



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar
U.A. en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar U.A., beide te Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), indicatie

Zaaknummer : 201502019

Zittingsdatum : 10 februari 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)



(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

- 
- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- 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 basis van de Zorg-op-maatpolis (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 Basis 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 Tandarts 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). Bij brief van 15 april 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 9 juli 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 22 oktober 2015 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 22 december 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 december 2015 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 december 2015 schriftelijk medegedeeld 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 23 december 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 20 januari 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015163207) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden voor toekenning van een PGB vv ten laste van de zorgverzekering. 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 10 februari 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 23 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 30 maart 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht, inhoudende dat op basis van de aanwezige stukken niet vaststaat dat verzoeker geen indicatie heeft voor het PGB vv. Indien uit actuele medische informatie blijkt dat verzoeker niet voldoet aan de gestelde voorwaarden van artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging', adviseert het Zorginstituut tot afwijzing van het verzoek. Een afschrift van dit advies is op 31 maart 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 april 2016 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan verzoeker gezonden.
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 verklaard: *"Mijn vrouw doet de persoonlijke verzorging 24 uur als nodig en weekend. (...) Ik heb in 2011 een herseninfarct gehad linkerkant is verlamd en heb een neglect. Aangezien ik graag thuis wil blijven wonen is mijn vrouw toen gestopt met werken en heeft de persoonlijke en huishoudelijke hulp op haar genomen en de ritten overal naartoe (therapie, ziekenhuis). Ik heb overal hulp bij nodig. Uit bed gehaald worden, helpen transfers naar, in uit bed, naar toilet, het schoonmaken na wc gebruik, douchen, scheren, aankleden, elastische kous aandoen, na[ar] boven en beneden brengen, plateau lift, na[ar] bed brengen, slaap apneu app. aansluiten (...)"*. Verzoeker heeft toegelicht dat het gaat om twintig uur Persoonlijke Verzorging per week.
- 4.2. Verzoeker ontvangt al jaren een PGB vv. Hiermee kan hij de kosten dragen die ontstaan doordat zijn vrouw is gestopt met werken, teneinde hem te kunnen verzorgen. Verzoeker is ervan overtuigd dat de ziektekostenverzekeraar zijn situatie niet juist kan beoordelen zonder het afleggen van een huisbezoek en/of het raadplegen van de behandelend medisch-specialisten. De zorg in natura die hem wordt aangeboden kan niet aan zijn zorgvraag voldoen. Als de vrouw van verzoeker weer buitenshuis moet gaan werken, zal zij verzoeker op bed moeten leggen voordat zij de deur uitgaat, en daar zal hij dan moeten blijven liggen totdat zij weer thuis komt. Verzoeker kan

en durft niet gedurende langere tijd alleen te zijn. Dit laat zijn psychische toestand niet toe. Hierdoor zal derhalve niet alleen de lichamelijke, maar ook de geestelijke kwaliteit van leven voor verzoeker verslechteren.

De ziektekostenverzekeraar is van mening dat de aan verzoeker geleverde zorg planbaar is, en dat de zorg die hem in de nacht wordt verleend door zijn vrouw valt onder mantelzorg. In de praktijk is dit echter niet uitvoerbaar. Verzoeker vraagt zich af hoe zijn vrouw fit genoeg kan zijn om overdag te werken als zij 's nachts als mantelzorger moet optreden.

- 4.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij zich afvraagt hoe de zorg planbaar kan zijn. Hij heeft eigenlijk 24 uur per dag zorg nodig, ook vanwege zijn psychische problemen. Verzoeker heeft last van paniekaanvallen, epileptische aanvallen, en kan slecht alleen zijn. Als zijn echtgenote boodschappen gaat doen, legt zij hem op bed, omdat hij bang is voor een aanval. Dit is al een paar keer eerder gebeurd. Er is al verschillende keren gevraagd eens bij verzoeker langs te komen en naar hem te luisteren, en ook de artsen zijn bereid een toelichting te geven, maar de ziektekostenverzekeraar heeft hiervan geen gebruik gemaakt. Het is voor verzoeker niet te doen om bijvoorbeeld drie keer per dag thuiszorg te krijgen, en de rest van de dag aan zijn lot te worden overgelaten. Zonder het PGB vv zal zijn echtgenote weer een baan moeten zoeken. Het is de familie niet duidelijk wat onder planbare zorg valt. Als het alleen het wassen, aankleden en in en uit bed helpen is, is dit slechts een klein deel van de benodigde zorg. Verzoeker heeft de hele dag door zorg nodig. Hij heeft geen verdere mantelzorg waarop hij kan terugvallen, alleen zijn echtgenote. De thuiszorg komt alleen op bepaalde tijden, en niet wanneer hij de zorg nodig heeft. Verzoeker vindt het moeilijk zijn sociale leven te onderhouden, omdat hij vaak niet op zijn gemak is.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verpleging en verzorging in de thuissituatie maken vanaf 1 januari 2015 deel uit van de zorgverzekering. Een en ander is geregeld in artikel 2.10 Bzv. Deze wijziging houdt in dat verzoeker met ingang van 1 januari 2015 de geïndiceerde zorg ontvangt via de ziektekostenverzekeraar. In artikel B.26 van de zorgverzekering is geregeld in welke gevallen aanspraak bestaat op verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. In het artikel is ook de mogelijkheid van het PGB vv opgenomen. De nadere voorwaarden voor het PGB vv zijn omschreven in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Deze voorwaarden zijn gebaseerd op bestuurlijke afspraken over de uitgangspunten en de inhoud van het PGB vv, die in 2014 zijn gemaakt tussen het Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Per Saldo.

In het reglement is opgenomen dat een indicatie dient te bestaan voor verpleging en verzorging, waarbij de verzekerde langer dan een jaar op de zorg is aangewezen. De verzekerde moet daarnaast in staat zijn de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden, op verantwoorde wijze uit te voeren, een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap en de ingeschakelde zorgaanbieders zo aan te sturen dat kan worden gesproken van verantwoorde zorg.

- 5.2. Indien een indicatie bestaat en er bewust voor wordt gekozen geen gebruik te maken van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders, kan men in aanmerking komen voor een PGB vv indien is voldaan aan één van de volgende voorwaarden:
- de verzekerde heeft vaak (meer dan drie keer 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. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten van 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 door de specifieke zorgverlening die benodigd is, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

- 5.3. Verzoeker heeft een indicatie voor persoonlijke verzorging. Hij heeft op het aanvraagformulier toegelicht dat hij een PGB vv wenst, omdat hij vaak (meer dan drie keer per week) zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties. Verder heeft hij toegelicht zorg nodig te hebben die vooraf slecht is in te plannen, omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten van de dag en/of op afroep. De zorg moet bovendien 24 uur per dag direct beschikbaar zijn in de nabijheid of op afroep. Tot slot heeft verzoeker aangekruist dat er een noodzaak is voor vaste zorgverleners, gegeven de specifieke zorgvraag dan wel in verband met het gebruik van specifieke hulpmiddelen.
In het budgetplan heeft verzoeker toegelicht dat hij een PGB vv wenst, omdat zijn vrouw al lange tijd de persoonlijke verzorging op zich heeft genomen.
De zorg die verzoeker in dit verband noemt, betreft hulp bij transfers van en naar het bed, douchen, scheren, aan- en uitkleden en het aan- en uittrekken van kousen. Het gaat om planbare zorg die niet op wisselende tijden of locaties hoeft plaats te vinden of 24 uur per dag beschikbaar moet zijn. De zorgverlening is bovendien niet dusdanig specifiek dat een noodzaak bestaat voor een vaste zorgverlener. Hetgeen door verzoeker wordt omschreven als ongeplande zorg, zoals begeleiding bij toiletbezoek 's nachts, wordt gezien als mantelzorg. Aan verzoeker is daarom geen PGB vv toegekend.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat wat betreft het PGB vv onder de Zvw landelijk afspraken zijn gemaakt, waarbij de doelgroep is beperkt. De psychische kant hierbij is erg vervelend en begrijpelijk. De indicatie betreft echter Persoonlijke Verzorging, en deze ziet op de praktische kant en niet op de psychische kant. De ziektekostenverzekeraar heeft contact gehad met de wijkverpleegkundige, die heeft bevestigd dat de juiste indicatie is gesteld. De zorg betreft hulp bij ADL, en dus niet toezicht en psychische ondersteuning. De geïndiceerde 20 uur per week kan door een gecontracteerde zorgaanbieder in natura worden verleend. Indien verzoeker andere zorg nodig heeft dan is geïndiceerd, kan hij bezien of deze zorg onder de gemeente (Wmo) of de Wlz valt. Onder de Wlz valt ook de indicatie verblijf. Dit kan ook in de thuissituatie worden ingezet, eventueel ook met een PGB.
- 5.5. In reactie op het definitieve advies van het Zorginstituut heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 7 april 2016 medegedeeld dat het aan verzoeker is om de volgens het Zorginstituut ontbrekende informatie aan te leveren. De stukken in het dossier vormen voor de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding extra informatie in te winnen. Volgens het Zorginstituut staat niet vast dat verzoeker niet in aanmerking komt voor het PGB vv. Dat betekent ook dat niet vaststaat dat hij hiervoor wel in aanmerking komt. De zorgverzekering biedt enkel dekking voor zorg indien vaststaat dat aan de vergoedingseisen is voldaan. Dit geldt ook voor de aanvraag voor het PGB vv.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering en 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 B.1. tot en met B.26. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.26. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op wijkverpleging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Zorg: waar hebt u recht op?”

De zorg omvat verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering of een hoog risico op die zorg.

De zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement. (...)

Algemeen

In bepaalde gevallen kunt u voor wijkverpleging ook een PGB (Persoons Gebonden Budget) aanvragen bij ons. In het Reglement PGB Verpleging & Verzorging, wat deel uit maakt van deze verzekeringsvoorwaarden leest u daar meer over. (...)

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' 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 vv. U komt in aanmerking voor het pgb vv 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 vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt o.a. in contracten afsluiten en controleren met zorgverleners 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 zorgverleners 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' 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 zorgverleners die door ons zijn gecontracteerd? Dan kunt u in aanmerking komen voor een pgb vv. Hiermee kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb vv. 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 zorgverleners door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

- 8.6. Artikel B.26. van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' zijn volgens artikel A.2.4. 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 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. Tussen partijen is niet in geschil 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'. Rest de vraag of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoeker ontvangt bestaat, blijkens de aanvraag die in dit kader als uitgangspunt wordt genomen, uit hulp bij het in en uit bed komen, toiletbezoek, douchen, scheren, aan- en uittrekken van elastische kousen, het naar boven en beneden brengen en het aan- en uitzetten van het apparaat dat verzoeker gebruikt in verband met slaapapneu. 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. 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 er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van zijn echtgenote, betekent dit niet dat formele zorgverleners geen rekening kunnen houden met zijn

problematiek. Indien verzoeker 's nachts het toilet moet bezoeken, kan zijn echtgenote hem hierin als mantelzorger bijstaan. Deze zorg vormt op zich geen aanleiding een PGB vv toe te kennen. 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, 20 april 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester