



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te 'B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar
N.V. te Arnhem, vertegenwoordigd door Turien en Co Assuradeuren te
Alkmaar

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

Zaaknummer : 201503207

Zittingsdatum : 15 juni 2016

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

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

1. Partijen

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

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar,
vertegenwoordigd door Turien en Co Assuradeuren te Alkmaar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering Natura (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 IZA Cura Den Haag 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 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). Bij brief van 2 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 21 juli 2015, 16 oktober 2015 en 27 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 9 december 2015 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 21 februari 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 2 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 mei 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 mei 2016 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 4 mei 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 25 mei 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016057268) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de indicatie van verzoeker voor het PGB vv. Hierbij moet in het bijzonder worden onderzocht welke klachten verzoeker ondervindt als gevolg van prostaatkanker. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 27 mei 2015 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is bij die gelegenheid gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies, uit te voeren en de commissie over de uitkomst hiervan te berichten. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij e-mailbericht van 21 juni 2016 medegedeeld vragen te hebben gesteld aan de wijkverpleegkundige. De antwoorden op de gestelde vragen leiden niet tot een ander standpunt. Een afschrift van het betreffende e-mailbericht is aan verzoeker gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 15 juni 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 5 juli 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 22 juli 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft bij die gelegenheid geadviseerd tot afwijzing van het verzoek, op de grond dat uit de mededelingen van de wijkverpleegkundige blijkt dat de zorg planbaar is. Er zijn ook geen aanwijzingen dat sprake is van specifieke hulpverlening of specifieke hulpmiddelen. Een handvat in de douche en een douchestoel vallen hieronder niet. Een afschrift van dit advies is op 25 juli 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 12 augustus 2016 medegedeeld geen nadere reactie meer te willen geven. Verzoeker heeft op 19 augustus 2016 op het definitief advies gereageerd. Afschriften van deze stukken zijn ter kennisname aan de wederpartijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingediend. Hierop is namens hem het volgende toegelicht:
"Omdat mijn zorg nodig is wat:
- *dagelijks op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;*
- *slecht vooraf in te plannen is (op verschillende tijden en/of kort momenten op de dag en/of op afroep);*
- *24 uur per dag direct beschikbaar is;*
- *door een vaste zorgaanbieder kan worden gedaan (vanwege mijn geloofsovertuiging). Derhalve accepteer ik geen andere zorgverlener. De afgelopen vijf jaar is mijn zorg naar tevredenheid uitgevoerd (via deze vaste zorgaanbieder). Graag wil ik dat mijn zorg ook op deze manier wordt voortgezet in de toekomst. (...) Betreft om uitbreiden uren en voortzetting zorg. Aandoening: beperkte zicht (op een oog blind en op het andere maar beperkt zicht max. 15%); hart- en nierpatiënt. Vanaf jan. 2015 prostaatkanker. Hierdoor last van vermoeidheid, opvliegers, kouaanvallen, stemmingswisselingen (depressieve gevoelens). Zorgbehoefte (...) bij o.a. het*

vaker douchen, aankleden, innemen van medicijnen, wisselen van beddengoed, meegaan naar arts- ziekenhuisbezoeken etc. De afspraak wordt vertaald naar een zorgovereenkomst. De zorgverlener wordt maandelijks uitbetaald o.b.v. de geïndiceerde aantal uren per week (wat door de verpleegkundige is vastgesteld zie deel 1). Mijn zorg is de afgelopen 5 jaar ook via een vaste zorgverlener naar tevredenheid uitgevoerd. De salarisadministratie etc. is uitbesteed aan SVB. Voor de toekomst is dit ook de bedoeling. (...)".

