



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201600438
Zittingsdatum : 21 september 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(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

N.V. Univé Zorg 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 Univé Zorg Geregeld Polis (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 Univé GemeentePakket Compleet 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). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Herverzekeren Verplicht Eigen Risico is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

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). De ziektekostenverzekeraar heeft 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 19 december 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 8 mei 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 7 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 juli 2016 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 juli 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 september 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch 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 12 juli 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 5 augustus 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016093601) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de geïndiceerde verpleging en verzorging planbaar is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 september 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 23 september 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 27 september 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 vermeld: "Amputatie been, slechtziend 10% (...)".
- 4.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft ten aanzien van verzoeker verklaard: "[Verzoeker] maakt gebruik van een PGB omdat dhr. een verminderde mobiliteit heeft. Daarnaast is het zicht van dhr. in de afgelopen tijd vermindert. Door de verminderde mobiliteit en zicht kan dhr. de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) niet zelfstandig uitvoeren. (...) Dhr. is gediagnosticeerd met Diabetes Mellitus type 2 (DM2). Dhr. is insuline afhankelijk en heeft stabiele bloedsuikers (voor de maaltijd gemiddeld 6-7 blds.) Dhr. volgt een Moerman gezond dieet van weinig suiker. DM2 heeft geleid tot een rechter been amputatie, tot onder de knie. Hij heeft hiervoor een prothese. De prothese functioneert niet goed i.v.m. een vastzittende onderrug. Om het andere been heeft dhr. een elastieken kous. Er is gezegd in het verleden dat hij zijn andere been mogelijk ook kwijt zou kunnen raken. Ook heeft de DM2 geleid tot een verminderde visie, dhr. ziet rechts nu nog voor 10% en links voor 20%. Daarnaast heeft dhr. een gescheurde pees in de rechter schouder en is bekend met boezemfibrilleren, trage schildklier, maagzweer, decubitus (tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis) en een longembolie (in 2009). (...) Dhr. kan niet goed staan op zijn linker been en heeft een verminderd zicht. Hierdoor heeft dhr. hulp nodig bij het opstaan uit bed, uitkleden, douchen en ochtend medicatie. In de middag krijgt dhr. ook medicatie. Vervolgens in de avond krijgt dhr. hulp bij avond medicatie en omkleden. (...) Mw. (...) helpt dhr. in de ochtend met de transfer uit bed (...) met wassen (...) met omkleden (...) met het aantrekken van de steunkous. Mw. inspecteert en masseert dagelijks het been (preventie). Mw. legt elke dag de medicatie klaar voor dhr., waaronder orale medicatie (19 stuks) in de ochtend, insuline 1 keer daags in de ochtend (dhr. injecteert zelf), 1 keer daags inhalatie en 4 keer daags 1 druppel in rechter oog. Mw. helpt in de avond met het uittrekken van de steunkous (...) weer met omkleden (...) met de transfer in bed. (...)".
De indicierend wijkverpleegkundige heeft bij verzoeker een indicatie gesteld voor Persoonlijke Verzorging van 15 uren en 45 minuten per week.

4.3. Verzoeker ontvangt reeds enige jaren een PGB vv, waarmee hij de zorg financiert die zijn echtgenote aan hem verleent. Zij is in het verleden verpleegster en bejaardenverzorgster geweest. Voorheen ontving verzoeker het PGB vv ten laste van de AWBZ. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) heeft destijds in een indicatiebesluit aan verzoeker medegedeeld dat hij een PGB vv kreeg in verband met Persoonlijke Verzorging voor 4 tot 6,9 uur per week. Deze indicatie liep af op 16 oktober 2027.

Omdat de uitvoering van het PGB vv met ingang van 1 januari 2015 via de ziektekostenverzekeraar loopt, en de ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld dat de indicatie voor het PGB vv uiterlijk tot en met 31 december 2015 geldt, heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar gevraagd om verlenging van het PGB vv. Hij heeft hiertoe twee wijkverpleegkundigen geraadpleegd. Het verzoek werd echter afgewezen, hetgeen verzoeker onbegrijpelijk vindt.

4.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft een zogenoemd 'Bewust Keuze Gesprek' plaatsgevonden. Dit is echter niet het geval. Ook heeft geen gesprek plaatsgevonden tussen de ziektekostenverzekeraar en de huisarts.

Ondanks dat de problemen die verzoeker ervaart, en die te maken hebben met zijn invaliditeit, niet planbaar zijn, is de ziektekostenverzekeraar een andere mening toegedaan. Verzoeker vraagt zich af of de hypo's die hij af en toe heeft, hierbij in aanmerking zijn genomen. Verder zorgt zijn beperkte zicht ervoor dat hij veel hulp nodig heeft.

