering moet eerst de noodzaak van deze kosten in het lopende kalenderjaar worden vastgesteld. Als deze noodzaak er is kan er bijzondere bijstand worden verleend. In de situatie dat belanghebbende een eerste aanvraag doet en niet aanvullend verzekerd is, is er sprake van een zogenaamd overgangsjaar. Als belanghebbende in een van de volgende kalenderjaren bijzondere bijstand aanvraagt voor medische kosten die niet door de basisverzekering worden vergoed, maar nog steeds niet maximaal verzekerd is, zal de aanvraag worden afgehandeld alsof belanghebbende AV Optimaal Plus verzekerd is. Wederom moet eerst de noodzaak van deze kosten worden vastgesteld. Als deze noodzaak er is kan er bijzonder bijstand worden verleend. Voor het deel van de kosten dat door de aanvullende verzekering zou zijn vergoed en tot het verplichte eigen risico behoort, wordt geen bijzondere bijstand verleend. Belanghebbende wordt in een volgend kalenderjaar (als er gelegenheid is geweest om over te stappen) geacht zich maximaal aanvullend verzekerd te hebben.</p> <p><u>Aanvullende verzekering</u> Niet alle zorg wordt gedekt door het basispakket. Daarom kan belanghebbende een aanvullende verzekering afsluiten voor bijvoorbeeld extra fysiotherapiebehandelingen, alternatieve geneeswijzen of voor tandartshulp voor mensen boven de 22 jaar. De noodzakelijke zorg is in principe gedekt in de basisverzekering.</p> <p><u>behandeltarief</u> Als de medische kosten (deels) vergoed worden uit de aanvullende verzekering moet altijd de noodzaak voor deze medische kosten eerst worden vastgesteld. Daarbij moet bij de medische kosten, zoals tandartskosten, beoordeeld worden of er een goedkopere adequate behandeling beschikbaar is. In de zorg worden de tarieven in verband met marktwerking door de overheid losgelaten. De belanghebbende moet onderzoeken waar de behandeling het goedkoopst en adequaat uitgevoerd wordt. De maximum vergoeding van een behandeling is het maximum tarief wat AV Optimaal Plus vergoed.</p> <p><u>Vergoeding hulpmiddelen</u> Hulpmiddelen worden in de regel niet in acute situaties</p>

verstrekt. In de aanvullende verzekering AV Optimaal Plus wordt een maximum vergoeding en een termijn vastgesteld waarin de vergoeding gegeven wordt. Ook hier geldt dat belanghebbende naar een goedkoop en adequate voorziening op zoek moet gaan. Dit doet hij door bij drie leveranciers van de hulpmiddel een offerte op te vragen. De gemeente neemt een aanvraag met offertes in behandeling. Als belanghebbende achteraf met de nota komt, waar niet uit blijkt dat belanghebbende naar een goedkoop adequate voorziening heeft gezocht, kan de aanvraag niet in behandeling worden genomen.

Nadat de noodzaak van de medische kosten is vastgesteld geldt:

Aanvullend verzekerd, maar niet maximaal

Als belanghebbende wel aanvullend verzekerd is, maar niet maximaal, kunnen zich de volgende situaties voordoen:

- de kosten worden volledig vergoed;
- de kosten worden deels vergoed;
- de kosten worden niet vergoed.

Volledig vergoeding

Als de kosten volledig worden vergoed is er geen sprake van bijzondere bijstand.

Deels vergoeding

Als de kosten deels worden vergoed, kan het gaan om de volgende situaties:

- er is sprake van een verplicht eigen risico;
- er is sprake van een vrijwillige eigen risico;
- er is sprake van een eigen bijdrage
- de maximum vergoeding is bereikt.

Als er sprake is van het wettelijke eigen risico, dan komt deze niet voor bijzondere bijstand in aanmerking.

Het vrijwillige eigen risico komt boven op het verplichte eigen risico. Als er sprake is van een vrijwillige eigen risico komt de belanghebbende in principe niet voor bijzondere bijstand in aanmerking omdat de belanghebbende gekozen heeft voor dit risico.

Als er sprake is van een eigen bijdrage dan kan de belanghebbende voor bijzondere bijstand in aanmerking komen nadat de noodzaak voor de medische kosten is vastgesteld.

