



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OHRA
Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg

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

Zaaknummer : 201600033

Zittingsdatum : 8 juni 2016

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

(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: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster 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). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering OHRA Uitgebreid Vitaal afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering OHRA TandenGaaf 250 is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 10 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 13 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 13 januari 2016 aan verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 1 februari 2016 heeft verzoekster 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 april 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 april 2016 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 25 april 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 mei 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Bij brief van 27 mei 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld alsnog af te zien van de mogelijkheid tot horen.
-  3.8. Bij brief van 15 april 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 28 april 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016050736) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar onderzoek te laten verrichten naar de vraag of verzoekster is aangewezen op het PGB vv. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 2 mei 2016 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is hierbij gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies, uit te voeren en de commissie over de uitkomst hiervan te berichten. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 mei 2016 gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan verzoekster gezonden, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 23 mei 2016 op de uitkomst van het nader onderzoek gereageerd. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 27 mei 2016 op de nadere informatie gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gezonden.
-  3.9. Bij brief van 7 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de uitkomst van het nader onderzoek en de reactie hierop van verzoekster gezonden, met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 13 juni 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 16 juni 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. Verzoekster heeft op 3 juni 2015 bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingediend. Hierop is, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht:
- "De zorg is nodig vanwege storing evenwicht, motoriek en zicht. Met PGB is deze hulp voor mij aanwezig op de door mij noodzakelijke/gewenste tijd, deze hulp kan variëren in tijd/dag. Ik heb hulp nodig bij aan/uitkleden, douchen, verdere lichamelijke verzorging, bereiden maaltijden, afwas, wassen, strijken, hulp invullen papieren, tijdens dagje, weekendje, vakantie weg, verzorging huisdieren/hond, verzorgen vervoer, boodschappen, begeleiding, hulp bij sporten, hulp bij huishouden, tuin. (...)"*
- Bij de aanvraag heeft verzoekster het door de indicierend wijkverpleegkundige opgestelde 'Zorgleefplan' gevoegd, waarop, voor zover hier van belang, het volgende is toegelicht:
- "Slecht zicht, slechte spraak, slecht evenwicht, slechte motoriek door virus in de kleine hersenen op 24-jarige leeftijd. (...) Soms slikproblemen. (...) Op slechte dagen hulp nodig bij toiletgang. (...) Zit in rolstoel. Alles kost tijd en energie. Heeft een hulphond. (...) Geheugen is slechter geworden. Concentratieproblemen. Vastzittende nek en schouders. (...) Mw. woont samen met partner. Deze doet de volledige zorg. (...)"*
- De aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen, op de grond dat het gaat om planbare zorg.
-  4.2. Verzoekster is bekend met een ernstige verstoring van haar evenwicht, een verslechterde motoriek en een zeer beperkt gezichtsvermogen. Dit alles beperkt haar in haar activiteiten, waardoor zij is gebonden aan permanente zorg gedurende de gehele dag. Uiteraard is een deel van de zorgbehoefte van verzoekster te plannen. De locaties waar zij haar zorg nodig heeft, verschillen

echter. Dit komt mede door het feit dat verzoekster wil deelnemen aan de maatschappij, dat zij spontane uitstapjes wil kunnen blijven ondernemen, en zij niet haar gehele leven kan en wil inplannen. Om een sociaal isolement te voorkomen, is verzoekster dan ook zeer afhankelijk van haar persoonlijke verzorger, haar echtgenoot. Als voorbeeld kan worden gegeven dat verzoekster zonder PGB vv bijna niet op vakantie naar het buitenland zou kunnen gaan. Zorginstellingen bieden beperkt zorg aan in het buitenland. Daarbij kost dit zeer veel werk om in te plannen, en is het nog maar afwachten of de taalbarrière niet voor meer problemen zal zorgen, waardoor geen adequate zorg kan worden gegeven.

Verzoekster had voorheen een PGB vv ten laste van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Zij had in die tijd dezelfde medische klachten en zorgbehoefte en is dan ook verbaasd dat haar aanvraag voor het PGB vv nu wordt afgewezen.

- 4.3. Verzoekster voldoet aan de voorwaarden voor het PGB vv, zoals verwoord in artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Bovendien is verstrekking van het PGB vv voor de ziektekostenverzekeraar goedkoper dan indien verzoekster de zorg zou afnemen van een thuiszorgorganisatie. Het gemiddelde uurtarief van een thuiszorgmedewerker ligt volgens de website van 'loonwijzer' op een gemiddelde van € 33,50 per uur, terwijl het maximum uurtarief van een PGB-hulpverlener € 20,-- bedraagt. Op jaarbasis levert dit de ziektekostenverzekeraar een besparing op van € 4.914,--, uitgaande van de indicatie voor Persoonlijke Verzorging van zeven uren per week.

- 4.4. Verzoekster 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 verzoekster 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 en 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. Verzoekster heeft hulp nodig bij het wassen en douchen, het aan- en uitkleden, de lichamelijke verzorging, het bereiden van maaltijden, de afwas, het invullen van papieren, een vakantie in het buitenland of wanneer zij een weekend weggaat, de verzorging van de huisdieren, het verzorgen van vervoer, het doen van de boodschappen, het sporten, het bijhouden van de tuin en hulp bij toiletbezoek. Het gaat hierbij om planbare zorg. Hoewel de ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoekster liever wordt geholpen op een door haar gewenst tijdstip, betekent dit niet dat deze zorg ook zorginhoudelijk op wisselende tijdstippen moet plaatsvinden. Daarbij gaat de ziektekostenverzekeraar ervan uit dat er afspraken kunnen worden gemaakt, waarbij ook rekening wordt gehouden met de persoonlijke wensen van verzoekster. Ook toiletbezoek moet, tenzij er sprake is van een bijzondere medische situatie betreffende de toiletgang, in beginsel als planbaar worden beschouwd. Dat verzoekster graag spontane uitstapjes maakt en haar leven niet wil inplannen vormt geen grond een PGB vv toe te kennen.

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 A.22. van de zorgverzekering en 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 verzoekster 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van 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.28. van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar 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 b 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 vergoeding van de kosten van 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.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar

niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.
- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil 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'. Rest de vraag 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 wassen en douchen, het aan- en uitkleden, de lichamelijke verzorging en het bereiden van maaltijden. Ook heeft zij hulp nodig bij de afwas, het invullen van papieren, de verzorging van de huisdieren, het vervoer, het doen van de boodschappen, sporten en het bijhouden van de tuin. Ten aanzien van het doen van de afwas, het invullen van papieren, de verzorging van huisdieren, het vervoer, het doen van de boodschappen, het bijhouden van de tuin, hulp bij het sporten en de etensbereiding, geldt dat dit niet valt onder Persoonlijke Verzorging, waarvoor in het geval van verzoekster een indicatie is gesteld. Voor het overige betreft het naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan plaatsvinden. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Met betrekking tot de stelling van verzoekster dat de planbaarheid van de zorg problematisch kan zijn als zij eens een weekendje weg wil, merkt de commissie op dat dit een gevolg is van een eigen keuze, en dat geen zorginhoudelijke redenen zijn aangevoerd die maken dat de zorg niet planbaar is. Als verzoekster (naar het buitenland) op vakantie wil gaan, kan zij vooraf bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag doen voor Verpleging en Verzorging aldaar. 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 zeven 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 haar echtgenoot, 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 is benodigd.
- 9.4. Met betrekking tot het door verzoekster gestelde aangaande het toiletbezoek, merkt de commissie het volgende op. Het enkele feit dat al dan niet regelmatig het toilet moet worden bezocht is inherent aan de menselijke natuur en in die zin niet onderscheidend als het gaat om de vraag of dit onderdeel van de zorg al dan niet planbaar is. Indien geen indicatie is gesteld voor 24-uurs zorg, is daartoe in de eerste plaats vereist dat het toiletbezoek deel uitmaakt van de indicatiestelling door de verpleegkundige. Voor zover aan deze eis is voldaan heeft verder te gelden dat sprake moet zijn van bijzondere omstandigheden die gelegen zijn in de persoon zelf – waarbij met name kan worden gedacht aan problemen met de urinelozing of de ontlasting – dan wel de sociale context van betrokkene, zoals bijvoorbeeld het ontbreken van ondersteuning door mantelzorg. In dit geval vormt het toiletbezoek weliswaar onderdeel van de indicatiestelling, maar is niet gebleken van voornoemde bijzondere omstandigheden, zodat niet kan worden gesproken van niet-planbare zorg. Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen mogelijkheid voor toekenning van een PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

PGB vv onder AWBZ, kostenbesparing

- 9.6. Voor zover verzoekster stelt dat zij voorheen een PGB vv ontving ten laste van de AWBZ, en dat zij toen te maken had met de zelfde problematiek, geldt dat dit niet kan leiden tot een ander oordeel. Met de overgang van het PGB vv naar de Zvw zijn andere voorwaarden van toepassing geworden. Aan deze voorwaarden is, zoals hiervóór is overwogen, door verzoekster niet voldaan. Ook de stelling dat het PGB vv voor de ziektekostenverzekeraar leidt tot een kostenbesparing omdat het uurtarief voor gecontracteerde zorgverlening hoger is dan het bedrag waarop een informele zorgverlener per uur aanspraak kan maken, kan niet leiden tot een ander oordeel.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 augustus 2016,

A.I.M. van Mierlo