



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201503089
Zittingsdatum : 20 april 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

OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens afgesloten aanvullende verzekering OHRA Tandengaaft 250 is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg 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 4 september 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 28 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 ongedateerde brief, ontvangen op 18 december 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 (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 8 februari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 februari 2016 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 februari 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 april 2016 schriftelijk medegedeeld af te zien van horen.
- 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 15 februari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 29 februari 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016020560) 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 voldaan aan artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar, nu geen sprake is van niet-planbare zorg. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker is op 20 april 2016 in persoon gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld te reageren op de aantekeningen van de hoorzitting. Bij brief van 25 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 3.11. Bij brief van 3 mei 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 17 mei 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht, inhoudende dat het verzoek dient te worden afgewezen. Een afschrift van dit advies is op 19 mei 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker heeft op 24 mei 2016 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend, en hierop, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: *"De fijne motoriek is slecht. Dagelijkse problemen zoals opstaan, wassen, aankleden, scheren en contactlenzen indoen. Bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen is er altijd iemand nodig in de directe omgeving. Dit zit in de directe ondersteuning en op de momenten waarbij dhr. zich beter voelt op de achtergrond aanwezig te zijn. Dhr. heeft op het ogenblik veel pijn ivm reuma en een versleten knie -> krijgt binnenkort 3de knie OK. Cognitie gaat achteruit -> hierbij heeft dhr. toezicht en controle nodig. (...) De zorgmomenten zijn onplanbaar. Dagelijkse zorgmoment hangt af van hoe dhr. zich voelt. (...) Dochter geeft de zorg 5 dgn per week op afroep. In de weekend[en] geeft de echtgenote van dhr. de zorg, is aanwezig in de nabije omgeving en ondersteun[t] dhr. met de nodige zorg. (...)".*
- 4.2. De huisarts heeft op 20 november 2015 ten aanzien van verzoeker verklaard: *"Verklaring mbt aanvraag/verlenging PGB. Dhr heeft ernstig rheuma al jaren waardoor klachten van de gewrichten. Hierdoor kan hij moeizaam en vaker ook niet zijn kleding aan en uit trekken, hiervoor is de laatste jaren PGB uitgeschreven met ook wisselende verzorging in tijd. Miz zijn de klachten niet verbeterd eerder achteruit gegaan maar nu is er een PGB toegekend voor vaste tijden zorg. Dit is niet haalbaar voor dhr. ivm dat hij vaker veel klachten heeft van pijn waardoor hij later verzorgd moet worden, dit is niet planbaar. (...)".*

