



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V.
te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201600109
Zittingsdatum : 12 oktober 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



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

1. Partijen



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



VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding



3.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 21 oktober 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.



3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 23 december 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.



3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.



3.4. Bij brief van 14 april 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 juni 2016 aan verzoekster gezonden.



3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 6 juli 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Bij e-mailbericht van 26 juli 2016

heeft verzoekster medegedeeld alsnog in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 6 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. Bij brief van 28 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 8 juli 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016082464) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden voor toekenning van het PGB vv. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.

3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 12 oktober 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.

3.10. Bij brief van 14 oktober 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 25 oktober 2016 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 bij de zorgverzekeraar het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende vermeld: *"Gezien mijn medische situatie betreft het hier onplanbare zorg. Vandaar de keuze voor een PGB. (...) PV Steunkousen 7 x 30 min = 210 min, PV Pers. verzorging 3 x 60 min = 180 min, PV Pers. verzorging 4 x 20 min = 80 min, Lupus erythematosus, incontinentie, artrose, L.K. volledige prothese (...) Niet kunnen bukken en knielen. R. voet kan alleen op hak staan ivm botvergroeiing, reumatische aandoeningen (...)".* De indicierend wijkverpleegkundige heeft bij verzoekster een indicatie gesteld van acht uur en tien minuten Persoonlijke Verzorging per week.

4.2. Verzoekster heeft last van chronische stijfheid en vermoeidheid. Zij heeft een knie-prothese, botvergroeiing aan de rechtersoet, reuma, artrose en lupus erythematosus. Vanwege deze aandoeningen kan verzoekster zich moeilijk bewegen en ervaart zij algehele lichamelijke instabiliteit. Verzoekster heeft sinds twintig jaar een PGB vv. Zij heeft drie vaste zorgverleners, waarover zij erg tevreden is. Het betreft haar broer, zus (opgeleid verzorgende) en haar schoonzus. Deze zorgverleners zijn flexibel. Zo kan verzoekster haar zus in haar pauze bellen om verzoekster te komen douchen als zij daar op dat moment behoefte aan heeft. Als haar zus niet beschikbaar is, belt verzoekster haar schoonzus. Zij heeft geen baan en is dus altijd thuis en beschikbaar. Voordat verzoekster een PGB vv ontving, maakte zij gebruik van zorg in natura. Zij is destijds gevraagd mee te doen aan een PGB-pilot, en is nooit meer teruggegaan naar zorg in natura, aangezien het PGB vv haar uitstekend bevalt. Verzoekster wil graag zelf bepalen wie haar doucht en wanneer, hoe zij haar dag invult, hoe laat zij opstaat en weggaat. Deze onafhankelijkheid maakt het leven van verzoekster prettiger. Zij heeft daarom behoefte aan zorg die zeer flexibel is. Met een thuiszorgorganisatie valt niet te overleggen, aangezien men werkt met een schema. Verder raakt verzoekster in paniek als zij weet dat de hulp binnen een uur komt, terwijl zij zich hierover met haar huidige zorgverleners geen zorgen hoeft te maken.

4.3. De zorg die wordt bekostigd met het PGB vv is veel goedkoper dan zorg in natura. De zorgverleners van verzoekster ontvangen € 18,- per uur voor het verlenen van Persoonlijke Verzorging. Dit bedrag wordt geheel aan zorg besteed. Uit het onderzoek 'Eindrapportage Persoonsgebonden Budget Eigen Regie en Empowerment' blijkt dat het PGB-houders beter lukt om ondersteuning in te kopen

die exact aansluit op de persoonlijke behoeften, wensen en voorkeuren. Daarnaast krijgen mensen door een PGB het gevoel weer een eigen leven te hebben.

Verzoekster doet een beroep op de elementaire principes van mensenrechten zoals deze zijn vastgelegd in het Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap (VRPH). Daarbij gaat het om respect voor de waardigheid, persoonlijke autonomie, participatie en inclusie. Verzoekster wil niet afhankelijk zijn van geplande zorg, maar als volwaardig persoon kunnen deelnemen aan de samenleving.

