

Beleidsregels bijzondere bijstand Participatiewet voor medische kosten gemeente Terschelling 2026

Het college van burgemeester en wethouders van de gemeente Terschelling;

overwegende dat het college duidelijk wil maken onder welke voorwaarden de inwoners van de gemeente Terschelling bijzondere bijstand kunnen ontvangen voor medische kosten.

gelet op artikel 35 van de Participatiewet;

besluit vast te stellen:

De Beleidsregels bijzondere bijstand Participatiewet voor medische kosten gemeente Terschelling 2026

Inleiding

Deze beleidsregels gaan over bijzondere bijstand medische kosten. In het vervolg van deze regels wordt gesproken van een 'Tegemoetkoming in de Medische Kosten'.

In deze beleidsregels kunt u lezen voor welke kosten u een vergoeding kunt krijgen en welke voorwaarden hierbij horen. Als u aan de algemene voorwaarden voldoet, kunt u bij de artikelen 11 t/m 21 bekijken welke vergoeding u maximaal kunt ontvangen.

Als u andere medische kosten heeft (die niet genoemd zijn in de artikelen 11 t/m 21), of er is sprake van een medische noodsituatie dan kunt u contact opnemen met De Dienst Noardwest Fryslân via 0517 380 361. We kijken dan of er in uw individuele bijzondere situatie een uitzondering kan worden gemaakt op deze regels en alsnog een vergoeding voor uw kosten kan worden verstrekt. Dit noemen we maatwerk.

Algemeen

Artikel 1 Begrippen

De termen in deze beleidsregels hebben dezelfde betekenis als in de Participatiewet (wet) en de Algemene wet bestuursrecht. Daarnaast gelden de volgende betekenissen:

- a. aanvrager: persoon die een tegemoetkoming aanvraagt op grond van deze beleidsregels.
- b. bijstandsnorm: de toepasselijke norm zoals bedoeld in artikel 5, onderdeel c, van de Participatiewet.
- c. college: het college van burgemeester en wethouders van de gemeente Terschelling.
- d. draagkracht: draagkracht in relatie tot bijzondere bijstand is de ruimte in het inkomen en vermogen die kan worden gebruikt om de bijzondere noodzakelijke medische kosten zelf te kunnen betalen. De draagkracht wordt uitgedrukt in een percentage.
- e. drempelbedrag: het bedrag bedoeld in artikel 35, tweede lid, van de Participatiewet.
- f. inkomen: inkomen zoals omschreven in de artikelen 32, 33 en 36b van de Participatiewet.
- g. medische kosten: kosten voor medische behandelingen en/of aandoeningen die vallen onder de Zorgverzekeringswet.
- h. MSNP: afkorting van Minnelijke Schuldsanering Natuurlijke Personen. Dit is een vrijwillige regeling om schulden af te lossen met hulp van een schuldhulpverlener.
- i. NIBUD-prijzengids: de richtlijnen voor uitgaven zoals opgesteld door het Nationaal Instituut voor Budgetvoorlichting (NIBUD), geldig op het moment van de aanvraag.
- j. tegemoetkoming: de bijzondere bijstand voor medische kosten zoals bedoeld in artikel 35, eerste lid, van de Participatiewet en deze beleidsregels.
- k. vermogen: vermogen zoals bedoeld in artikel 34 van de Participatiewet.
- l. vrij te laten bedrag (Vtlb): het deel van het inkomen dat iemand mag houden als hij in een schuldregeling zit (MSNP of WSNP)
- m. wet: de Participatiewet.
- n. WSNP: afkorting van Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen. Dit is een wettelijke regeling voor schuldsanering.

Artikel 2 Aanvraag tegemoetkoming voor kosten die al gemaakt zijn

Een tegemoetkoming kan aangevraagd worden voor medische kosten die tot maximaal drie maanden vóór de aanvraag zijn gemaakt.

