



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



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),
betalingsachterstand, wettelijk vertegenwoordiger, indicatie
Zaaknummer : 201601610
Zittingsdatum : 23 november 2016



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

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), ingaande 30 oktober 2015 (verder: de aanspraak). Bij brief van 29 december 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.



3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 30 maart 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.



3.3. Bij brief van 7 juli 2016 en e-mailbericht van 2 augustus 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).



3.4. 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.



3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 september 2016 aan verzoekster gezonden.



3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben op 12 respectievelijk 17 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord, zodat de commissie de zaak op stukken zal afdoen.



3.7. Bij brief van 12 september 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 22 september 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016115015) 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 aangetoond dat de zorg niet planbaar is. Het argument van verzoekster dat zij niet door een onbekende wil worden geholpen, is niet medisch van aard. In het dossier ontbreekt medische informatie die het standpunt van verzoekster ondersteunt. Verder valt op dat een dagelijkse injectie met Sumatripan uitzonderlijk is. Ook de koppeling van de evenwichtsstoornissen en neurologische uitvalsverschijnselen aan de migraine is medisch gezien niet voor de hand liggend. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 13 oktober 2016 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren.

3.8. Verzoekster heeft, in reactie op het advies van het Zorginstituut, de commissie bij brief van 20 oktober 2016 verzocht om aanhouding van de procedure in verband met het aanleveren van medische informatie. Dit verzoek is door de commissie niet gehonoreerd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster heeft op het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' het volgende vermeld: *"Op wisselende tijden heb ik hulp nodig in verband met chronische migraine, ik gebruik hiervoor sumatriptan injectie, op het moment dat het nodig is. Zelf ben ik niet in staat om het toe te dienen, tijdens de aanval en ook durf ik het niet door dit medicijn ben ik incontinent geworden, en dit is alleen 's nachts en daarom is het nodig om 's morgens te douchen. In verband met chronische migraine, en evenwichtsorgaanstoornis heb ik een groot val risico, en door de chronische migraine heb ik uitvalsverschijnselen van rechter lichaamsdelen. Wanneer ik migraine aanval heb moet ik douchen zodat mijn bloedvatten wat open [gaan] zodat het bloed goed blijft stromen en tijdens die migraine aanval kan ik mezelf niet douchen en heb ik hulp nodig op verschillende tijden of moment van de dag of nacht en [onleesbaar] moet ik een injectie hebben moet ik geprikt worden met mijn medicijn dat kan ik niet doen doordat ik uitvalsverschijnselen heb op dat moment van mijn rechter lichaamsdelen kan ik op dat moment niet gebruiken".*

4.2. Verzoekster stelt dat zij voldoet aan de voorwaarden die gelden voor een PGB vv, zoals opgenomen in het Reglement PGB vv 2015. Meer specifiek voldoet haar zorgvraag aan het gestelde in de artikelen 2 en 3. Op het aanvraagformulier zijn door de wijkverpleegkundige de volgende zorgbehoeften aangekruist: (1) het vaak nodig hebben van zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen, en (2) zorg die vooraf slecht is in te plannen, omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of korte momenten op de dag en/of op afroep. In het budgetplan is onderbouwd waarom verzoekster een PGB vv nodig heeft. De medische problematiek is bevestigd door de huisarts. Zorg in natura kan niet voorzien in de zorgbehoeften van verzoekster. De zorgverzekeraar vermeldt in de heroverweging ten onrechte dat moet worden voldaan aan het Reglement PGB vv 2016. De aanvraag is immers ingediend op 30 oktober 2015, zodat het reglement uit 2015 van toepassing is. De voornaamste afwijsggrond, te weten de aanmelding van verzoekster in maart 2010 bij het Zorginstituut in verband met een premieachterstand van meer dan zes maanden, waarbij artikel 4.7 wordt aangehaald, staat niet vermeld in het Reglement PGB vv 2015. Derhalve mocht de zorgverzekeraar de afwijzende beslissing niet op deze grond baseren. Indien desondanks wordt geoordeeld dat het beroep op artikel 4.7 (*"binnen een periode van vijf jaar, gelegen onmiddellijk voorafgaande aan het verzoek tot het toekennen van het Zvw-pgb, als verzekerde betrokken was bij een wegens opzettelijke misleiding door de verzekeringnemer opgezegde of ontbonden zorgverzekering"*) van de zorgverzekeraar slaagt, voert verzoekster aan dat haar verzekering niet is gewijzigd en dat de aanmelddatum van maart 2010 langer dan vijf jaar vóór de aanvraag voor het PGB vv (30 oktober 2015) ligt.

4.3. Door de afwijzende beslissing van de zorgverzekeraar staat de verpleging en verzorging van verzoekster op de tocht. Zij kan immers haar zorgverlener geen salaris uitbetalen.