4.5. Ter zitting is door verzoeker verklaard dat zijn rechterbeen vier jaar geleden is geamputeerd. Hij heeft een half jaar in het ziekenhuis gelegen en zes operaties ondergaan. De arts van het MCA vertelde hem dat zijn linkerbeen er binnen een jaar af zou moeten. Door de massages van zijn echtgenote is dit voorkomen. Vervolgens ontstond het gedoe met de ziektekostenverzekeraar, omdat de zorg planbaar zou zijn. Dit is echter niet zo, en verzoeker is bereid naar het kantoor van de ziektekostenverzekeraar te komen om dit duidelijk te maken. Op het aanbod daartoe werd echter niet gereageerd. De ziektekostenverzekeraar heeft ook gelogen, namelijk over het Bewust Keuze Gesprek. Er is met de ziektekostenverzekeraar wel contact geweest over een inhouding op het PGB vv, dit naar aanleiding van een uitspraak. Er is geen gesprek tussen de ziektekostenverzekeraar en de huisarts geweest.

Verzoeker heeft rechts nog 10 percent zicht, en links 20 percent. Hij heeft hiervoor injecties gehad in het oog. Op zijn vraag naar de oorzaak, antwoordde de arts dat het niet kwam door de ouderdom, maar door diabetes mellitus type 2. Verzoeker heeft de hele dag zorg nodig. Zijn echtgenote is kraamverpleegster en bejaardenverzorgster geweest en kan de zorg leveren. Een jonge onervaren wijkverpleegkundige kan nooit meer weten dan zij.

Verzoeker tekent aan dat hij hypo's kan krijgen en dat hij maagzweren heeft door het gebruik van twintig medicijnen per dag. Dit kan leiden tot een acute situatie. Verzoeker vraagt zich af of dan nog kan worden gesproken van planbare zorg. Verder heeft hij soms ongelukjes op het toilet. De echtgenote van verzoeker zet ook ritsen in zijn broek vanwege de prothese, en doet ook boodschappen samen met hem of voor hem. Vanwege het beperkte zicht is zelfs koffiezetten al moeilijk.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De zorg die aan verzoeker wordt verleend, bestaat uit hulp bij het douchen, aan- en uitkleden, het aanreiken van medicatie, het in en uit bed helpen, het druppelen van de ogen, het masseren van het goede been, en het aan- en uittrekken van steunkousen. Dit betreft zorg die goed planbaar is en kan worden verleend in natura door een thuiszorgorganisatie. Daarmee is niet voldaan aan de voorwaarden voor toekenning van het PGB vv, zoals deze zijn omschreven in de artikelen 3 en 4.7 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar. Het moet hierbij gaan om de volgende zorg:

- 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.

Aangezien verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten hem het aangevraagde PGB vv niet toe te kennen.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de zorg voor verzoeker planbaar is. Het gaat om de transfers, douchen, het toedienen van medicatie en inspectie en massage van het been. Dit kan in de ochtend en de avond plaatsvinden, en deze zorg kan worden verleend door een thuiszorgorganisatie. Ook volgens het Zorginstituut is er weliswaar een forse ziektelast, maar is de zorg planbaar. Verzoeker zegt diverse keren te hebben gebeld. Het is juist dat over het budget van 2015 is gesproken. Dit is aangepast naar aanleiding van een bindend advies van de commissie. Het onderhavige geschil betreft 2016. De overgangsregeling ziet daar niet op. Met betrekking tot het contact met de huisarts is door de ziektekostenverzekeraar navraag gedaan. Gebleken is dat twee Bewust Keuze Gesprekken hebben plaatsgevonden, één met verzoeker en de wijkverpleegkundige en één met verzoeker en zijn echtgenote. Met de huisarts is niet gesproken. Met betrekking tot de door verzoeker genoemde ongelukjes op het toilet merkt de ziektekostenverzekeraar op dat deze zorg niet planbaar is, maar deze is niet meegenomen in de indicatiestelling, en kan daarom niet als uitgangspunt dienen. Voor zover het gaat om het maken van ritsen in broeken en het doen van boodschappen geldt dat dit geen zorg is die valt onder Verpleging en Verzorging waarvoor het PGB vv is bedoeld.

5.3. 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, 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. (...)

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er). Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders 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. De artikelen 13 van de zorgverzekering en 2 en 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar 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 onderhavige 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 onderhavige 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. Zodoende zal de commissie zich bij de beoordeling beperken tot de vraag of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoeker ontvangt bestaat uit hulp bij het douchen, aan- en uitkleden, het aanreiken van medicatie, het in en uit bed helpen, het druppelen van de ogen, het masseren van het goede been, 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. De door verzoeker genoemde hypo's komen niet terug in de verklaring van de wijkverpleegkundige, of in de overige door hem overgelegde medische stukken. In de verklaring van de wijkverpleegkundige is daarentegen vermeld dat verzoeker stabiele bloedsuikers heeft. De stelling van verzoeker dat ten onrechte geen rekening is gehouden met de hypo's treft daarom geen doel. Ook de hulp bij het toiletbezoek is niet meegenomen in de indicatiestelling.
Verder gaat het bij verzoeker 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 15 uren en 45 minuten 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. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker de voorkeur geeft aan van zijn echtgenote te ontvangen zorg, omdat zij kan inspelen op zijn specifieke wensen, betekent dit





niet dat een thuiszorgorganisatie de zorg niet aan verzoeker kan verlenen. Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.


Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


- 
- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen mogelijkheid voor een PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie


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

- 
10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 12 oktober 2016,



H.A.J. Kroon

