



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

Zaaknummer : 201600883

Zittingsdatum : 18 januari 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(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 & Co. Assuradeuren te Alkmaar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IZA Cura Natura Polis (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 Aanvullend Rotterdampakket 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).

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 23 december 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 brief van 2 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de kosten van de aan verzoeker verleende zorg alsnog als zijnde naturazorg, tot 80 percent te vergoeden, tot maximaal vijf uren en vijftig minuten per week, mits de nota's voldoen aan enkele specifieke voorwaarden.

3.4. Bij brief van 5 september 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 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 november 2016 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 november 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 december 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch 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 8 november 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 5 december 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016130225) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het dossier niet blijkt dat de zorg voor verzoeker op medische gronden onplanbaar is. Tevens is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 6 december 2016 aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 januari 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 19 januari 2017 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 26 januari 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

 4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

-  4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan ten aanzien van verzoeker verklaard: *"[Verzoeker] woont zelfstandig thuis, samen met zijn invalide echtgenote. Kinderen zijn uit huis en wonen buiten [de] stad. Hij heeft diverse ziektebeelden waaronder een ernstige vorm van reumatoïde artritis. Naast zijn eigen zelfzorg te verrichten, verzorgt hij dagelijks ook zijn rolstoelafhankelijk[e] echtgenote. Meneer heeft veel pijnklachten in zijn gewrichten van het lichaam. Zijn handen zijn zo misvormd en pijnlijk waardoor hij [het] steeds moeilijk heeft om hun dagelijks leven te handhaven. Door de verslechtering van zijn gezondheid heeft hij professionele zorg / hulp nodig om thuis met zijn echtgenote te kunnen blijven wonen. Meneer gebruikt hulpmiddelen zoals, armleuning, douch[e]stoel, anti-slipmatje enz. [Verzoeker] spreekt alleen zijn eigen taal (Chinees). Hij heeft 'Zorg met Hart' als zorgaanbieder gekozen i.v.m. de taalbarrière. (...) Dagelijkse douch[e]beurt plus begeleiding aan- en uitkleden, dagelijkse begeleiding medicatie ronde: 3x per dag, dagelijkse begeleiding/stimulans bewegen, ondersteuning bij pijnklachten in de gewrichten, beschikbaarheid van '24 uur stand-by' zorg, begeleiding/hulp bij zowel medisch bezoek als paramedisch spreekuur. (...)"*
-  4.2. Verzoeker is bekend met een ernstige vorm van reuma, waardoor zijn handen en voeten erg zijn misvormd. Als gevolg hiervan kan hij veel zaken niet vasthouden en heeft hij moeite met bewegen. Elke maand krijgt hij een infuus om de achteruitgang als gevolg van de reuma tegen te gaan. Tevens heeft hij een aandoening aan zijn longen, waarvoor hij onder behandeling is van een longarts. Naast zijn eigen problemen, heeft verzoeker een invalide vrouw waarvoor hij moet zorgen. Mede hierdoor heeft hij hulp nodig bij de dagelijkse levensverrichtingen.

De zorg die verzoeker nodig heeft, koopt hij in bij de zorgaanbieder 'Zorg met Hart'. Deze zorgaanbieder verleent planbare en niet-planbare zorg, en is hiervoor 24 uur per dag beschikbaar. De zorgaanbieder kan binnen vijf minuten bij verzoeker zijn. Deze zorgaanbieder spreekt de taal van verzoeker, zodat zij elkaar kunnen begrijpen. De zorgaanbieder begeleidt verzoeker ook naar verschillende zorginstanties, en kan dan als tolk fungeren.

Verzoeker heeft vaak op de late avond kramp en pijn in handen en benen door reuma-aanvallen. Vanwege de heftige pijn en de paniekaanvallen die verzoeker dan krijgt, moet de zorgaanbieder bij hem aan huis komen om hem te masseren, helpen, begeleiden en kalmeren. Regelmatig wordt het zorgschema van verzoeker aangepast in verband met zijn gezondheidssituatie.

- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij een PGB vv nodig heeft. Van de ziektekostenverzekeraar kwam het bericht dat er een wettelijk vertegenwoordiger moest zijn, en dit heeft hij geregeld. Vervolgens werd gesteld dat er een indicatiestelling moest plaatsvinden door een wijkverpleegkundige. Dat is geregeld en toen werd er gesteld dat de zorg planbaar is. De ziektekostenverzekeraar had alle argumenten ineens op tafel moeten leggen. De zoon van verzoeker moet uit Den Haag komen, en kan daarom niet heel snel ter plaatse zijn om verzoeker te kunnen helpen. Bovendien heeft hij zelf medische klachten, en kan daarom niet steeds met zijn vader mee naar artsen en dergelijke. De zorgverleners van een thuiszorgorganisatie kunnen niet zo naar verzoeker toe, omdat hij de taal niet spreekt. Dit geldt wel voor de zorgverlener die de zorg nu verleent. Deze zorgverlener kan er binnen vijf minuten zijn, zonder eerst afspraken te hoeven maken met de zoon van verzoeker.

Verzoeker merkt op dat praten niet zo goed gaat, hij gaat achteruit. Alles wat hij doet gaat lastig, vanwege de problemen met zijn handen. Er moet iemand mee naar de arts op controle en iemand moet hem helpen met medicijninname.

Verzoeker merkt verder op dat Zorg met Hart geen zorg in natura-instelling is. Het is een V.O.F., die handelt op basis van een PGB vv. Er is contact geweest met de ziektekostenverzekeraar, en declaratie kan alleen indien het gaat om zorg in natura.

- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft ten behoeve van verzoeker drie aanvragen voor het PGB vv ontvangen. Naar aanleiding van de eerste aanvraag is met een familielid van verzoeker een Bewust Keuze Gesprek gevoerd. Destijds is toegelicht dat verzoeker geen Nederlands spreekt, terwijl geen sprake was van een wettelijk vertegenwoordiger.

De eerste aanvraag, die op 19 mei 2015 is ondertekend, ontving de ziektekostenverzekeraar op 21 mei 2015. Met deze aanvraag worden vier uren Persoonlijke Verzorging aangevraagd. Er is geen ingangsdatum opgegeven, zodat niet is na te gaan op welke periode de aanvraag betrekking heeft.

De tweede aanvraag is op 16 juli 2015 ondertekend, en ook hiermee wordt een aanvraag gedaan voor vier uren Persoonlijke Verzorging per week. Wederom is geen ingangsdatum opgegeven. Toegelicht wordt dat verzoeker hulp nodig heeft bij het douchen, het aan- en uitkleden en het toedienen van medicatie. Uitgaande van het Bewust Keuze Gesprek en de beide aanvraagformulieren, heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvragen afgewezen op grond van de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015'.

Met ingang van 1 december 2015 is de zoon van verzoeker zijn wettelijk vertegenwoordiger geworden, zoals blijkt uit een beschikking van de Rechtbank Rotterdam. Daarna is een derde aanvraag ingediend, die is ondertekend op 16 december 2015, met vermelding van een ingangsdatum van 'heden'. Met deze aanvraag worden vijf uren en vijftig minuten Persoonlijke Verzorging per week aangevraagd. Aangezien is gebleken dat de zorg die aan verzoeker wordt verleend planbaar is, blijft de afwijzing van de ziektekostenverzekeraar voor het PGB vv in stand. Een taalbarrière betreft geen medische noodzaak voor een vaste zorgverlener.

- 5.2. Op grond van artikel 13 van de zorgverzekering bestaat de mogelijkheid zorg in te huren bij een zorgaanbieder die niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd. In dat geval bestaat aanspraak op vergoeding van maximaal 80 percent van de kosten. De zorgaanbieder die verzoeker

zorg heeft geboden, kan de kosten hiervan bij de ziektekostenverzekeraar declareren. Het betreft vijf uren en vijftig minuten per week gedurende de periode van 16 december 2015 tot 31 december 2016. De nota dient de AGB-code te vermelden, de behandeldatum, de klantgegevens, de prestatiecode, de eenheden zorg per vijf minuten, het in rekening gebrachte bedrag en de NAW-gegevens van de zorgaanbieder.

- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat er sprake is van een misverstand. Het verhaal over het PGB vv is al afgekaart. In het dossier van de commissie bevindt zich een stuk, waarin is aangegeven dat gebruik wordt gemaakt van een zorgverlener die een contract heeft. Met ingang van 16 december 2015 kan deze zorgaanbieder de geïndiceerde zorg van vijf uren en 50 minuten bij de ziektekostenverzekeraar declareren. In een brief aan verzoeker is aangegeven hoe er gedeclareerd moet worden. Tot op heden is echter geen enkele declaratie ontvangen. Er kwamen alleen nieuwe zorgvragen met meer uren. Het geschil zit hem nog in het verschil tussen de toegekende uren en de gevraagde uren. Iedere keer wordt aangegeven dat er één uur stand-by zorg moet komen. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoeker hiervoor een regeling wil, maar deze zorg valt niet onder de aanspraak. De ziektekostenverzekeraar merkt op uit hetgeen ter zitting is gezegd te begrijpen dat de familie de zorg van Zorg met Hart toch niet wenst of hierin een andere constructie wil, en dan komt hij terug op de eerdere discussie. De zorg is goed planbaar, en daarom wordt er geen PGB vv verstrekt.

- 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 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 (VIGer). 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 4.8 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"(...) - De ingangsdatum van het pgb verpleging en verzorging is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben goedgekeurd. De toekenning van het pgb verpleging en verzorging wordt schriftelijk aan u bevestigd. Op uw verzoek kunnen wij het pgb verpleging en verzorging ook op een latere datum in laten gaan."

- 8.7. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3 en 4.8 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).
- 8.8. 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 was ten tijde van het onderhavige 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 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 de aanvraag 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. Met de beschikking van de Rechtbank Rotterdam van 1 december 2015, waarbij de zoon van verzoeker is benoemd tot zijn wettelijk vertegenwoordiger, is tussen partijen niet langer in geschil dat verzoeker behoort tot de doelgroep als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar. Gelet op artikel 4.8 van bedoeld reglement is de datum van ontvangst van de aanvraag bepalend. Namens verzoeker zijn drie aanvragen ingediend. Ten tijde van de beide eerste aanvragen werd door verzoeker niet voldaan aan artikel 2 van voornoemd reglement. De laatste aanvraag, die is ondertekend op 16 december 2015, en kennelijk rond die datum door de ziektekostenverzekeraar is ontvangen, vermeldt een indicatie voor vijf uren en vijftig minuten Persoonlijke Verzorging per week.
Rest de vraag of verzoeker met ingang van 16 december 2015 voldoet aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoeker ontvangt, bestaat - gelet op het zorgplan - uit hulp bij het douchen, het aan- en uitkleden, het aanreiken van medicatie, begeleiding bij bewegen, ondersteuning bij pijnklachten in de gewrichten en de begeleiding bij bezoeken aan artsen. Voor zover het de begeleiding bij bewegen en bezoeken aan artsen betreft, geldt dat dit geen Persoonlijke Verzorging betreft die ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed. 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. Het gaat voorts 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 vijf uren en vijftig minuten 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. Het niet machtig zijn van de Nederlandse taal vormt niet een dergelijke (medische) noodzaak.

Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

- 9.4. Verzoeker heeft aanspraak op zorg in natura. Voor de zorg die aan hem is verleend door de zorgaanbieder 'Zorg met Hart' is door de ziektekostenverzekeraar onder voorwaarden aangeboden met betrekking tot de periode van 16 december 2015 tot en met 31 december 2016, op basis van vijf uren en vijftig minuten per week, een vergoeding te verlenen tot 80 percent van het maximale tarief dat door een formele zorgverlener in rekening mag worden gebracht. Deze vergoeding vormt, naar de commissie begrijpt, geen onderwerp van geschil.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

- 9.6. 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 februari 2017,

A.I.M. van Mierlo