4.4. In reactie op de brief van de zorgverzekeraar van 7 september 2016, heeft verzoekster het volgende gesteld.

De zorgverzekeraar erkent dat de aanvraag tijdens de herbeoordeling ten onrechte op basis van zowel het reglement 2015 als 2016 is beoordeeld. De afwijzingsgrond dat sprake is van aanmelding bij het Zorginstituut komt niet voor in het reglement 2015. De zorgverzekeraar had dit in de heroverweging kunnen meenemen, maar heeft dit ten onrechte verzuimd. Alleen daarom al dient de klacht van verzoekster gegrond te worden verklaard.

De zorgverzekeraar verzuimt voorts in te gaan op de argumenten van verzoekster voor de stelling dat zij wel voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in de artikelen 2 en 3 van het reglement. Ook wordt niet ingegaan op de in de aanvraag genoemde omstandigheden.

Dat de zorg op afroep binnen tien à vijftien minuten geleverd kan worden, wordt door verzoekster betwist. Het gaat om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn en dit kan logischerwijs niet worden gegarandeerd door de zorgaanbieder.

De zorgverzekeraar gaat volledig voorbij aan de door verzoekster in de aanvraag vermelde noodzaak om verzorgd/begeleid te worden bij het douchen als gevolg van incontinentie tijdens de aanvallen. Verzoekster heeft nota bene zelf aangevoerd dat zij in verband met chronische migraine en een evenwichtsstoornis een groot valrisico heeft, en daarnaast uitvalverschijnselen van de rechter lichaamsdelen, waardoor zorg bij het douchen imperatief is.

De zorgverzekeraar voert in dit schrijven voor het eerst het argument aan dat geen sprake is van een wettelijk vertegenwoordiger. Daarbij wordt ter onderbouwing gesteld dat verzoekster in het Bewust Keuze Gesprek (hierna: BKG) heeft gezegd dat het beheer niet in eigen handen ligt. Verzoekster betwist dit argument. Ten eerste is er geen verslag van het BKG aanwezig. Ten tweede is verzoekster voldoende in staat op eigen kracht de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden op verantwoorde wijze uit te voeren, is zij in staat op eigen kracht een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap, en is zij in staat de zorgverlener zodanig aan te sturen dat kan worden gesproken van verantwoorde zorg. Verzoekster heeft de indruk dat de zorgverzekeraar dit argument er thans bij haalt om de eerdere afwijzing alsnog te rechtvaardigen. Er is dan ook sprake van een motiveringsgebrek.

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 iemand zelf zorg kan inkopen, moet worden voldaan aan de voorwaarden van het Reglement PGB vv 2015. De zorgvraag van verzekerde moet aansluiten bij een of meer voorwaarden, namelijk:

- verzekerde heeft vaak (meer dan drie maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- verzekerde heeft zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze zorg nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
- verzekerde heeft 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 verzekerde nodig heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

5.2. Verzoekster heeft chronische migraine en problemen met het evenwichtsorgaan. Door de evenwichtsproblemen heeft zij ondersteuning nodig bij het douchen en aankleden. Voor de migraine ontvangt verzoekster dagelijks een sumatriptan-injectie. Bij een migraine-aanval krijgt zij nogmaals een injectie. Verzoekster vindt het prettig om na een migraine-aanval te douchen.

De aanvraag voor het PGB vv is afgewezen op grond van artikel 3. De zorgverzekeraar stelt dat het toedienen van de sumatriptan-injectie kan worden gedaan door een thuiszorgorganisatie. De zorg op afroep kan binnen tien à vijftien minuten worden geboden aan verzoekster.

Dat verzoekster graag wil douchen na een migraine-aanval is voorstelbaar, maar dit is geen medisch noodzakelijke zorg.

Voorts geldt dat verzoekster in maart 2010 is aangemeld bij het College voor zorgverzekeringen, thans het Zorginstituut, in verband met een premieachterstand van meer dan zes maanden.

Daarnaast heeft verzoekster tijdens het Bewust Keuze Gesprek toegelicht dat het beheer niet in haar handen ligt, maar dat een kennis de volledige administratie voert. Er is geen sprake van een wettelijk vertegenwoordiger. Derhalve is de aanvraag voor het PGB vv ook afgewezen op grond van de artikelen 2 en 4.7.

5.3. Verzoekster kan gebruik maken van zorg in natura. Bij zorg in natura krijgt iemand zorg van een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar afspraken heeft gemaakt. De kosten van zorg worden direct aan de zorgaanbieder betaald. De meeste zorgaanbieders hebben de mogelijkheden om de gewenste zorg snel te leveren.