- 4.2. Verzoeker is hart- en nierpatiënt, slechthorend en slechtziend. Tot op heden wordt verzoeker verzorgd door een familielid, die hem dagelijks helpt bij het aan- en uitkleden, bij het poetsen/ontkalken van zijn prothese, het douchen, het toedienen van medicatie en hulp bij de dagelijkse rituele wassing voor het bidden. Dit gebeurt vijf keer per dag op verschillende tijdstippen. Door de hevige klachten, die worden veroorzaakt door prostaatkanker, is vaak extra zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen. Verzoeker heeft veel last van opvliegers en koude-aanvallen. Om nog meer spanningen, onzekerheid en angst te voorkomen, hetgeen niet goed is voor zijn hart, moet verzoeker direct worden geholpen met omkleden en/of douchen, het verschonen van zijn beddengoed en het geven van extra kompressen voor pijnverlichting. Deze zorg is slecht in te plannen. De ene keer is de extra zorg midden in de nacht nodig, en een andere keer zeer vroeg in de ochtend. De zorg moet dan ook 24 uur per dag beschikbaar zijn in de nabijheid of op afroep.
- 4.3. Het familielid dat verzoeker helpt, woont in de nabijheid en is direct beschikbaar. Tot en met december 2014 is hij betaald vanuit een PGB en dit was nooit een probleem. Sinds begin 2015 maakt de ziektekostenverzekeraar echter bezwaar, en weigert hij iedere verdere medewerking. Geen van de door de ziektekostenverzekeraar genoemde thuiszorgorganisaties kon aan de zorgbehoefte van verzoeker voldoen. Dit geldt onder andere voor de rituele wassingen die plaatsvinden vóór acht uur 's ochtends of ná zes uur 's avonds. Ook zijn de zorgverleners niet direct beschikbaar, en spreekt geen van hen de taal van verzoeker.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker toegelicht dat hij aan zijn rechteroog blind is en met zijn linkeroog nog maar 15 percent ziet. Met een PGB vv is hij beter af dan met zorg in natura. Het gaat dan vooral om veiligheid en vertrouwen. Verzoeker is al op leeftijd, en de zorg wordt aan hem geleverd die bekend is met zijn taal en cultuur. Verzoeker heeft prostaatkanker en zweet erg. Daarom is het soms nodig tussendoor te douchen. Dit is niet planbaar. Ook knoeit hij weleens met de thee of laat hij dingen vallen. Die moeten dan worden opgeraapt.
- 4.5. Bij brief van 19 augustus 2016 heeft verzoeker - in reactie op het definitief advies van het Zorginstituut - toegelicht dat hij door zijn aandoeningen niet veel zelfstandig kan doen. Hier komt bij dat hij analfabeet is en de Nederlandse taal niet machtig is. Hij is afhankelijk in alles wat hij doet. Door zijn blindheid rechts en zijn zeer beperkte zicht links loopt hij heel vaak verwondingen op. Veilig zelfstandig wonen is daarom niet mogelijk. Hij kan bijvoorbeeld niet zelf boodschappen doen, omdat hij alleen niet veilig is op straat. Hij kan niet zelf eten klaarmaken, omdat hij dan snij- en brandwonden oploopt doordat hij niet ziet waarmee hij bezig is. Hij kan voorts niet zelfstandig zijn gebitsprothese reinigen, zijn hoortoestel indoen, zich wassen of naar een arts gaan. Daarom heeft hij zorg nodig die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep.
- 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. Artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' bepaalt dat men in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden, op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in dat contracten moeten worden afgesloten met zorgaanbieders, dat deze zorgverleners moeten worden gecontroleerd, en dat taken moeten worden verricht zoals het werven van personeel, het opstellen van uurroosters en het toezicht houden op de nakoming van zorgovereenkomsten. Verder moet de verzekerde een weloverwogen keuze kunnen maken ten

aanzien van werkgeverschap, en moet betrokkene in staat zijn de zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen dat sprake zal zijn van verantwoorde zorg.

De aanvraag voor het PGB vv is in eerste instantie afgewezen omdat verzoeker op dat moment niet in staat was het PGB vv te beheren, en hij geen wettelijk vertegenwoordiger had. Op 15 oktober 2015 ontving de ziektekostenverzekeraar echter een e-mailbericht van de schoondochter van verzoeker, met hierbij twee beschikkingen van de rechtbank. Hieruit blijkt dat de schoondochter van verzoeker is benoemd tot zijn bewindvoerder en mentor.

5.2. Voorts moet de zorgvraag aansluiten bij één van de voorwaarden die in artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' zijn genoemd, namelijk:

- 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;
 - de verzekerde heeft zorg nodig die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
 - er bestaat een noodzaak voor vaste zorgaanbieders als gevolg van de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
- Voor verzoeker is een aanvraag ingediend voor zeven uren Persoonlijke Verzorging per week. Hij heeft hulp nodig bij het douchen, het aan- en uitkleden en het aanreiken van medicatie. Door prostaatkanker heeft hij last van vermoeidheid en depressieve gevoelens. Ook heeft hij hulp nodig bij het verschonen van zijn beddengoed en bij bezoeken aan artsen en het ziekenhuis. Tot slot wenst hij vanwege zijn geloofsovertuiging een vaste zorgverlener.
- De zorg die verzoeker ontvangt, is goed planbaar. Door hem is niet voldaan aan één van de voorwaarden van artikel 3 van het reglement. Verzoeker heeft recht op zorg in natura. Er bestaan thuiszorgorganisaties die rekening houden met de geloofsovertuiging van de patiënt.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat moet worden getoetst aan de regelgeving. De zaken die verzoeker noemt, vallen niet onder de zorgverzekering. Mogelijk kan in het kader van 'Begeleiding' een aanvraag worden gedaan bij de gemeente.

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 10 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 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. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Verpleging en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv.
Het PGB was ten tijde van het geschil 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 langer in geschil dat verzoeker, na afgifte van de beschikking van de rechtbank Den Haag op 6 oktober 2015, voldoet aan de voorwaarden genoemd in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015'. Rest de vraag of tevens 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 innemen van medicijnen, het poetsen/ontkalken van zijn prothese, het geven van kompressen voor pijnverlichting, het verschonen van beddengoed, het meegaan bij bezoeken aan een arts of het ziekenhuis en hulp bij het uitvoeren van rituele wassingen. Met betrekking tot het meegaan naar een arts of het ziekenhuis en hulp bij het uitvoeren van rituele wassingen geldt dat dit geen verzekerde zorg is die ten laste van de zorgverzekering kan worden gebracht. De overige zorg 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. Het gaat voorts naar zijn aard

niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn. Dit valt onder andere af te leiden uit de indicatie van zeven uren Persoonlijke Verzorging per week die door de wijkverpleegkundige is gesteld.

Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Het bestaan van een taalbarrière valt hier niet onder. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van een familielid, onder andere in verband met zijn geloofsovertuiging en cultuur, betekent dit niet dat formele zorgverleners hem de noodzakelijke verzekerde zorg niet kunnen 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, 31 augustus 2016,

P.J.J. Vonk