



GEWIJZIGDE INVULLING WWB RICHTLIJN NR B074

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)

B e s l u i t

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 zelf;

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 € 55,00 per paar en vanaf 16 jaar € 110,00 per paar (bedrag geldt per 01-01-2007).

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

- orthopedische schoenen tot 16 jaar, per paar € 25,00
- orthopedische schoenen 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:

- Podotherapeutische behandelingen in bijzondere gevallen (toestemming CZ nodig)
100% met een max. van € 70,00
 - door pedicure met aanvullende opleiding/aantekening bij diabetes mellitus of door podotherapeut of podoloog bij diabetes mellitus, reumatoïde artritis of vaatproblemen
 - podotherapeutische behandelingen algemeen door podotherapeut of podoloog

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 € 264,50. 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 € 264,50, 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:

- per paar steunzolen per jaar € 55,00

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

- € 80,00 per 2 jaar

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 € 85,00 per kalenderjaar (artikel 2.38 Regeling zorgverzekering) (bedrag geldt per 01-01-2007).

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 gehoor toestel komen in aanmerking voor vergoeding door de zorgverzekeraar op grond van de Zvw, Besluit zorgverzekering en Regeling zorgverzekering.

Verstrekt worden de kosten van:

Gehoorthulpmiddelen 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 € 476,00 en er is sprake van een eerste aanschaf of vervanging na 5 tot 6 jaar na de vorige verstrekking.
- de aanschafkosten zijn hoger dan € 566,50 en er is sprake van een vervanging na 6 tot 7 jaar na de vorige verstrekking.
- de aanschafkosten zijn hoger dan € 657,50 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 € 657,50.
- de verzekerde is het meerdere als eigen bijdrage verschuldigd.
- indien sprake is van een hoortoestel in cros-, bicros- of beengeleidersuitvoering opgenomen in een brilmontuur, dan worden de hiervoor genoemde bedragen verhoogd met € 61,50.

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.

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 juni 2007.

Besloten in de vergadering van 09 oktober 2007

Burgemeester en wethouders van Helmond,

De burgemeester,
Drs. A.A.M. Jacobs

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

Bekend gemaakt op:

22 oktober 2007

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

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 rond 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.