



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201601918
Zittingsdatum : 8 februari 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(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: verzoekster,
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 verzoekster 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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering GarantVerzorgd 3 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 TandVerzorgd 1P is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 15 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanvraag voor verlenging van het PGB vv is afgewezen. Dit betekent dat het lopende PGB vv met ingang van 15 mei 2016 wordt stopgezet.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 1 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 21 september 2016 aan verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 4 oktober 2016 heeft verzoekster 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft

geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 december 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 januari 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 januari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 28 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 18 januari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016139422) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen medische noodzaak bestaat voor het leveren van zorg door een vaste zorgverlener, en de zorgvraag enkel betrekking heeft op planbare zorg. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 20 januari 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 februari 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut. Verzoekster heeft ter zitting aanvullende informatie overgelegd. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.10. Bij brief van 9 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de ter zitting overgelegde stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 13 februari 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 verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft, samen met de indicierend wijkverpleegkundige, op 26 januari 2016 bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht:
"Artrose in rug, knieën en schouders. (...) Mw wenst zorg door vaste zorgaanbieders. (...) Omdat ik artrose heb en ben al vaak geopereerd. Aan knieën en nu aan de schouder. Wacht op oproep. Kan niet meer mijn zelf redden en heb hulp nodig bij persoonlijke verzorging. En heb al jaren dezelfde mensen die mij helpen. (...)"
De indicierend wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor Persoonlijke Verzorging van zes uren en tien minuten per week.
- 4.2. In het opgestelde zorgplan heeft de indicierend wijkverpleegkundige, voor zover hier van belang, ten aanzien van verzoekster verklaard:
"Mw is bekend met artrose in de knieën, schouders en rug. Mw komt zeer moeizaam uit bed, ze steunt een beetje met haar armen/handen op het bed maar mw ervaart veel pijn in haar schouders door slijtage en artrose. Mw is al vele malen geopereerd aan haar knieën en mw ervaart veel pijn in de knieën en beide knieën zijn beperkt in de belasting. Mw heeft in beide knieën een prothese. Mw volgt regelmatig therapie voor de knieën, schouders en rug. Mw loopt met een rollator. In de douche maakt mw gebruik van een douchestoel. (...) Mw kan zichzelf niet wassen. Mw krijgt 3 maal per week hulp bij wassen en aankleden. Daarnaast draagt mw steunkousen die ze niet zelf aan en uit kan trekken. Hiervoor krijgt mw twee maal per dag hulp. In de avond helpt de hulp mw in bed en in de ochtend helpt ze haar uit bed. Mw huurt hiervoor een mevrouw in.
- 3 dagen in de week hulp bij douchen (30 min, 1.30 uur per week)
- dagelijks hulp bij het aan en uittrekken van de steunkousen (20 min per dag 2.20 uur per week)

- dagelijks hulp bij in- en uit bed gaan (20 min per dag, 2.20 uur per week) (...)

Mw ervaart verminderde smaak ivm veel antibiotica gebruik. Daarnaast is mw diabeet. Mw heeft een aantal mensen om haar heen die voor haar eten zorgen. (...) Mw heeft 6 kinderen, de kinderen ondersteunen mw regelmatig. Sinds 15 jaar is mw weduwe. (...) Mw geeft aan dat ze een beperkt netwerk heeft. Mw is betrokken bij de Jehova gemeente. Hier heeft ze wel haar contacten. (...) Mw (...) heeft soms last van incontinentie, mw draagt inlegkruisjes. (...)"

4.3. De huisarts heeft op 14 april 2016 ten aanzien van verzoekster verklaard:

"Bij dezen verklaart ondergetekende dat bovengenoemde patiënte van hem, meer persoonlijke verzorging nodig heeft dan nu is toegezegd. Ze heeft 2 knieprotheses, waarvan 1 continu ontstoken is en waar meermalen aan geopereerd is. Tevens een ernstig versleten linker schouder en diabetes mellitus. Ze is lichamelijk niet in staat om voldoende voor zichzelf te zorgen, met name ook de komende tijd, omdat ze aan haar schouder geopereerd moet gaan worden. (...)"

4.4. Verzoekster ontvangt al jaren Persoonlijke Verzorging van een vaste zorgverlener, die op alle momenten van de dag te bereiken is, en voor haar beschikbaar is. Zij is het dan ook niet eens met de beslissing van de ziektekostenverzekeraar haar niet langer een PGB vv toe te kennen.

4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij, anders dan de ziektekostenverzekeraar meent, niet toe kan met drie zorgmomenten per week. De zorg is niet planbaar. Verzoekster moet onder meer worden geholpen met het aan- en uittrekken van steunkousen, het bereiden van eten, het boodschappen doen, en zij heeft begeleiding nodig bij activiteiten buitenshuis. Verzoekster heeft versleten schouders, waarvoor zij therapie volgt, en een probleem met haar hand. De zes uren die zijn geïndiceerd zijn onvoldoende om alle benodigde zorg aan verzoekster te verlenen. Zij kan haar familie niet altijd vragen om te helpen. Verzoekster heeft van mensen uit haar omgeving negatieve verhalen over thuiszorg gehoord. De vaste zorgverlener van verzoekster zorgt al vele jaren voor haar, en zij kan haar vertrouwen. Voorts heeft verzoekster gesteld dat de huisarts de aanvraag voor een PGB vv ondersteunt.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De voorwaarden voor het toekennen van een PGB vv staan omschreven in artikel 3 van het 'Reglement PGB vv'. Hieruit volgt dat een PGB vv kan worden toegekend indien:

- de verzekerde vaak (meer dan drie maal per week) zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of meerdere locaties;
- de verzekerde zorg nodig heeft 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 zorg nodig heeft die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- een noodzaak bestaat voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

5.2. Verzoekster heeft al enige jaren een PGB vv. In het jaar 2015 is dit PGB vv gehandhaafd. In november 2015 is verzoekster gevraagd een nieuwe aanvraag in te dienen voor het jaar 2016. Omdat niet tijdig op de ingediende aanvraag kon worden beslist, is besloten het PGB vv tijdelijk te verlengen. Op 15 maart 2016 is besloten de aanvraag af te wijzen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bericht dat het PGB vv bij wijze van overgang zou worden voortgezet tot en met 15 mei 2016.

De ziektekostenverzekeraar stelt ten aanzien van artikel 3 lid 4 van het 'Reglement PGB vv' het volgende.

De verpleegkundige heeft in de indicatie vastgesteld dat de zorgvraag van verzoekster Persoonlijke Verzorging betreft op het gebied van douchen, hulp bij het aan- en uittrekken van steunkousen en hulp bij het in en uit bed gaan. De gevraagde zorg vindt plaats in de thuissituatie en is planbaar.

Er is geen sprake van zorg die vaak nodig is op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op verschillende locaties. Planbare zorg kan niet vanuit een PGB vv worden vergoed.

De verpleegkundige heeft vastgesteld dat Persoonlijke Verzorging nodig is voor totaal 5,7 uur per week. De hulp bij de Persoonlijke Verzorging is planbaar en betreft geen zorg die vanuit een PGB vv kan worden vergoed.

Uit de door de verpleegkundige gestelde indicatie blijkt niet dat er een medische reden is op grond waarvan de zorg 24 uur per dag beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep.

Uit de indicatie blijkt verder niet van een medische noodzaak voor een vaste zorgverlener door de specifieke zorgverlening of in verband met specifieke hulpmiddelen.

Derhalve voldoet verzoekster niet aan de voorwaarden van artikel 3 van het 'Reglement PGB vv'. Gezien artikel 4.7 van dit reglement wordt geen PGB vv toegekend als niet is voldaan aan de voorwaarden uit artikel 3.

Naar aanleiding van een klacht van verzoekster is op 18 mei 2016 met haar een zogenoemd Bewust Keuze Gesprek gevoerd. Dit gesprek heeft evenwel niet geleid tot een ander oordeel.

- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat begrip bestaat voor de wens van verzoekster een vaste zorgverlener te hebben. Uit de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige blijkt echter dat zorg nodig is, die is in te plannen. Er kan geen PGB vv worden toegekend, omdat geen zorg nodig is die niet in natura kan worden verleend.

- 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 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 verzoekster 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 voorwaarden van de zorgverzekering.

- 8.3. De voorwaarden van de zorgverzekering bepalen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat. De betreffende 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. U kunt het Verzekeringsreglement op onze website vinden. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een verpleegkundige of een verzorgende met minimaal opleidingsniveau 3 in dienst van een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging en verzorging (thuiszorginstelling) of die is toegelaten voor verblijf, verpleeg- of verzorgingshuis of een instelling voor gehandicaptenzorg, die extramurale zorg levert.

Medisch specialistische verpleging thuis.

Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, kunt u naar een verpleegkundige in dienst van een Instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of ZBC), revalidatie-instelling of een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging (thuiszorgorganisatie).

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.menzis.nl/zorgvindervindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

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 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 onder één of meerdere van de hieronder beschreven doelgroepen valt: (...)

3. U langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. (...)

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de verantwoordelijkheden en verplichtingen die bij het pgb vv horen, uit te voeren. Een wettelijk vertegenwoordiger is een ouder (voor kinderen tot 18 jaar), curator, bewindvoerder of mentor. De verantwoordelijkheden en verplichtingen die u moet kunnen uitvoeren zijn bijvoorbeeld: contracten afsluiten met een zorgaanbieder, controleren van zorgaanbieders, taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters en het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten. Zie hiervoor ook artikel 6;
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van het 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' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"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.*
- 2. U bent in het bezit van een indicatie van de medisch specialist, als u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op medisch specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT).*
- 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."*

- 8.6. De zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens de voorwaarden 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. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Rest de vraag of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.

9.3. De zorg die verzoekster ontvangt bestaat, gelet op hetgeen is toegelicht in het zorgplan, uit hulp bij het wassen en douchen, het aan- en uitkleden, het aan- en uittrekken van de steunkousen en ondersteuning bij het in- en uit bed gaan. 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 vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster de voorkeur geeft aan zorg die wordt verleend door de vaste zorgverlener die haar al jarenlang verzorgt, betekent dit niet dat medewerkers van een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie haar de noodzakelijke zorg niet kunnen verlenen en hierbij rekening kunnen houden met haar problematiek en wensen.

Gelet op het voorgaande heeft verzoekster na 15 mei 2016 niet langer aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 maart 2017,

P.J.J. Vonk