Artikel 3 Op welke manier het inkomen voor de draagkracht wordt berekend

1. Bij de berekening van draagkracht wordt het inkomen vastgesteld op basis van de artikelen 32, 33 en 36b van de wet.
2. Als de aanvrager geen bijstandsuitkering heeft, dan wordt gekeken naar het inkomen van de maand vóór de aanvraagdatum.
3. Bij wisselende inkomsten wordt gerekend met het gemiddelde inkomen van de drie maanden vóór de aanvraagdatum.
4. Bij WSNP, MSNP of als er beslag op het inkomen is gelegd wordt het inkomen vastgesteld op basis van de meest recente vrij te laten bedrag berekening (Vtlb).

Artikel 4 Op welke manier het vermogen voor de draagkracht wordt berekend

1. Het vermogen wordt vastgesteld volgens artikel 34 van de wet.
2. Als peildatum voor het vaststellen van het vermogen geldt de 1e van de maand waarin de aanvraag wordt gedaan.
3. Het vermogen in een eigen woning waarin de aanvrager en het gezin woont wordt niet meegeteld bij het vermogen.
4. Afkoopwaarden van verzekeringen worden niet meegeteld bij het vermogen.
5. Voor één auto of een motor geldt een extra vrijlating van € 6.000,-.

Artikel 5 Berekening van de hoogte van de draagkracht

1. Bij een inkomen tot en met 130% van de bijstandsnorm is er geen draagkracht.
2. Bij een inkomen hoger dan 130% van de bijstandsnorm wordt 35% van het meerdere meegerekend als draagkracht.
3. Vermogen boven de grens van het bedrag dat genoemd is in artikel 34, derde lid, van de wet wordt volledig meegenomen in de draagkracht.
4. Een vastgestelde draagkracht blijft geldig, tenzij het inkomen of vermogen structureel met 25% of meer verandert.

Artikel 6 Draagkrachtperiode

1. De draagkrachtperiode is 12 maanden en start op de eerste dag van de maand waarin de kosten worden gemaakt.
2. Als bijzondere bijstand met terugwerkende kracht wordt toegekend, begint de draagkrachtperiode op de eerste dag van de maand waarin de kosten begonnen zijn.
3. In afwijking van het eerste lid wordt de draagkrachtperiode vastgesteld op 36 maanden bij inwoners die:
 - a. de pensioengerechtigde leeftijd hebben bereikt en geen draagkracht hebben;
 - b. een arbeidsongeschiktheidsuitkering op grond van de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) of Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) ontvangen en geen draagkracht hebben;
 - c. een bijstandsuitkering ontvangen.

Artikel 7 Verrekening van draagkracht

1. Bij incidentele kosten wordt de draagkracht in één keer op de tegemoetkoming in mindering gebracht.
2. Bij periodieke kosten wordt de draagkracht per maand met de tegemoetkoming verrekend.
3. Bij een samenloop van incidentele en periodieke kosten wordt de draagkracht eerst verrekend met de incidentele tegemoetkoming.

Artikel 8 Drempelbedrag

Er geldt geen drempelbedrag voor medische kosten.

Algemene voorwaarden**Artikel 9 Algemene bepalingen**

1. Een vergoeding vanuit de zorgverzekering, aanvullende verzekering of tandartsverzekering gaat altijd voor op een vergoeding vanuit de tegemoetkoming medische kosten. Dit betekent dat de aanvrager hier in de eerste plaats gebruik van moet maken.
2. Het is mogelijk dat er aanvullend op een gedeeltelijke vergoeding vanuit de zorgverzekering, aanvullende verzekering of tandartsverzekering een tegemoetkoming medische kosten wordt verstrekt. Dit is per kostensoort bepaald in de artikelen 11 tot en met 21.

Artikel 10 Eigen risico

Het verplichte en vrijwillige eigen risico van de zorgverzekering wordt niet vergoed.

Specifieke kostensoorten

Artikel 11 Brillen en contactlenzen

1. Er kan eenmalig een tegemoetkoming verstrekt worden per 3 jaar. Deze tegemoetkoming is maximaal € 500,- voor een bril of contactlenzen.
2. De tegemoetkoming komt naast een eventuele vergoeding vanuit de aanvullende verzekering.

Artikel 12 Hoortoestellen

1. Per hoortoestel wordt maximaal € 250,- verstrekt voor de wettelijke eigen bijdrage.
2. Batterijen en accessoires worden vergoed.