- 4.4. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij drie vaste zorgverleners heeft, en juist van een zorg in natura situatie is overgegaan naar een PGB-constructie. Daarom weet zij heel goed wat het verschil is. Zij weet hoe fout het kan gaan met zorg in natura, vooral als wordt gekeken naar wat verzoekster nodig heeft. De wijkverpleegkundige die de indicatie heeft gesteld en de beoordeling heeft uitgevoerd werkt bij een zorgaanbieder, en heeft er dus belang bij aan te geven dat de zorg in natura kan worden verstrekt. In het verslag van de zorgverzekeraar van het gesprek met de wijkverpleegkundige staat dat deze heeft toegelicht dat deze als thuiszorgorganisatie de zorg kan leveren en dat dit geen PGB-vraagstuk was. Degene die de indicatie stelt en bepaalt of het planbare zorg is of niet, is dan ook degene die de zorg gaat verlenen, en dan heeft deze dus in feite twee petten op, en dat kan eigenlijk niet. De zorgverleners van mevrouw zijn altijd beschikbaar, en kosten maar € 18,- per uur, terwijl zorg in natura minstens twee keer zoveel kost. De tevredenheid van verzoekster speelt een rol, maar ook in het VRPH is bepaald dat het belangrijk is dat iemand zich gehoord voelt, en dat kan met het PGB.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Om aanspraak te kunnen maken op een PGB vv, waarmee verzoekster zelf haar zorg kan inkopen, moet zijn voldaan aan de voorwaarden van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de zorgverzekeraar. De zorgvraag moet dan aansluiten bij één van de volgende voorwaarden:

- 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 omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op 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 vanwege de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

- 5.2. Met verzoekster is tweemaal een zogenoemd 'Bewust Keuze Gesprek' gevoerd. Hiervan is, voor zover hier van belang, de volgende notitie gemaakt: *"Telefonisch gesprek met [verzoekster], tijdens de eerste beoordeling op 21-10-2015: Mevrouw benoemt dat zij vanwege de chronische stijfheid en vermoeidheid, lupus eramyctosus, knie prothese botvergroeiing aan de rechtersvoet en reuma zich moeilijk kan bewegen. Daarnaast gebruikt mevrouw incontinentiemateriaal. Mevrouw benoemt dat zij hulp nodig heeft met het aan- en uitdoen van de steunkousen, vier keer per week een kleine wasbeurt, drie keer per week volledig wassen en douchen. Mevrouw gaat zelfstandig naar het toilet en kan zelf in en uit bed komen. Mevrouw geeft aan dat als zij gevallen is er iemand moet komen om haar te helpen. Volgens mevrouw is de zorg nodig op onregelmatige tijdstippen aangezien zij de ene keer slecht uit bed kan en de andere keer beter. Dit heeft te maken met haar reuma, chronische vermoeidheid en stijfheid. Mevrouw benoemt dat haar zorgverleners haar broer, zus en schoonzus zijn.*

Telefonisch gesprek met de verpleegkundige (...), tijdens de eerste beoordeling op 21-10-2015: De verpleegkundige geeft aan dat hij ADL-zorg heeft geïndiceerd. Dit betreft hulp bij douchen/wassen, aankleden, aan-uitsprekken van de steunkousen en het zalven van de huid. Daarnaast geeft de verpleegkundige aan dat zij als thuiszorgorganisatie deze zorg zouden kunnen leveren en dit geen PGB vraagstuk is. Op het gegeven dat mevrouw aangeeft dat zij van mening is dat de thuiszorg dit

