



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V.,
beide te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201602526
Zittingsdatum : 7 juni 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (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 GarantVerzorgd 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Verzekering Eigen Risico is niet in geschil en blijft om die reden 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). Bij brief van 20 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 23 september 2016 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 faxbericht van 18 januari 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan hem met terugwerkende kracht tot 1 mei 2016 een PGB vv toe te kennen, alsmede aan hem de proceskosten te vergoeden (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 30 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 maart 2017 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 april 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 april 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, 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 31 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 11 april 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017015200) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken van een medische noodzaak op grond waarvan kan worden vastgesteld dat de zorg onplanbaar is of dat verzoeker 24 uur per dag zorg in de nabijheid of op afroep behoeft. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 20 april 2017 aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 juni 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 9 juni 2017 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 14 juni 2017 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 stelt zorg nodig te hebben op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen, én zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar is op afroep. De wijkverpleegkundige heeft dit bevestigd. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag van verzoeker voor een PGB vv evenwel afgewezen, en hij kan zich met deze beslissing niet verenigen.
- Verzoeker lijdt aan chronische pancreatitis. Dit betekent dat sprake is van een steeds terugkerende alvleesklierontsteking. Alvleeskliercellen sterven af en worden vervangen door littekenweefsel. Door het littekenweefsel kan de afvoergang van de alvleesklier vernauwd of verstopt raken en kan het alvleeskliersap niet goed afvloeien naar de dunne darm. Dit is de oorzaak van hevige pijn bij verzoeker. Hij is hiervoor onder behandeling bij het Erasmus MC. De hevige pijn kan op elk moment optreden. Tijdens een pijnaanval is verzoeker verlamd en niet aanspreekbaar. Alsdan is het noodzakelijk dat verzoeker een bekwame verpleegkundige kan inschakelen om hem bij te staan. De vaste zorgverlener van verzoeker is een K5 verpleegkundige. Deze verpleegkundige kent de (medische) situatie van verzoeker. Bovendien voelt verzoeker zich op zijn gemak bij deze zorgverlener, hetgeen een zeer groot goed is. Bij het opkomen van een pijnaanval neemt verzoeker zware morfine. Pas als de pijn is gezakt, na ongeveer zes uur, is verzoeker weer aanspreekbaar en in staat om helder te denken. Na een pijnaanval kan verzoeker gedoucht en verzorgd worden. Dit is tijdens een pijnaanval absoluut niet mogelijk, omdat verzoeker dan zoveel pijn heeft dat hij niet kan worden aangeraakt. Op de dagen dat verzoeker een pijnaanval heeft, kan het dus goed zijn dat hij pas in de middag kan worden verzorgd. Tijdens een zes uur durende pijnaanval dient verzoeker wel zijn gebruikelijke medicatie in te nemen, en hiervoor moet iemand aanwezig zijn die hij goed kent. Indien de medicatie niet op tijd wordt ingenomen, komt de gezondheid van verzoeker in gevaar. Het innemen van de medicatie komt erg nauw, daar deze op verschillende tijdstippen moet worden ingenomen en omdat de aandoeningen waarvoor deze medicatie wordt gebruikt, zeer ernstig zijn, te weten longklachten, hartklachten en een depressie.

Voorts heeft verzoeker regelmatig migraineaanvallen. Tijdens een dergelijke aanval geldt hetzelfde als hiervoor omschreven. Het is tijdens een migraineaanval voor verzoeker onmogelijk zijn gebruikelijke medicatie in te nemen, omdat hij dan niet helder kan denken. Ondanks zijn relatief jonge leeftijd, heeft verzoeker zeer veel gezondheidsproblemen. Zo kan hij door de rugklachten, longklachten en artrose slechts één keer per dag de trap op- en afdalen. Hierdoor brengt hij de dag óf boven óf beneden door; wisselen is niet mogelijk. Daarnaast is in 2009 een ooglaserooperatie mislukt, waardoor het zicht van verzoeker ernstig is verslechterd. Verzoeker voert aan dat zorg in natura door middel van een thuiszorgorganisatie voor hem geen optie is. De wijkverpleegkundige heeft dit bevestigd.

- 4.2. Naar aanleiding van het verzoek om heroverweging heeft de ziektekostenverzekeraar een huisbezoek afgelegd. Tijdens dit bezoek is medegedeeld dat contact zou worden opgenomen met de wijkverpleegkundige voor nader overleg. De wijkverpleegkundige is echter nooit (telefonisch) benaderd door de ziektekostenverzekeraar, noch naar aanleiding van de aanvraag voor een PGB vv noch vanwege het verzoek om heroverweging. Verzoeker stelt dat deze handelwijze zeer onzorgvuldig is.
- 4.3. Verzoeker krijgt thans geen hulp, omdat de aanvraag voor een PGB vv is afgewezen door de ziektekostenverzekeraar. Het gebrek aan zorg heeft vèrgaande gevolgen. Zo heeft verzoeker voortdurend ontstekingen en pijn aanvallen, en brengt de situatie veel stress met zich. Verzoeker gaat hard achteruit. Hij ziet er onverzorgd uit, waardoor mensen op straat hem nakijken. Verzoeker heeft dringend hulp nodig.
- 4.4. De wijkverpleegkundige heeft het volgende vermeld in de aanvraag voor een PGB vv: *"Gezondheid van hr is zeer wisselend, hierdoor heeft hr op verschillende tijden zorg nodig. Mocht hr een aanval van pijn krijgen is er acuut hulp nodig. Dit is niet te realiseren door reguliere thuiszorg."*, en *"door slechte gezondheid, veel pijn is het niet mogelijk om op vaste tijdstippen zorg te ontvangen. Daardoor kan [verzoeker] niet bij een gecontracteerde zorgaanbieder terecht."*
- 4.5. Verzoeker verwijst naar het indicatiebesluit van het CIZ van 9 februari 2012. Hierin is hem onder meer voor Persoonlijke Verzorging een indicatie klasse 3 (4 tot 6.9 uren per week) toegekend voor de periode van 9 februari 2012 tot en met 8 februari 2027.
- 4.6. De behandelend MDL-arts heeft op 27 oktober 2016 het volgende over verzoeker verklaard: *"(...) Status na recidiverende, acute pancreatitiden op basis alcohol en roken, in combinatie met genetische predispositie, met echter na staken van alcohol alsnog aanhoudend klachten. (...)"*
- 4.7. Ter zitting heeft verzoeker benadrukt dat de ontsteking van de alvleesklier acute pijn veroorzaakt die hij vooraf niet voelt aankomen. Het lijkt alsof dit gegeven door de ziektekostenverzekeraar wordt gebagatelliseerd en niet wordt betrokken in de afweging. Tijdens een aanval is verzoeker niet meer aanspreekbaar, omdat de pijn zeer heftig is. Verzoeker vreest dat de hulp te laat komt als de zorg wordt geregeld door een thuiszorgorganisatie. De benodigde zorg is verbonden met deze pijn aanvallen.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Aanspraak bestaat op een PGB vv indien wordt voldaan aan de voorwaarden zoals opgenomen in artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2016'. Hierin is het volgende opgenomen:
- de verzekerde heeft zorg nodig op wisselende of ongebruikelijke tijdstippen en/of meerdere locaties;
 - de verzekerde heeft zorg nodig die 24 uur per dag direct beschikbaar is in de nabijheid of op afroep;
 - er bestaat een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening.

In artikel 4.7 van het 'Reglement PGB vv 2016' is bepaald dat een verzekerde geen PGB vv krijgt als niet wordt voldaan aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 3.

- 5.2. Op 6 juli 2016 is de aanvraag van verzoeker voor een PGB vv ontvangen. Deze aanvraag was compleet. Op 16 september 2016 heeft een Bewust Keuze Gesprek (hierna: BKG) met verzoeker plaatsgevonden. Het verslag hiervan is overgelegd.
Uit de aanvraag en het BKG is gebleken dat de zorgvraag van verzoeker bestaat uit het dagelijks wassen/douchen, aan- en uitkleden, en het aanreiken van medicatie. Dit betreft twee momenten per dag waarop verzoeker hulp nodig heeft bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). De ziektekostenverzekeraar stelt voorop dat de wens van verzoeker voor een PGB vv begrijpelijk is, en dat wordt onderkend dat verzoeker zorg nodig heeft. Echter, de zorg is planbaar. Het is niet (medisch) noodzakelijk dat de zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties wordt verleend. Verder heeft verzoeker geen zorg nodig die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep, en bestaat er geen (medische) noodzaak voor een vaste zorgverlener. Overigens is het de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk geworden hoe vaak verzoeker hevige pijn aanvallen heeft.
Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv, omdat niet wordt voldaan aan de voorwaarden die artikel 3.4 van het 'Reglement PGB vv 2016' stelt. Verzoeker heeft wel aanspraak op zorg in natura. Hiervoor kan hij zich wenden tot een thuiszorgorganisatie.

- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de pijn van verzoeker niet wordt gebagatelliseerd. Het gaat uiteindelijk om de geïndiceerde zorg en die is wel planbaar. Deze hulp staat los van de pijn aanvallen.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en 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 is gehouden met terugwerkende kracht tot 1 mei 2016 aan verzoeker een PGB vv toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, alsmede of de ziektekostenverzekeraar de proceskosten dient te vergoeden.

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 verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering.

- 8.3. Op pagina 46 en verder van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering is omschreven wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat. Deze passage luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

Welke zorg

U heeft recht op verpleging en verzorging. Onder verpleging en verzorging wordt verstaan: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die

- a. verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop,*
 - b. niet gepaard gaat met verblijf, en*
 - c. geen kraamzorg betreft.*
- (...)*

Persoonsgebonden budget

Een Persoonsgebonden budget (Pgb) is een geldbedrag waarmee u zelf verpleging en verzorging kunt inkopen. Als u recht heeft op verpleging en verzorging kunt u bij Menzis mogelijk ook vergoeding van die zorg vragen in de vorm van een Persoonsgebonden budget. In het Verzekeringsreglement kunt u lezen wanneer u hiervoor in aanmerking kunt komen, wat uw verantwoordelijkheden daarbij zijn en hoe het Pgb wordt betaald. (...)

Indicatie en zorgplan

U heeft alleen recht op verpleging en verzorging als u een indicatie daarvoor heeft. Deze indicatie moet voldoen aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, zoals vastgesteld door de beroepsvereniging van wijkverpleegkundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u een verpleegkundige indicatie inclusief een zorgplan hebben waarin de zorg die u nodig heeft beschreven staat in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. De indicatie en het zorgplan moeten opgesteld zijn door een HBO-wijkverpleegkundige (opleidingsniveau 5) en ondertekend door u en de zorgaanbieder. (...)"

- 8.4. Artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Om voor een pgb vv in aanmerking te komen moet u voldoen aan de navolgende voorwaarden:

- 1. U bent in het bezit van een door een BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot een van de doelgroepen zoals beschreven in artikel 2. Voor IKZ moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.*

(...)

- 3. U moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgaanbieder(s) die door ons zijn gecontracteerd. Dit noemen wij Zorg In Natura (ZIN). Indien u een combinatie wenst van Zorg In Natura met een pgb vv, dan mag de indicatie maar door één zorgaanbieder worden gesteld.*

- 4. Uw zorgvraag moet aansluiten bij één of meer van de volgende voorwaarden. Uit de indicatie moet blijken dat:*

- u vaak zorg nodig hebt op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;*
- u zorg nodig hebt 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 zorg nodig hebt die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;*
- er een noodzaak is voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."*

- 8.5. Artikel 4.8 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"• Uw aanvraag voor een pgb vv wordt beoordeeld aan de hand van de pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en eventueel een bewust keuze gesprek. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3, krijgt u toestemming voor een pgb vv. Wanneer u toestemming krijgt voor een pgb vv ontvangt u een schriftelijke toestemmingverklaring waarin de

periode van toekenning van het pgb vv is opgenomen en de hoogte van het budgetbedrag dat over de toegekende periode maximaal wordt vergoed.

• De ingangsdatum van het pgb vv is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het pgb vv ook op een latere datum in laten gaan.

• De toekenning of afwijzing van het pgb vv wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.

(...)

• In de schriftelijke toestemmingsverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw pgb vast. Hierbij houden wij rekening met uw indicatie."

- 8.6. Voormelde passage uit de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering en het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel A1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, 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 is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv.
Het PGB vv was ten tijde van het onderhavige geschil niet als zodanig 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een PGB vv. Het betreffende aanvraagformulier is ondertekend op 30 juni 2016. De ingangsdatum van de indicatie is 1 mei 2016 en de einddatum 1 mei 2020. Ingevolge artikel 4.8 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar geldt als ingangsdatum van het PGB vv de datum waarop de ziektekostenverzekeraar de compleet ingevulde en ondertekende aanvraag heeft ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aanvraag van verzoeker is ontvangen op 6 juli 2016, én dat deze aanvraag compleet was. De commissie is om die reden van oordeel dat de ingangsdatum van het PGB vv - indien althans wordt vastgesteld dat verzoeker hiervoor in aanmerking komt - moet worden gesteld op 6 juli 2016.
- 9.3. Vast staat dat verzoeker behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar. Aan de orde is de vraag of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.

- 9.4. De hulp die verzoeker ontvangt bestaat uit wassen, douchen, aan- en uitkleden, het aanreiken van medicatie en het klaarmaken voor de nacht.
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. Verzoeker heeft gesteld dat hij regelmatig een hevige pijnaanval heeft in verband met chronische pancreatitis. Tijdens een dergelijke aanval kan hij niet gewassen/gedoucht en verzorgd worden. Met betrekking hiertoe geldt dat verzoeker op een later moment dan normaal - dat wil zeggen ná een pijnaanval - de zorgverlening kan inschakelen. Voor de zorg tijdens een pijnaanval of een aanval van migraine, bestaande uit het aanreiken van medicatie, geldt dat deze niet zodanig specifiek is dat deze enkel kan worden verleend door een vaste zorgverlener.
Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn, mede gelet op de door de indicierend wijkverpleegkundige gestelde indicatie voor persoonlijke verzorging van 15 uren en 25 minuten per week.
Tot slot is niet gebleken van een medische noodzaak voor een vaste zorgaanbieder door de specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Het door verzoeker naar voren gebrachte aspect van vertrouwdsheid met zijn huidige zorgverlener is invoelbaar, maar leidt niet tot de conclusie dat formele zorgverleners verzoeker niet de noodzakelijke zorg kunnen verlenen, daarbij rekening houdend met zijn specifieke wensen.
Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst.

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

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Proceskosten

- 9.7. Aangezien hiervoor is geconcludeerd dat verzoeker geen aanspraak heeft op een PGB vv, bestaat voor een proceskostenveroordeling geen grond.

Conclusie

- 9.8. 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 juni 2017,

P.J.J. Vonk