5.4. 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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en 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.

(...)

Verwijsbrief nodig van medisch specialist:

- voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar;
- voor medische specialistische verpleging thuis. De zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist.

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. (...)"

- 8.4. Artikel 2 van het Reglement PGB vv 2015 van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 2 Doelgroep pgb verpleging en verzorging

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 PGB vv 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 4 van het Reglement PGB vv 2015 van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 4 Aanvraag, toekennen en beëindigen pgb verpleging en verzorging

(...)

- 4.7 U krijgt geen pgb verpleging en verzorging als u:

- tegelijkertijd verpleging en verzorging ontvangt van een zorgaanbieder die een contract heeft gesloten met ons voor deze zorg;

- een pgb verpleging en verzorging aanvraagt voor zorg waarvoor al een pgb verpleging en verzorging is toegekend;
- niet behoort tot de doelgroep, zoals beschreven in artikel 2;
- niet voldoet aan de specifieke criteria, zoals genoemd in artikel 3;
- onvoldoende aannemelijk kunt maken dat het pgb verpleging en verzorging zal voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit;
- geen medewerking (meer) verleent aan een "Bewust keuze gesprek" dat door ons wordt georganiseerd;
- binnen een periode van vijf jaar, gelegen onmiddellijk voorafgaande aan het verzoek tot het toekennen van het Zvw-rgb, als verzekerde betrokken was bij een wegens opzettelijke misleiding door de verzekeringnemer opgezegde of ontbonden zorgverzekering;
- zich bij de verstrekking van het Zvw-rgb of pgb in de AWBZ in 2014 of eerdere jaren niet heeft gehouden aan de opgelegde verplichtingen.
(...)"

- 8.7. Artikel 13 van de zorgverzekering en het Reglement PGB vv 2015 van de zorgverzekeraar zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. 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 vv was ten tijde van het geschil als zodanig niet bij wet geregeld.
- 8.9. 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
- 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. De aanvraag voor het PGB vv is ingediend op 30 oktober 2015, en op het aanvraagformulier is als ingangsdatum voor de indicatie voor de persoonlijke verzorging en verpleging 30 oktober 2015 ingevuld. Derhalve vindt de beoordeling plaats aan de hand van de in het jaar 2015 vigerende verzekeringsvoorwaarden, meer specifiek de voorwaarden van de zorgverzekering en het Reglement PGB vv 2015 van de zorgverzekeraar.
- 9.3. De zorgverzekeraar heeft zich erop beroepen dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden die de artikelen 2 en 4.7 van bedoeld reglement stellen. Verzoekster is namelijk in maart 2010 aangemeld als wanbetaler bij het College voor zorgverzekeringen, thans het Zorginstituut. Hiertoe merkt de commissie op dat de door de zorgverzekeraar aangehaalde uitsluiting van artikel 4.7 eerst met ingang van 1 januari 2016 aan het reglement is toegevoegd. Deze uitsluiting kan verzoekster niet worden tegengeworpen, nu de aanvraag in 2015 is gedaan. Voorts heeft de zorgverzekeraar verwezen naar artikel 2 van het reglement en gesteld dat verzoekster het PGB vv niet zelf beheert,

maar dat een kennis de volledige administratie voert. Van een wettelijk vertegenwoordiger is volgens de zorgverzekeraar geen sprake. Hiertoe merkt de commissie op dat het enkele feit dat de administratie door een ander persoon wordt uitgevoerd, niet inhoudt dat verzoekster niet in staat is het PGB vv te beheren.

Zodoende stelt de commissie vast dat verzoekster behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het Reglement PGB vv 2015 van de zorgverzekeraar.

- 9.4. Rest de vraag of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt. De zorg die verzoekster ontvangt bestaat uit het dagelijks toedienen van medicatie en hulp bij het douchen. Dit betreft zorg die op vaste tijdstippen kan worden verleend. Het betreft geen zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen moet plaatsvinden. Dat verzoekster kampt met migraine-aanvallen en dat zij op die momenten een extra injectie toegediend moet krijgen en wil douchen, maakt dit niet anders. Deze zorg op afroep kan worden verleend door een thuiszorgorganisatie, die blijkens de verklaring van de zorgverzekeraar in dat geval binnen tien à vijftien minuten bij verzoekster kan zijn. 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 van acht uren per week. 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 er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van een bekende of iemand die dicht bij haar staat, betekent dit niet dat formele zorgverleners geen rekening kunnen houden met haar problematiek en de gevolgen hiervan, onder andere tot uitdrukking komend in de plaats waar en het tijdstip waarop de zorg nodig is. Verzoekster heeft derhalve geen aanspraak op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering.

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, 23 november 2016,

A.I.M. van Mierlo