Artikel 13 Tandartskosten

1. Een aanvrager met een aanvullende verzekering voor tandartskosten, krijgt de volledige resterende kosten vergoed.
2. Een aanvrager zonder een aanvullende verzekering voor tandartskosten krijgt voor deze kosten een tegemoetkoming van maximaal € 250,- per kalenderjaar
3. Voor cosmetische behandelingen wordt geen tegemoetkoming verstrekt.

Artikel 14 Orthodontie (tot 18 jaar)

1. Een aanvrager met een aanvullende verzekering voor orthodontiekosten, krijgt de volledige kosten vergoed.
2. Een aanvrager zonder een aanvullende verzekering voor orthodontiekosten krijgt voor deze kosten een tegemoetkoming van maximaal € 250,- per kalenderjaar

Artikel 15 Fysiotherapie

1. Een aanvrager met een aanvullende verzekering voor fysiotherapie, krijgt voor maximaal 24 behandelingen fysiotherapie per kalenderjaar een vergoeding. Deze vergoeding komt naast de behandelingen die door de aanvullende verzekering voor fysiotherapie zijn vergoed.
2. Een aanvrager zonder een aanvullende verzekering voor fysiotherapie, krijgt voor maximaal 4 behandelingen per kalenderjaar een tegemoetkoming.

Artikel 16 Medicijnen

1. Voor de wettelijke eigen bijdrage voor medicijnen krijgt de aanvrager een tegemoetkoming tot maximaal €250,- per kalenderjaar.
2. De tegemoetkoming wordt alleen verstrekt voor de medicijnen die opgenomen zijn in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van Zorginstituut Nederland.

Artikel 17 Ziekenvervoer

De wettelijke eigen bijdrage voor ziekenvervoer wordt vergoed.

Artikel 18 Dieetkosten

1. Diëten uit de lijst 'meerkosten dieetvoeding' van het NIBUD komen in aanmerking voor een tegemoetkoming.
2. De tegemoetkoming is gebaseerd op de normbedragen uit de NIBUD-prijzengids.

Artikel 19 Orthopedische schoenen en steun- en therapiezolen

1. De wettelijke eigen bijdrage voor orthopedisch schoeisel wordt vergoed.
2. Steun- of therapiezolen krijgt de aanvrager één keer per kalenderjaar volledig vergoed.

Artikel 20 Alternatieve geneeswijzen

1. Voor alternatieve geneeswijzen krijgt de aanvrager een tegemoetkoming tot maximaal €250,- per kalenderjaar.
2. Deze tegemoetkoming komt naast een eventuele vergoeding vanuit de aanvullende verzekering.

Artikel 21 Abonnementskosten personenalarmering

De abonnementskosten van personenalarmering, die via de basisverzekering is toegekend, worden vergoed.

Artikel 22 Maatwerk

1. Op grond van dit maatwerk artikel kan de aanvrager een tegemoetkoming ontvangen als er sprake is van bijzondere situaties. Hiervan is sprake als:
 - er andere kosten zijn dan genoemd in artikelen 11 tot en met 21, of;
 - er onverwachte medisch noodzakelijke kosten zijn en de aanvrager deze niet kan betalen.

2. Voor een aanvraag op grond van maatwerk gelden aanvullende voorwaarden die in dit artikel zijn vermeld.
3. In afwijking van artikel 5, derde lid, wordt ook het vermogen onder de grens van het bedrag dat genoemd is in artikel 34, derde lid, van de wet meegenomen in de draagkracht, waarbij éénmaal de bijstandsnorm wordt vrijgelaten.
4. Als de tegemoetkoming wordt verstrekt omdat de aanvrager niet (aanvullend) verzekerd is voor deze kosten, wordt deze eenmalig verstrekt.
5. Het college verstrekt alleen voor de goedkoopste oplossing die passend is voor de situatie een tegemoetkoming.
6. Aan de tegemoetkoming kunnen voorwaarden worden verbonden.
7. Voor de beoordeling van de aanvraag onderbouwt de aanvrager dat de medische kosten noodzakelijk zijn. Dit kan met bijvoorbeeld:
 - a. nota's, facturen of betalingsbewijzen;
 - b. overzicht zorgverzekeraar (wat wel/niet is vergoed);
 - c. verklaring van behandelend arts of paramedicus waarin de noodzaak kort en feitelijk wordt bevestigd.
8. Als het college de noodzaak niet kan vaststellen, kan een extern medisch advies worden gevraagd.