-  4.3. Bij verzoeker werden in 2004 reuma en artrose vastgesteld in combinatie met een slijtage van zijn gewrichten. Na jaren van onderzoeken werd het stadium bereikt dat verzoeker niet verder kon worden behandeld. Hem restte enkel nog pijnmedicatie. Vanwege de kromme vingers en het niet goed kunnen gebruiken van zijn handen werd in 2008 besloten verzoeker te opereren aan zijn linkerhand. De operatie heeft echter tot gevolg gehad dat de weinige fijne motoriek die hij nog bezat, enkel verslechterde.
In 2008 bleek verzoeker in aanmerking te komen voor een PGB vv. In november 2012 bleek hij ook hartpatiënt te zijn, waardoor hij nog meer verzorging nodig had.
Vanwege de slijtage van zijn gewrichten is in 2015 bij verzoeker links een knieprothese geplaatst. De revalidatie die in dat verband nodig was, bracht de noodzaak tot extra verzorging met zich.
-  4.4. Verzoeker staat gewoonlijk op om half negen en wordt dan gewassen en aangekleed door zijn dochter. Zijn echtgenote maakt het ontbijt, de lunch en het diner, omdat verzoeker dit niet kan. Aangezien verzoeker veel last heeft van pijn, heeft hij gemiddeld drie tot vier dagen per week een slechte dag. Hij heeft dan hevige pijn en het is voor hem in een dergelijk geval onmogelijk om half negen op te staan. Hij blijft dan liggen totdat hij zich iets beter voelt, bijvoorbeeld tot tien uur of half elf, en wordt dan alsnog geholpen. Zijn dochter is op afroep beschikbaar. De dagelijkse zorgmomenten hangen af van hoe verzoeker zich voelt, en dit maakt de zorg niet planbaar. Verder gaat verzoeker in verband met zijn reuma tweemaal per week zwemmen in een warm waterbad. Aangezien hij niet kan autorijden, moet er iemand met hem mee. De dochter van verzoeker brengt hem naar het zwembad en helpt hem met uitkleden. Zij blijft tijdens het zwemmen aanwezig en als hij klaar is, helpt zij hem met afdrogen en aankleden en brengt hem vervolgens weer naar huis.
Tot slot heeft verzoeker soms last van diarree. Het komt voor dat hij 's nachts uit bed moet, en zijn kleding ongewild vies wordt. Zijn echtgenote moet hem dan wassen en verschonen. In verband met het mensonterende karakter van deze nachtelijke zorg, wil verzoeker deze niet overlaten aan een derde. Momenteel kan hij nog zelfstandig naar het toilet, maar hij merkt dat ook dit steeds lastiger wordt.
Een aantal jaren geleden heeft verzoeker een gesprek gehad met een zorgaanbieder. Deze deelde hem mede dat de thuiszorgorganisatie de zorg die verzoeker nodig heeft, niet kan bieden, omdat men met vaste tijden werkt. Dit is gezien de situatie van verzoeker niet wenselijk.
-  4.5. De verzorging die verzoeker nodig heeft, is door de vele pijn die hij heeft, niet goed planbaar. Dit is bevestigd door de huisarts en de wijkverpleegkundige. De ziektekostenverzekeraar houdt hiermee echter geen rekening, en heeft toekenning van het PGB vv afgewezen. Deze beslissing is genomen zonder contact met de huisarts of de wijkverpleegkundige. Op het moment dat de wijkverpleegkundige contact opnam met de ziektekostenverzekeraar, werd niet naar haar geluisterd, maar werd gezegd dat verzoeker een klacht kon indienen. Ook na het indienen van de klacht bleef de ziektekostenverzekeraar echter bij zijn standpunt.
-  4.6. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hem eerder niet is gevraagd om medische stukken. Daarom heeft hij deze stukken eerst ter zitting overgelegd. Verzoeker is aan zijn hart geopereerd, kan slecht lopen en is kortademig. Ook heeft hij diabetes. Diverse personen hebben verklaard dat de zorg niet planbaar is, maar de ziektekostenverzekeraar heeft op afstand beslist dat dit wel het geval is. Verzoeker heeft contact opgenomen met de wijkverpleegkundige, die hem vertelde dat hij alleen om half elf 's ochtends kan worden geholpen, omdat men onvoldoende personeel heeft dat bij hem langs kan komen. Daarvan heeft hij afgezien, en nu verleent zijn dochter de zorg, die hij zelf betaalt van zijn spaargeld. Zij moet elke dag twee uur eerder weg van haar werk.
-  4.7. 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 & 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. De zorg die verzoeker nodig heeft, bestaat uit het aan- en uittrekken van steunkousen, de uiterlijke verzorging, de haar- en nagelverzorging, het in- en uitdoen van contactlenzen, het begeleiden naar en van het therapeutisch zwemmen en het helpen met aan- en uitkleden en afdrogen, en het verschonen in geval van diarree. Verzoeker heeft toegelicht dat sprake is van zorg die vooraf slecht is in te plannen en plaatsvindt op wisselende tijdstippen. Ook zou het gaan om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep.
- 5.4. Het verzoek van verzoeker voor een PGB vv is invoelbaar. Hij voldoet echter niet aan de hiervoor geldende voorwaarden. De zorg die hij ontvangt, is goed planbaar. Hoewel de ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoeker wil worden geholpen op een door hem gewenst tijdstip, betekent dit niet dat deze zorg ook op wisselende tijdstippen moet plaatsvinden. Hierbij gaat de ziektekostenverzekeraar ervan uit dat afspraken kunnen worden gemaakt tussen verzoeker en de zorgaanbieder, waarbij rekening kan worden gehouden met zijn persoonlijke wensen. Bij het opstaan kan bijvoorbeeld worden afgesproken dat de zorgverlener om tien uur komt. Verzoeker zou dan, indien hij eerder wakker is, iets langer in zijn nachtkleding in bed zitten of rondlopen. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoeker 24 uur per dag iemand uit de nabijheid wil kunnen inschakelen voor zorg, maar zijn indicatie voor Persoonlijke Verzorging is twaalf uur per week. Deze verzorging kan ook worden verricht door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.

5.5. Het is belangrijk dat verzoeker wordt begeleid naar het therapeutisch zwemmen en dat er eten voor hem wordt bereid. Deze zorg valt echter niet onder Persoonlijke Verzorging. Met betrekking tot het verschonen in geval van diarree heeft de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige. Hieruit is gebleken dat voor de verschoning geen indicatie is gesteld, zodat deze niet in de beoordeling kan worden betrokken.

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 is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover 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.

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 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 als zodanig 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

- 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 uit hulp bij het opstaan, wassen, aan- en uitkleden, scheren, het in- en uitdoen van contactlenzen, het aan- en uittrekken van steunkousen, begeleiding naar en van het therapeutisch zwemmen en het bereiden van eten. Ten aanzien van het therapeutisch zwemmen en de etensbereiding geldt dat dit niet valt onder Persoonlijke Verzorging. Voor het overige betreft het 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. Voor zover het gaat om de verschoning in verband met diarree, is door de ziektekostenverzekeraar naar voren gebracht dat deze zorg niet is meegenomen in de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige. De noodzaak van de betreffende zorg blijkt ook niet uit het aanvraagformulier voor het PGB vv, terwijl verzoeker de stelling van de ziektekostenverzekeraar niet heeft weersproken, zodat dit aspect bij de beoordeling buiten beschouwing dient te blijven. Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn, mede gelet op de hoogte van de gestelde indicatie voor Persoonlijke Verzorging van twaalf uren per week. 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. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van zijn echtgenote en zijn dochter, betekent dit niet dat formele zorgverleners geen rekening kunnen houden met zijn problematiek en de gevolgen hiervan, onder andere tot uitdrukking komend in de variatie in het tijdstip waarop hij wenst op te staan. Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Conclusie

- 9.4. 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 juni 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester