



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201600703
Zittingsdatum : 7 december 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Vitaal Pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 18 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 1 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 7 juli 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 oktober 2016 aan verzoeker gezonden.

-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
-  3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.9. Bij brief van 4 oktober 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 1 november 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016122989) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het dossier niet blijkt van een medische noodzaak op basis waarvan de zorg niet planbaar is. Het gebruik van een urinaal zou het probleem met het nachtelijk toiletbezoek moeten kunnen oplossen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 4 november 2016 aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 december 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 8 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 13 december 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"Ondersteuning bij de persoonlijke verzorging: wassen, scheren, aankleden, catheterisatie, steunsokken etc etc. Heb mijn rechterpols gebroken, operatie ondergaan, botjes in het naviculaire bereik beschadigd/stuk, heb een LCTH-fusie rechterpols. Draag een brace. Wil graag iemand die mijn culturele achtergronden kent. Stam uit India geboren in Suriname, ben 79 jaar oud. (...) Op ongebruikelijke tijden heb [ik] evenwichtstoornissen, een dure AVM intercranieel. (...) Elke dag 1 uur zorg, ben herindiceerd voor 7 uur per week. (...)".*
-  4.2. Verzoeker is bekend met slaapstoornissen, prostaatklachten, hartklachten, gehoorproblemen en apneu. Hij heeft een dure AVM in zijn hersenen. Ten gevolge van een val tijdens een verblijf in Zwitserland heeft verzoeker een breuk aan de rechterpols, waardoor de bewegingsmogelijkheden van pols en hand beperkt zijn. Verzoeker heeft geen kracht meer in de rechterhand, en draagt ter ondersteuning een brace. Verder moet verzoeker voor het slapen gaan een CPAP-masker opzetten. Vanwege de beperkingen in zijn rechterhand kan hij dit niet zelf. Verzoeker moet meestal tweemaal per nacht naar het toilet. Het masker moet dan voor hem worden afgezet. Hij heeft in het verleden, vóór de beschadiging van zijn pols, geprobeerd gebruik te maken van een urinaal. Dit was altijd een geknoei en vormde geen oplossing. Omdat verzoeker slaapstoornissen heeft, gaat hij meestal, afhankelijk van de dag, tussen 22:00 uur en 24:00 naar bed. Soms wordt het ook later. De zorgaanbieders van de wijkverpleging die zorg in natura leveren, komen op vaste tijdstippen langs. Zodra het masker van het CPAP-apparaat is opgezet, moet verzoeker gaan slapen. Dit werkt voor hem niet. Bovendien is de vraag hoe hij in de nacht kan worden geholpen met het afzetten van het masker indien hij naar het toilet moet.

- 4.3. Verzoeker woont in een bungalow, die op een perceel staat van ruim 2000 m². De buitenpoort ligt ruim 40 meter van het huis en is altijd afgesloten. Voor zijn veiligheid sluit verzoeker om 21:00 uur alle rolluiken. Als er daarna nog iemand komt om hem naar bed te brengen, zou hij deze weer moeten openen. Op dit moment woont er een familielid bij hem in, die hem de benodigde zorg verleent. Verder heeft verzoeker een woning aan de Middellandse Zee, waar hij regelmatig verblijft. Hij reist nu altijd samen met een gepensioneerde zorgverlener. Verzoeker vraagt zich af hoe de zorg in het buitenland in natura aan hem kan worden verleend.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij vanwege artrose geen kracht meer heeft in zijn handen. Hij werd geholpen door zijn zus, die in Amsterdam woont maar bij hem verbleef. Zij kwam dus niet eenmaal per week. De familie van verzoeker komt uit India, en hij heeft negen zussen die allen bereid zijn hem te helpen. In Turkije heeft hij een woning, en dan gaat een familielid mee dat hem verzorgt. Ook verblijft hij vaak in Curaçao en Suriname. Hij heeft een PGB vv gehad, dat afliep en daarom heeft hij een verlenging aangevraagd. Hij heeft ook een CPAP-apparaat gekregen waarbij hij wordt geholpen. Het masker zit vast aan het apparaat. Hij kreeg voorheen € 600,-- betaald, en daarvan moest nog een deel worden afgedragen aan de Belastingdienst. Zijn zus hield hier dus niet veel van over.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Om aanspraak te kunnen maken op een PGB vv, waarmee verzoeker zelf zijn zorg kan inkopen, moet zijn voldaan aan de voorwaarden van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar. De zorgvraag moet daartoe aansluiten bij één van de volgende voorwaarden:
- de verzekerde heeft vaak (meer dan drie maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
 - de verzekerde heeft zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
 - de verzekerde heeft zorg nodig die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
 - er is een noodzaak voor vaste zorgaanbieders vanwege de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
- 5.2. Op 28 en 30 september 2015 heeft met verzoeker respectievelijk de indicierend wijkverpleegkundige een zogenoemd 'Bewust Keuze Gesprek' plaatsgevonden. Hiervan zijn, voor zover hier van belang, de volgende aantekeningen gemaakt: *"Verzekerde zegt dat hij zorg op meerdere locaties nodig heeft, want hij gaat regelmatig op bezoek bij zijn kleinkinderen die verder weg wonen. Daarnaast gaat hij vaak naar familie toe die overzee wonen, waardoor hij zijn zorgverlener mee wil nemen. Verzekerde zegt dat hij niet altijd kan opstaan op hetzelfde moment, omdat hij vermoeid is. Dit komt door de durale avm. Hiervoor heeft hij nu wel een cpap apparaat, waardoor de vermoeidheid in de loop van de tijd moet verminderen (als hij het apparaat ongeveer 3 maanden heeft. Hij heeft het apparaat nu 1 week). Verzekerde zegt dat hij ook zorg nodig heeft in de nacht, want hij heeft nu het cpap apparaat waarvan hij het masker niet op of af kan zetten, vanwege het niet kunnen gebruiken van zijn rechterpols en hand. Als verzekerde in de nacht naar het toilet moet, moet iemand hem helpen met het masker. Verzekerde zegt dat hij vind[t] dat er rekening moet worden gehouden met zijn culturele achtergrond. Al(...) zegt hij ook dat dit niet een reden is om de heroverweging goed te keuren. Verpleegkundige: Het cpap apparaat heeft verzekerde hem gisteren over gebeld, maar is niet meegenomen in de aanvraag, omdat dit niet van toepassing was. Verpleegkundige zegt dat door het reizen van verzekerde de zorg niet goed in te plannen is. Hij reist vaak en ook nog naar andere landen. En gaat vaak op bezoek naar zijn kinderen naar amsterdam. De persoonlijke verzorging is planbaar, als je kijkt naar de aanvraag. Het cpap apparaat was er tijdens de aanvraag nog niet. Toch is dat ook planbaar. Een thuiszorgorganisatie kan savonds komen, al lijkt dat mij niet*

prettig. De zorg door de zorgverlener wordt niet 7 dagen per week geleverd, maar hooguit 3 of 4 dagen. De rest doet familie. Zorgverlener woont in amsterdam, terwijl verzekerde in het zuiden van het land woont. Zij kan dan ook niet snel bij hem zijn. Zij slaapt 1 nacht per week bij verzekerde. Het opzetten van het masker van het cpap apparaat wordt op andere dagen niet door zorgverlener gedaan. Verzekerde geeft aan dat door zijn eigen cultuur en intieme handelingen hij het prettiger vind[t] als hij een vast persoon heeft. Hij geeft ook aan dat dit geen argument is om een pgb te krijgen. (...)"

- 5.3. Vanwege prostaatproblemen moet verzoeker één à twee keer per nacht uit bed voor de toiletgang. Dan heeft hij hulp nodig bij het af- en weer opzetten van het CPAP-masker. Het is inderdaad moeilijk met één hand het masker op te zetten, maar er zijn wel hulpmiddelen die verzoeker kan aanschaffen zodat het masker niet hoeft te worden afgezet, zoals een urinaal. Deze kan met één hand worden gebruikt. Daarbij komt dat verzoeker heeft toegelicht dat zijn zorgverlener maar drie à vier keer per week zorg verleent, en hiervan maar één nacht blijft slapen. Het is de ziektekostenverzekeraar onduidelijk hoe verzoeker op de overige dagen zorg ontvangt. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het mogelijk is thuiszorg te ontvangen in het buitenland. Hierover zijn afspraken te maken. Bovendien heeft de ziektekostenverzekeraar in verschillende steden en gemeenten afspraken met gecontracteerde zorgaanbieders. Tot slot noemt verzoeker zijn culturele achtergrond als reden het PGB vv toe te kennen. Het hebben van een vaste zorgverlener vanwege cultuur en religie is echter een wens, en geen medische noodzaak. Aangezien het gaat om planbare zorg voldoet verzoeker niet aan de voorwaarden van artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar.

- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat verzoeker geen indicatie heeft voor een PGB vv, omdat de zorg voor hem goed is in te plannen. Het CPAP-apparaat kan worden opgezet en aangezet door een verpleegkundige. Er zijn verschillende soorten maskers, en de ene is makkelijker los te maken dan de andere. Verder zijn er gebruiksaanwijzingen waarin staat dat alleen de slang wordt losgekoppeld. Dit moet te doen zijn met één hand. Voor de zorg die verzoeker nodig heeft in het buitenland, kan een aparte aanvraag worden ingediend.

- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog aan verzoeker toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. (...)

Persoonsgebonden budget (PGB)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (PGB). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een PGB. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website. (...)

Bijzonderheden

- 1. De indicatie voor de verpleging en verzorging wordt gesteld door de verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland.*
- 2. Als u vóór 1 januari 2015 een indicatie voor verpleging en verzorging hebt van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), dan blijft u zorg ontvangen van dezelfde zorgaanbieder. Dit betekent niet dat de zorg precies hetzelfde is als de zorg die u gewend was te ontvangen."*

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft, is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb verpleging en verzorging. U komt in aanmerking voor het pgb verpleging en verzorging als: (...)

- 2. u langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. Hierbij zijn de functiebeperkingen niet veroorzaakt door normale verouderingsprocessen.*

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger (ouder, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb verpleging en verzorging verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt o.a. in contracten afsluiten en controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten;*
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw wettelijk vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap;*
- dat u in staat bent de zorgaanbieders die u heeft gecontracteerd op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg."*

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Hebt u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én kiest u er bewust voor om geen gebruik te maken van zorgaanbieders die door ons zijn gecontracteerd? Dan kunt u in aanmerking komen voor een pgb verpleging en verzorging. Hiermee kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb verpleging en verzorging.

Hierbij moet uw zorgvraag aansluiten bij een of meer van de volgende voorwaarden:

- u hebt vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- u hebt zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
- u hebt zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- er is een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

- 8.6. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de zorgverzekeraar zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Verpleging en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv.
Het PGB was ten tijde van het geschil als zodanig niet bij wet geregeld.
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.
- 9.2. Niet in geschil is dat verzoeker behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar. De vraag is of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoeker ontvangt bestaat uit hulp bij onder andere het wassen, scheren, aan- en uitkleden, de katheterisatie en het aan- en uittrekken van steunkousen. Dit betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen.
Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn, mede gelet op de gestelde indicatie voor Persoonlijke Verzorging van zeven uren per week. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft, dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Het CPAP-apparaat was ten tijde van de indicatiestelling nog niet aan verzoeker verstrekt.
Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van familie en van een gepensioneerde zorgverlener, met name als het gaat om meer intieme handelingen,

betekent dit niet dat een thuiszorgorganisatie de zorg niet aan verzoeker kan verlenen en hierbij rekening kan houden met zijn problematiek en de gevolgen hiervan. Ook hetgeen door verzoeker is aangevoerd met betrekking tot zijn woonsituatie en de buitenlandse reizen die hij maakt, kan niet leiden tot een ander oordeel. De ziektekostenverzekeraar heeft hieromtrent ter zitting verklaard dat een aparte aanvraag kan worden ingediend voor zorg in het buitenland. Het hebben van een bepaalde culturele achtergrond vormt geen reden voor toekenning van een PGB vv.

- 9.4. Met betrekking tot het door verzoeker gestelde aangaande het toiletbezoek, merkt de commissie het volgende op.

Het enkele feit dat al dan niet regelmatig het toilet moet worden bezocht is inherent aan de menselijke natuur en in die zin niet onderscheidend als het gaat om de vraag of dit onderdeel van de zorg al dan niet planbaar is. Indien geen indicatie is gesteld voor 24-uurs zorg, is daartoe in de eerste plaats vereist dat het toiletbezoek deel uitmaakt van de indicatiestelling door de verpleegkundige. Voor zover aan deze eis is voldaan, heeft verder te gelden dat sprake moet zijn van bijzondere omstandigheden die gelegen zijn in de persoon zelf – waarbij met name kan worden gedacht aan problemen met de urinelozing of de ontlasting – dan wel de sociale context van betrokkene, zoals bijvoorbeeld het ontbreken van ondersteuning door mantelzorg.

In dit geval vormt het toiletbezoek geen onderdeel van de indicatiestelling. Echter, ook als dit aspect in de indicatiestelling wordt betrokken, geldt dat niet is gebleken van voornoemde bijzondere omstandigheden. Het gebruik van een urinaal zou het probleem met het nachtelijk toiletbezoek moeten kunnen oplossen. Dat het gebruik van een urinaal volgens verzoeker "geknoei" geeft, doet hier onvoldoende aan af.

Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 december 2016,

P.J.J. Vonk