Slotbepalingen

Artikel 23 Inwerkingtreding

Deze beleidsregels treden in werking op 1 januari 2026.

Artikel 24 Intrekking

De 'Beleidsregels bijzondere bijstand Participatiewet voor medische kosten gemeente Terschelling 2025' worden per 1 januari 2026 ingetrokken.

Artikel 25 Naam van de regels

Deze regels worden aangehaald als Beleidsregels bijzondere bijstand Participatiewet voor medische kosten gemeente Terschelling 2026.

Vastgesteld door het college van burgemeester en wethouders van de gemeente Terschelling in de vergadering van 28 oktober 2025,

R. Cazemier, burgemeester

H. d. Jong, gemeentesecretaris

Toelichting op de beleidsregels bijzondere bijstand voor medische kosten

Als inwoners extra medische kosten hebben door bijzondere omstandigheden, kunnen zij bijzondere bijstand aanvragen. In het vervolg van dit artikel wordt gesproken over Tegemoetkoming Medische Kosten. De grondslag is te vinden in artikel 35 van de Participatiewet (hierna: wet). In deze beleidsregels zijn de voorwaarden opgenomen waaronder deze tegemoetkoming wordt verstrekt. Om uniformiteit in de werkwijze te bevorderen zijn enkele veel voorkomende kostensoorten nader omschreven. Ook de mogelijkheid om maatwerk te verlenen is opgenomen. Hieronder volgt een toelichting per artikel.

Artikelsgewijze toelichting:

Artikel 1 Begrippen

Deze regels gaan over de tegemoetkoming medische kosten. Met 'medische kosten' bedoelen we kosten die onder de Zorgverzekeringswet vallen. Medische kosten die niet onder de Zorgverzekeringswet vallen komen niet in aanmerking voor vergoeding vanuit deze beleidsregel. Eigen bijdragen die voortvloeien uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) of de Wet langdurige zorg (Wlz) komen niet in aanmerking voor vergoeding vanuit bijzondere bijstand. Als een inwoner deze eigen bijdrage niet kan betalen vanwege onvoldoende betalingscapaciteit kan er ontheffing worden verleend van de eigen bijdrage.

Artikel 2 Aanvraag tegemoetkoming voor kosten die al gemaakt zijn

Er kan tot maximaal drie maanden terug worden gegaan met vergoeding van de kosten. De dag waarop de kosten zijn gemaakt (zoals genoemd in lid 1) is de datum die op de factuur staat.

Artikel 3 Op welke manier het inkomen voor de draagkracht wordt berekend

In dit artikel is geregeld op welke wijze de hoogte van het inkomen wordt vastgesteld. Dit is van belang voor de draagkrachtberekening. Er is aangesloten bij het inkomensbegrip in de wet. Als er een schuldregeling loopt (wettelijke of minnelijke traject) of als er beslag is gelegd op het inkomen wordt uitgegaan van het feitelijk besteedbaar inkomen wat overblijft na toepassing van de schuldregeling of het beslag. Dit wordt het vrij te laten bedrag genoemd (Vtlb). Bij wisselende inkomsten kunnen zich situaties voordoen die nadelig uitpakken voor de inwoner en niet overeenkomen met de bedoeling van de draagkrachtberekening. Hiervan kan bijvoorbeeld sprake zijn bij een kleine zelfstandige met een piek in werkzaamheden en inkomsten gedurende de drie maanden van de draagkrachtberekening. In dergelijke situaties kan er over een langere periode een berekening worden gemaakt. Dit is ter beoordeling aan het college.

Artikel 4 Op welke manier het vermogen voor de draagkracht wordt berekend

In dit artikel is geregeld op welke wijze de hoogte van het vermogen wordt vastgesteld. Dit is van belang voor de draagkrachtberekening. Er is aangesloten bij het vermogensbegrip in de wet, met daarop enkele uitzonderingen. In het derde lid is geregeld dat vermogen in een eigen woning waarin belanghebbende en zijn gezin woont niet meetelt, het gaat dan om de overwaarde van de woning. Ook afkoopwaarden van verzekeringen tellen niet mee. Dit kan gaan om woningfinancieringsverzekeringen maar ook om een losse (levens)verzekering, die losstaat van een eigen woning of een begrafenisverzekering.

Voor de waarde van het motorvoertuig wordt uitgegaan van de dagwaarde. Indien belanghebbende over meerdere voertuigen beschikt wordt de vrijlating van € 6.000,00 toegepast op het oudste voertuig op naam. De eventuele meerwaarde boven € 6.000,00 van het voertuig wordt meegenomen in de vaststelling van het vermogen.

Artikel 5 Berekening van de hoogte van de draagkracht

Voor de berekening van de hoogte van de draagkracht is van belang wat de inkomens- en vermogensgrens is. Is het inkomen lager dan 130% van de bijstandsnorm die voor iemand geldt, dan is er geen sprake van draagkracht uit inkomen. Is het inkomen hoger dan 130% van de bijstandsnorm dan wordt over het meerdere 35% berekend als draagkracht. Dit is het bedrag wat belanghebbende zelf moet aanwenden voor de kosten.

Voor het vermogen ligt de grens op de vermogensgrenzen die in de wet zijn bepaald. Als het vermogen lager is dan deze grens, dan is er geen draagkracht uit vermogen. Is het vermogen hoger dan deze grens dan is al het vermogen boven deze grens de draagkracht. Dit is dan het bedrag wat belanghebbende zelf moet aanwenden voor de kosten.

De in het tweede lid, onderdeel b, bedoelde vermogensgrens is:

- a. voor een alleenstaande: € 7.770,00;
- b. voor een alleenstaande ouder: € 15.540,00;
- c. voor de gehuwden tezamen: € 15.540,00.

Deze bedragen kunnen tweemaal per jaar wijzigen.

Als de totale draagkracht hoger is dan de eventuele vergoeding, bestaat er geen recht op bijzondere bijstand.

Artikel 6 Draagkrachtperiode

De vastgestelde draagkracht geldt voor een periode van 12 maanden. Deze wordt vastgesteld op de datum die op de factuur staat. Binnen de vastgestelde draagkrachtperiode hoeft bij een nieuwe aanvraag niet opnieuw een draagkrachtberekening plaats te vinden, tenzij er sprake is geweest van een wijziging in het inkomen of vermogen.

Voor een aantal inwoners wordt de draagkrachtperiode vastgesteld op 36 maanden. Bij deze groep inwoners is de kans klein dat het inkomen wijzigt, waardoor de draagkracht periode langer kan worden vastgesteld.

Artikel 7 Verrekening van draagkracht

Dit artikel legt uit hoe iemands draagkracht (het bedrag dat iemand zelf kan betalen) wordt verrekend met de bijzondere bijstand.

Lid 1 – Incidentele kosten

Gaat het om eenmalige kosten (bijvoorbeeld een bril of wasmachine), dan wordt de draagkracht in één keer van de bijstand afgehaald.

Lid 2 – Periodieke kosten

Bij vaste, terugkerende kosten (zoals bewindvoering of eigen bijdrage hulp) wordt de draagkracht per maand verrekend.

Lid 3 – Samenloop van kosten

Als iemand zowel eenmalige als maandelijkse kosten heeft, dan wordt de draagkracht eerst gebruikt voor de eenmalige kosten. Wat daarna overblijft, wordt verrekend met de maandelijkse kosten.

Artikel 8 Drempelbedrag

In de wet is de mogelijkheid opgenomen om een drempelbedrag in te stellen bij vergoedingen vanuit bijzondere bijstand. Er wordt voor gekozen om geen drempelbedrag te hanteren.

Artikel 9 Algemene bepalingen

De bijzondere bijstand die wordt verstrekt op grond van deze beleidsregel is bedoeld als aanvulling op de eventuele vergoedingen die belanghebbende ontvangt vanuit de zorgverzekering. Er wordt vanuit gegaan dat elke inwoner zich voldoende verzekert tegen ziektekosten. Naast de basisverzekering is een aanvullende verzekering en een tandartsverzekering daar ook onderdeel van. Als daaraan is voldaan kan er bijzondere bijstand worden vertrekt voor de vaste kostensoorten die benoemd worden in de beleidsregel.