niet kan i.v.m. haar wisselende momenten van uit bed komen geeft de verpleegkundige aan [dat] zij als thuiszorgorganisatie daar wel wat mee kunnen en haar daarin tegemoet kunnen komen. (...) Telefonisch gesprek met [verzoekster], tijdens de heroverweging op 21-12-2015: [Verzoekster] geeft aan dat het vanwege haar chronische vermoeidheid lastig is om op vaste tijden op te staan. Zij is telkens op verschillende tijden wakker. Verder geeft mevrouw aan dat zij een voorkeur heeft aan vaste mensen aangezien zij het erg vervelend vind[t] als andere mensen haar privé zien. Zij heeft al 20 jaar een PGB en wil dit graag zo houden. Daarnaast vind[t] mevrouw het erg belangrijk dat zij via het PGB zelf de regie heeft over haar zorg. Op deze manier kan mevrouw zelf afspraken maken wanneer ze moeten komen als zij bijvoorbeeld ergens naar toe moet. (...) Samenvatting: Mevrouw is in staat om zelfstandig alle verantwoordelijkheden en verplichtingen uit te voeren die horen bij het pgb vv. De geïndiceerde zorg is planbaar. Volgens de verpleegkundige is de zorg uit te voeren door een thuiszorgorganisatie. Zij kunnen dan mevrouw tegemoet komen in haar wensen. Omdat mevrouw wel in staat is om zelfstandig uit bed te komen, kan zij bijvoorbeeld later op de route worden gezet, zodat zij wat speling heeft in het opstaan."

- 5.3. Aangezien verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden van het reglement, heeft de zorgverzekeraar besloten haar het aangevraagde PGB vv niet toe te kennen.
- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar aangevoerd dat verzoekster een PGB vv heeft aangevraagd in 2015. In artikel 13 van de zorgverzekering is de aanspraak op Persoonlijke Verzorging en Verpleging geregeld, en hierin staat ook dat hiervoor een PGB vv kan worden verstrekt. Verwezen wordt dan naar het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar, en in dit reglement staat dat de zorgvraag moet aansluiten bij een of meer criteria. De zorg die voor verzoekster is geïndiceerd, betreft zogenoemde ADL-zorg, en hierbij gaat het bijvoorbeeld om wassen en aankleden. De zorg die verzoekster nodig heeft, betreft naar zijn aard planbare zorg. Dit is ook medegedeeld door de thuiszorgorganisatie. Deze organisatie heeft ook toegelicht dat rekening kan worden gehouden met wisselende tijden van opstaan. Verzoekster kan dan op een later moment worden geholpen. Het is begrijpelijk dat verzoekster het fijn vindt de zorg zelf in te kopen, maar op grond van de regelgeving mag de zorgverzekeraar geen PGB vv toekennen in deze situatie. Er is ook nog een keer een nieuwe aanvraag ingediend, en toen is ook medegedeeld dat niet is voldaan aan de voorwaarden van artikel 3 van het reglement.
- 5.5. De zorgverzekeraar 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 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 zorgverzekeraar 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 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. (...)

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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar 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' van de zorgverzekeraar 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 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 zorgverzekeraar 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. Niet in geschil is 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 2015' van de zorgverzekeraar. De vraag is of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoekster ontvangt, bestaat uit hulp bij het aan- en uittrekken van steunkousen, het wassen en douchen, aankleden en het insmeren van de huid. 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, mede gelet op de gestelde indicatie voor Persoonlijke Verzorging van acht uren en tien minuten per week. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft, dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van haar huidige, vaste zorgverleners, die altijd beschikbaar zijn en kunnen inspelen op haar wensen, betekent dit niet dat een thuiszorgorganisatie de zorg niet aan verzoekster kan



verlenen. Hetgeen door verzoekster verder is aangevoerd, met name ten aanzien van de hoogte van de vergoeding in het kader van het PGB vv en de effectieve inzet van het PGB vv, kan niet leiden tot een andere uitkomst. Het zelfde geldt ten aanzien van het gestelde met betrekking tot het VRPH, aangezien onvoldoende feiten en omstandigheden zijn gesteld die aannemelijk maken dat in de situatie van verzoekster sprake is van schending van de regels van dit verdrag. Gelet op het voorgaande heeft verzoekster 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, 2 november 2016,



P.J.J. Vonk