



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201601540
Zittingsdatum : 18 januari 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld Polis (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. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brieven van 1 december 2015 en 14 juni 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 3.2. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.3. Bij brief van 27 september 2016 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.
- 3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 november 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 december 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 16 december 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. 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.

3.8. 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 6 december 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016130227) 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 gebleken dat de voor verzoeker benodigde zorg niet planbaar is dan wel dat het noodzakelijk is dat een vaste zorgverlener de zorg aan verzoeker verleent. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 23 december 2016 aan partijen gezonden.

3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 18 januari 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.

3.10. 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 namens verzoeker bij de zorgverzekeraar het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: "[Verzoeker] heeft na een herseninfarct (CVA) hulp nodig bij zijn ADL-functies. Hierbij denkend aan persoonlijke verzorging, begeleiding en hulp bij voeding. Daarnaast is dhr diabetes-patiënt en bekend met hart en vaat ziektes, waardoor dhr hulp nodig heeft met medicatie en begeleiding bij ziekenhuisbezoeken. Dhr weigert hulp van thuiszorg. (...) Dhr weigert hulp van derden en wordt opstandig. (...) Dhr wil door zijn vrouw worden verzorgd. Gedurende 7 dagen per week zal dhr worden gewassen en verzorgd door mw. Daarnaast zorgt mw voor het toedienen van medicatie, begeleiden bij artsbezoek en het controleren van diabetesgerelateerde zaken. (...)".

De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld van acht uren en tien minuten Persoonlijke Verzorging per week en drie uren en dertig minuten Verpleging per week. De ingangsdatum van het PGB vv is gesteld op 1 januari 2016.

4.2. Verzoeker wordt al dertien jaar lang verzorgd door zijn echtgenote. Zij wast hem iedere dag volledig, en enkele keren per week extra als hij een "ongelukje" heeft gehad op het toilet. De zorg voor verzoeker is niet planbaar. Hij staat op willekeurige tijden op, en zijn echtgenote kan hem dan verzorgen. Als een medewerker van een thuiszorgorganisatie hem de zorg moet verlenen, moet hij wachten, terwijl dit niet nodig hoeft te zijn. Als verzoeker zich bevuilt op het toilet, zou hij in zijn eigen vuil moeten wachten totdat een thuiszorgmedewerker komt. Verder kunnen verzoeker en zijn echtgenote nu zelf beslissen wanneer zij gaan eten, en kan verzoeker in dat geval insuline worden toegediend. Met zorg in natura zou worden uitgegaan van vaste tijdstippen. Voorts komt het vaak voor dat verzoeker 's nachts naar het toilet gaat en zich bevuilt, of dat hij opstaat met een bloedsuikerspiegel van 2,3 en direct moet worden geholpen. De zorg die wordt verleend door de echtgenote van verzoeker is bovendien goedkoper dan de zorg die hij zou ontvangen van een thuiszorgorganisatie. Verzoeker houdt met een PGB vv de regie over zijn leven. Dit klemmt temeer omdat hij hulp van een derde niet accepteert. Verzoeker zal het bovendien op zijn echtgenote afreageren als de thuiszorg niet op tijd verschijnt. Verzoeker is van mening dat door de zorgverzekeraar wordt voorbijgegaan aan zijn persoonlijke behoeften en wensen.

4.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat het ermee is begonnen dat hij al jaren de zorg thuis krijgt van dezelfde persoon. Dit is altijd goed gegaan met een PGB vv, en naar aanleiding van de nieuwe regelgeving is een nieuwe aanvraag ingediend. Daarop heeft een gesprek plaatsgevonden, dat naar zijn mening onvoldoende was om de persoonlijke situatie te belichten. Dit heeft hij dan ook geprobeerd in zijn brief duidelijk te maken. Het gaat om het wel of niet planbaar zijn van de zorg.

Hierbij stelt verzoeker vraagtekens. Zorg is meestal te plannen, maar om het op maat te maken is iets anders. Het is veel beter voor verzoeker de zorg te krijgen van zijn echtgenote, zonder dat hij erop moet gaan zitten wachten. Nu heeft hij bijvoorbeeld de vrijheid te kiezen wanneer hij uit bed komt. Het is jammer, want het is al die jaren zo goed gegaan, en nu wil de zorgverzekeraar dat het anders gaat. Verzoeker vraagt zich af in hoeverre naar de persoonlijke situatie wordt gekeken.

4.4. Verzoeker 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 verzoeker zelf zijn zorg kan inkopen, moet zijn voldaan aan de voorwaarden van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar. De zorgvraag moet daartoe 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. Op 16 februari 2016 is met de echtgenote van verzoeker en de indicierend wijkverpleegkundige een zogenoemd 'Bewust Keuze Gesprek' gevoerd, waarvan de volgende aantekeningen zijn gemaakt: *"(...) Telefonisch gesprek met partner van verzekerde tijdens de eerste beoordeling: hr. heeft door een CVA nu hulp nodig bij ADL en bij voeding. Dhr. is diabetes patiënt en bekend met hart en vaatziektes. Medicatie moet aangereikt worden. Echtgenoot levert alle zorg. Meneer kan zich niet goed verstaanbaar maken. Dhr. kan zelfst. eten en drinken als dit hem wordt aangereikt, vergeet zelf wel om het te pakken. Geheugen gaat achteruit. Dhr. kan zich gedeeltelijk zelf nog wassen. Mevr. geeft meneer zijn spuiten (2 keer per dag) voor de insuline tegen de suikerziekte. Dhr. kan tijdje alleen blijven, gaat 2 keer per week naar dagopvang (maandag/woensdag). Meneer slaapt vooral in de stoel. Kan kleine stukjes lopen, heeft beugel om zijn voet/been, voor de klapvoet. Heeft rolstoel en scootmobiel. Toiletgang doet meneer zelf, gaat niet altijd goed. Als mevr. de zorg niet kan leveren, gaan de kinderen dit overnemen. Telefonisch gesprek met de verpleegkundige tijdens de eerste beoordeling: 30 jaar geleden CVA gehad, hierdoor bij het lopen beperkingen. Afasie. Diabeet; 2 x per dag insuline, spuit meneer zelf in (mevr. draait het op). Mevr. prikt de bloedsuikers. Dhr. heeft geen andere hulpmiddelen om te lopen, fijne motoriek mist meneer. Seniorenwoning, alles is aangepast en benedenvloers. Kan zelfstandig naar het toilet, hygiënische verzorging daarna is niet goed. Hierdoor 's avonds onderkant extra wassen. Soms wondjes. 7 x 35 minuten voor ADL, elke dag zalven i.v.m. schrale huid 7 x 10 minuten, 's avonds ADL 25x7. VP: dagelijks insuline 'optrekken' 15 x7, 3 x per week dag curve meten (totaal uur), wondzorg been: 5 minuten per week. Meneer gaat 4 dagdelen naar de dag verzorging, daar is ook hulp die geboden kan worden voor onverwachte momenten. VPK geeft aan dat het om planbare zorg gaat. (...) Dhr heeft hulp nodig in de ochtend en avond. Mevrouw beschrijft in het bezwaarschrift dat de zorg planbaar is. Dit benoemt ze ook in het telefonische gesprek bij de heroverweging. De zorg is nodig in de ochtend en avond, maar ook tussendoor i.v.m. ongelukjes. De verpleegkundige heeft aangegeven dat de geïndiceerde zorg planbaar is. Om die reden wordt er niet voldaan aan artikel 3 en wordt de heroverweging afgewezen. (...)".*

5.3. Uit de stukken blijkt een duidelijke wens en niet zozeer een medische noodzaak voor de hulpverlening door de echtgenote van verzoeker. De wijkverpleegkundige heeft de benodigde zorg omschreven op het aanvraagformulier, en verklaard dat dit planbare zorg betreft. De afasie van verzoeker vormt geen probleem, omdat een thuiszorgorganisatie hiermee bekend is en verzoeker in korte tijd kan leren kennen en begrijpen. Verzoeker gaat twee dagen per week naar de dagopvang, en lijkt daar behoorlijk zelfstandig te functioneren. De zorgverzekeraar heeft verzoeker aangeboden

te bemiddelen naar een geschikte thuiszorgorganisatie, die aan de zorgvraag van verzoeker kan voldoen. Gedacht kan worden aan een kleinschalige thuiszorgorganisatie. Verzoeker kan nog steeds gebruik maken van dit aanbod.

- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar toegelicht dat is gekeken naar de ingediende aanvragen, en er is contact geweest met de indicierend wijkverpleegkundige. De verpleegkundige heeft aangegeven dat het met name gaat om planbare zorg, en om die reden is het PGB vv op grond van het reglement 2016 afgewezen. De voorwaarde van planbaarheid van de zorg is met ingang van 1 januari 2017 overigens niet meer opgenomen, dan gaat het nog slechts om het beheer van het PGB vv. Voor deze casus leidt dit niet tot een ander standpunt, maar wellicht kan een nieuwe aanvraag worden ingediend.

- 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 aan verzoeker het PGB vv alsnog 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 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. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntsysteem en casemanagement. 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, verzorgende niveau 3 en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. (...)

Bijzonderheden

1. U hebt alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en verzorging hebt en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig hebt in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. (...)"

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' 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: (...)

3. U langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen.

4. U op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de verantwoordelijkheden en verplichtingen die bij het pgb verpleging en verzorging horen, uit te voeren. Een wettelijk vertegenwoordiger kan een ouder (voor kinderen tot 18 jaar), curator, bewindvoerder of mentor zijn. De verantwoordelijkheden en verplichtingen die u moet kunnen uitvoeren zijn bijvoorbeeld contracten afsluiten met een zorgaanbieder en deze controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten, zie hiervoor ook artikel 6;

- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van het 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' van de zorgverzekeraar luidt:

"Om voor een pgb verpleging en verzorging in aanmerking te komen moet u voldoen aan de navolgende voorwaarden:

1. U bent in het bezit van een door een BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot een van de doel-groepen zoals beschreven in artikel 2. Voor Intensieve Kindzorg moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.

2. U bent in het bezit van een indicatie van de medisch specialist, als u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op medisch specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT).

3. U moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgaanbieder(s) die door ons zijn gecontracteerd. Dit noemen wij zorg in natura (ZIN). Indien u een combinatie wenst van zorg in natura met een pgb verpleging en verzorging, dan mag de indicatie maar door één zorgaanbieder worden gesteld.

4. Uw zorgvraag moet aansluiten bij één of meer van de volgende voorwaarden. Uit de indicatie moet blijken dat:

- u vaak zorg nodig hebt op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;

- u zorg nodig hebt 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 zorg nodig hebt die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep (in het geval van Intensieve Kindzorg of PTZ);

- er een noodzaak is 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' van de zorgverzekeraar zijn volgens de voorwaarden 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 verzoeker behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar. De vraag is of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 
- 9.3. De zorg die verzoeker ontvangt bestaat uit hulp bij de ADL, waaronder hulp bij het wassen, begeleiding bij bijvoorbeeld bezoeken aan artsen, hulp bij voeding, het aanreiken van medicatie en hulp bij het toedienen van insuline. Met betrekking de begeleiding bij artsenbezoek en hulp bij de voeding geldt dat deze zorg niet valt onder Persoonlijke Verzorging dan wel Verpleging. 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. Uit de verklaring van de wijkverpleegkundige blijkt dat verzoeker zelfstandig het toilet kan bezoeken, maar dat dit soms mis gaat. In dat geval moet hij een keer extra worden gewassen. Deze zorg kan ook via een thuiszorgorganisatie op afroep beschikbaar worden gesteld, en is om die reden planbaar. Het zelfde geldt voor het toedienen van (extra) insuline.
Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft, dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van zijn echtgenote, betekent dit niet dat een thuiszorgorganisatie de noodzakelijke zorg niet aan verzoeker kan verlenen en hierbij rekening kan houden met zijn problematiek en de gevolgen hiervan.
Het voorgaande leidt ertoe dat verzoeker geen aanspraak heeft op het PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.
- 
- 
- 
- 
- 



Conclusie

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



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 8 februari 2017,



A.I.M. van Mierlo