Als er geen aanvullende verzekering is afgesloten is per specifieke kostensoort bepaald wat de hoogte van de vergoeding betreft.

Artikel 10 eigen risico

Voor het verplicht eigen risico is er de Compensatieregeling Eigen Risico (CER). Vergoeding van het verplicht of vrijwillig eigen risico is op grond van deze beleidsregel daarom niet mogelijk.

Artikel 11 brillen en contactlenzen

Met een bril wordt bedoeld het montuur inclusief de glazen. Een brilvergoeding kan één keer worden aangevraagd in een periode van drie jaar.

Je hoeft geen aanvullende verzekering te hebben om de tegemoetkoming te ontvangen. Als er wel een aanvullende verzekering is, kan de tegemoetkoming bovenop de vergoeding vanuit de verzekering worden verstrekt.

Voorbeeld geen aanvullende verzekering voor een bril aanwezig: de kosten van de bril zijn € 650,-. De aanvrager krijgt een tegemoetkoming van € 500,- en betaalt zelf € 150,-.

Voorbeeld wel aanvullende verzekering voor een bril aanwezig: de kosten van de bril zijn € 650,-. De verzekering vergoedt € 150,-. De aanvrager krijgt een tegemoetkoming van € 500,- en betaalt zelf € 0,-.

Artikel 12 hoortoestellen

Hoortoestellen voor mensen van 18 jaar en ouder worden deels vergoed door de basisverzekering. Voor de wettelijke eigen bijdrage wordt een tegemoetkoming verstrekt tot maximaal € 250,00 per hoortoestel.

Hoortoestellen voor personen tot 18 jaar worden volledig vergoed vanuit de basisverzekering.

Artikel 13 tandartskosten

Met een tandartsverzekering kunnen inwoners zich tot een bepaald bedrag verzekeren. Als de maximale vergoeding van de tandartsverzekering is bereikt wordt er voor de volledige resterende tandartskosten een vergoeding verstrekt.

Als er geen tandartsverzekering is afgesloten is er een vergoeding mogelijk tot een maximaal bedrag per kalenderjaar.

Cosmetische behandelingen komen niet in aanmerking voor vergoeding. Onder cosmetische behandelingen vallen de prestatiecodes E97 en alle K codes. Met prestatiecodes worden de codes bedoeld zoals die gebruikt worden bij de prestatiesbeschrijvingen in de Beleidsregel Tandheelkundige zorg en de Beleidsregel experiment cosmetische mondzorg van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Artikel 14 Orthodontie (tot 18 jaar)

Met een aanvullende verzekering kunnen inwoners zich tot een bepaald bedrag verzekeren voor de kosten van orthodontie voor kinderen tot 18 jaar. Als de maximale vergoeding van deze aanvullende verzekering voor orthodontiekosten is bereikt wordt er voor de volledige orthodontiekosten een vergoeding verstrekt. Als de aanvrager zich op het moment van de aanvraag heeft verzekerd voor deze kosten, maar er is sprake van een wachttijd waardoor er nog geen vergoeding vanuit de verzekering wordt verstrekt dan komen ook de volledige orthodontiekosten in aanmerking voor vergoeding.

Als er geen verzekering voor orthodontiekosten is afgesloten is er een vergoeding mogelijk tot een maximaal bedrag per kalenderjaar.

Artikel 15 Fysiotherapie

Met een aanvullende verzekering kunnen inwoners zich voor een bepaald aantal behandelingen fysiotherapie verzekeren. Als het maximaal aantal vergoedingen vanuit de aanvullende verzekering is bereikt, en er zijn nog behandelingen noodzakelijk worden deze behandelingen vergoed. Het maximaal aantal behandelingen wat in aanmerking komt voor vergoeding is 24 per kalenderjaar. Deze vergoeding komt bovenop de behandelingen die door de verzekering worden vergoed.

Als er geen verzekering voor fysiotherapie is afgesloten komen maximaal 4 behandelingen per kalenderjaar in aanmerking voor een tegemoetkoming.