Maximumvergoeding

Als de kosten niet worden vergoed, kan het gaan om de volgende situaties:

- de maximum vergoeding voor een behandeling binnen één kalenderjaar is bereikt;
- dezelfde kosten binnen door de zorgverzekeraar gestelde termijn worden opnieuw gemaakt
- de kosten worden niet gedekt door de aanvullende zorgverzekering

Als de maximumvergoeding voor een behandeling binnen één kalenderjaar is bereikt kan, op grond van het feit dat deze kosten tot het maximum wel worden vergoed, de noodzaak worden aangenomen en kan er bijzondere bijstand voor deze kosten worden verleend.

In de (aanvullende) ziektekostenverzekering zijn termijnen vastgelegd waarin een voorziening opnieuw vergoed wordt. Als bijzondere bijstand wordt aangevraagd voor medische kosten binnen dit termijn, wordt er geen bijzondere bijstand verleend, tenzij de noodzaak er is kan er bijzondere bijstand worden verleend.

Als de kosten niet gedekt zijn door de aanvullende zorgverzekering moet de noodzaak van de kosten worden vastgesteld. Als deze noodzaak er is kan bijzondere bijstand voor deze kosten worden verleend.

Ook hier is sprake van een zogenaamd overgangsjaar: als belanghebbende in een van de volgende kalenderjaren bijzondere bijstand aanvraagt, maar nog steeds niet maximaal verzekerd is, zal de aanvraag worden afgehandeld alsof belanghebbende AV Optimaal Plus verzekerd is. Voor het deel van de kosten dat door de aanvullende verzekering zou zijn vergoed, wordt geen bijzondere bijstand verleend.

Belanghebbende wordt in een volgend kalenderjaar (als er gelegenheid is geweest om over te stappen) geacht zich maximaal aanvullend verzekerd te hebben.

Als belanghebbende onverhoopt niet voor de (aanvullende) verzekering wordt geaccepteerd, kan hetgeen hierboven beschreven is niet zonder meer worden toegepast, maar moet er maatwerk worden geleverd.

Maximaal aanvullend verzekerd

Als belanghebbende wel maximaal aanvullend verzekerd is, kunnen zich de volgende situaties voordoen:

- de kosten worden volledig vergoed;
- de kosten worden deels vergoed;
- de kosten worden niet vergoed.

Volledig vergoeding

Als de kosten volledig worden vergoed is er geen sprake van bijzondere bijstand.

Deels vergoeding

Als de kosten deels worden vergoed, kan het gaan om de volgende situaties:

- er is sprake van een verplicht eigen risico;
- er is sprake van een vrijwillige eigen risico;
- er is sprake van een eigen bijdrage
- de maximum vergoeding is bereikt.

Als er sprake is van de wettelijke eigen risico, dan komt deze niet voor bijzondere bijstand in aanmerking.

De vrijwillige eigen risico komt boven op de verplichte eigen risico. Als er sprake is van een vrijwillige eigen risico komt de belanghebbende in principe niet voor bijzondere bijstand in aanmerking omdat de belanghebbende gekozen heeft voor dit risico.

Als er sprake is van een eigen bijdrage dan kan de belanghebbende voor bijzondere bijstand in aanmerking komen

nadat de noodzaak voor de medische kosten is vastgesteld.

Maximumvergoeding

Als de kosten niet worden vergoed, kan het gaan om de volgende situaties:

- de maximum vergoeding voor een behandeling binnen één kalenderjaar is bereikt;
- dezelfde kosten binnen door de zorgverzekeraar gestelde termijn worden opnieuw gemaakt
- de kosten worden niet gedekt door de aanvullende zorgverzekering

Als de maximumvergoeding voor een behandeling binnen één kalenderjaar is bereikt kan, op grond van het feit dat deze kosten tot het maximum wel worden vergoed, de noodzaak worden aangenomen en kan er bijzondere bijstand voor deze kosten worden verleend.

In de (aanvullende) ziektekostenverzekering zijn termijnen vastgelegd waarin een voorziening opnieuw vergoed wordt. Als bijzondere bijstand wordt aangevraagd voor medische kosten binnen dit termijn, wordt er geen bijzondere bijstand verleend, tenzij de noodzaak er is kan er bijzondere bijstand worden verleend.

Als de kosten niet gedekt zijn door de aanvullende zorgverzekering moet de noodzaak van de kosten worden vastgesteld. Als deze noodzaak er is kan bijzondere bijstand voor deze kosten worden verleend.

Bij twijfel over de noodzaak, maar in ieder geval bij verrichtingen waarvan de totale kosten meer dan € 300,- bedragen, moet de klant een ondertekende schriftelijke verklaring van de(tand)arts overleggen waarin deze verklaart dat de verrichtingen noodzakelijk zijn.