Artikel 16 Medicijnen

Je hoeft voor deze kosten geen aanvullende verzekering te hebben om de tegemoetkoming te ontvangen. Dit betreft een wettelijke eigen bijdrage vanuit de basisverzekering.

Artikel 17 Ziekenvervoer

Je hoeft voor deze kosten geen aanvullende verzekering te hebben om de tegemoetkoming te ontvangen. Dit betreft een wettelijke eigen bijdrage vanuit de basisverzekering.

Artikel 18 Dieetkosten

Dit artikel heeft geen toelichting nodig.

Artikel 19 Orthopedische schoenen en steun- en therapiezolen

Je hoeft voor orthopedische schoenen geen aanvullende verzekering te hebben om de tegemoetkoming te ontvangen. Dit betreft een wettelijke eigen bijdrage vanuit de basisverzekering. Steun en therapiezolen worden niet vergoed vanuit de basisverzekering. Hiervoor kan eenmaal per kalenderjaar een tegemoetkoming worden verstrekt. Een eventuele vergoeding vanuit de aanvullende verzekering wordt in mindering gebracht op de tegemoetkoming.

Artikel 20 Alternatieve geneeswijzen

Je hoeft voor deze kosten geen aanvullende verzekering te hebben om de tegemoetkoming te ontvangen. Als er wel een aanvullende verzekering is, kan de tegemoetkoming bovenop de vergoeding vanuit de verzekering worden verstrekt.

Artikel 21 Abonnementskosten personenalarmering

Dit artikel heeft geen toelichting nodig.

Artikel 22 Maatwerk

In de beleidsregels zijn een aantal specifieke kostensoorten opgenomen waarvoor een tegemoetkoming kan worden ontvangen. Als er zich andere kosten voordoen, die niet onder deze specifieke kosten vallen kan er via dit artikel mogelijk alsnog een vergoeding worden verstrekt. Ook als er sprake is van onverwacht medisch noodzakelijke kosten kan er een maatwerk beoordeling plaatsvinden. Dat kan ook gaan om kosten die al in de specifieke kostensoorten zijn opgenomen.

Voorbeeld: een aanvrager heeft vanwege een oogziekte onverwacht medisch noodzakelijke kosten (aanschaf van een bril) die niet (volledig) wordt gedekt door de vergoeding vanuit de specifieke kostensoorten.

De beoordeling op grond van dit artikel vergt maatwerk waarbij ook aanvullende voorwaarden gelden, zoals gesteld in het artikel.

Voor de draagkracht wordt ook gekeken naar het aanwezige vermogen, onder de grens van het bedrag wat genoemd wordt in artikel 34 derde lid van de wet. Wel wordt daarbij rekening gehouden met eenmaal de maandelijkse bijstandsnorm als middelen op de rekening. Dit betreft een afwijking van artikel 5 lid 3 van de beleidsregels. De overige bepalingen over draagkracht in de beleidsregels blijven hetzelfde. Met deze regeling wordt tot uitdrukking gebracht dat bij een maatwerkvergoeding eerst wordt gekeken of iemand de kosten zelf kan betalen uit zijn aanwezige vermogen

Bij maatwerk dient er een evenwicht te worden gezocht tussen enerzijds de eigen verantwoordelijkheid van de inwoner en anderzijds het bieden van perspectief voor problemen rondom gezondheid en medische kosten. Bij de eigen verantwoordelijkheid kan er worden gekeken naar wat de inwoner heeft gedaan om de kosten te voorkomen of zich daarvoor voldoende te verzekeren. Bij het bieden van perspectief staat de oplossing voorop.

Als er een vergoeding vanuit het maatwerk artikel plaatsvindt, kan in overleg met de inwoner een afspraak gemaakt worden met het gebiedsteam. Er kan dan samen met de inwoner gekeken worden naar de financiële situatie van de inwoner, en kan er een plan gemaakt worden om financieel gezonder te worden.

Artikel 23 Inwerkingtreding

Dit artikel heeft geen toelichting nodig.

Artikel 24 Intrekking

Dit artikel heeft geen toelichting nodig.

Artikel 25 Naam van de regels

Dit artikel heeft geen toelichting nodig.