



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V.
te Arnhem

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

Zaaknummer : 201800050

Zittingsdatum : 14 november 2018



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot)



(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

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.

2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar 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). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Rotterdampakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Herverzekeren Verplicht Eigen Risico is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

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 21 augustus 2017 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 22 september 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.



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



3.4. Bij brief van 7 juni 2018 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 29 augustus 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 31 augustus 2018 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 september 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 september 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 november 2018 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De huisarts heeft op 14 december 2016 over verzoeker verklaard:
"(...) Sinds 2004 problemen met de ontlasting. Moeizaam, gaat 1x in de 3 wkn naar de wc. Harde buik, veel pijn tijdens defaecatie. Soms ook rood bloedverlies bij hard persen. Snel vol gevoel in de buik. Niet misselijk, niet gebraakt. Reflux +++ klachten wat minder met omeprazol. Een normaal ontlastingspatroon is voor pt 1x per week, altijd al vast van consistentie met hard persen tot gevolg. Dit was zo tot aan de nier donatie. Na de operatie heel veel pijn gehad, die eigenlijk chronisch is gebleven. Daarna afhankelijkheid van pijnstillers sindsdien. Eetpatroon: eet niet elke dag groenten, eet zelden fruit, drinkt 2L water per dag. Kan niets aan lichaamsbeweging doen vanwege pijnen in het lichaam. Heeft de Oxycontin tabletten voorgeschreven gekregen door een NEURO/CHI (...) toen ook Movicolon gekregen 1dd 1 sachet. Uiteindelijk opgehoogd naar 2 dd 1 sachet, zonder effect. Heeft de pijnstillers nodig vanwege chronische pijn in het hoofd (nek hernia - slijtage), armen. Krampen in de benen, gevoel op spijkers te lopen. Pijn in de onderrug (hernia). Zouden geen operatieve mogelijkheden zijn.
Intoxicatie:
- Roken: sigaretten - , wel wiet
- Alcohol en drugs abus: rookt om de dag wiet, geen andere vormen van drugs. Dagelijks 6-8 EH alcohol (wodka) voor de pijn. (...)"
- 4.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan over verzoeker verklaard:
"(...) Dhr heeft last van rug en nekkklachten. Bukken en draaien van het lichaam gaat met erge pijn gepaard. Slikt sterke pijnstillers hiervoor, maar geeft aan dat dit niet genoeg helpt. Heeft ook hoofdpijn, kan niet tegen licht. Doet gordijnen altijd dicht. Geeft aan dat het van de nekkklachten komt. Slaapt slecht, slaapapneu. Door pijnstilling wordt dhr suf en passief. Vergeet ook zijn overige medicatie hierdoor regelmatig in te nemen. Is uitbehandeld voor zijn pijnklachten, artsen geven aan dat hij ermee moet leren leven. Heeft dagelijkse ondersteuning nodig bij de ADL. (...) De zorg wordt gedaan door een neefje van dhr. Deze zorg[t] ook tevens voor de maaltijden. (...)".
De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor zes uren en dertig minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 4.3. Verzoeker ontvangt al jaren een PGB vv, waarmee hij de zorg bekostigt die zijn neef hem geeft. Verzoeker is met zijn neef zeer vertrouwd en is tevreden over de zorg die hij biedt. Gelet op de aard en de ernst van de klachten is het voor verzoeker van groot belang dat hij iemand in zijn directe omgeving heeft die hij kan vertrouwen. Verzoeker heeft al langere tijd nek- en rugklachten. Er is

sprake van een hernia op het niveau L5-S1 en van afwijkingen in de nekwervels, waarbij(nog) geen sprake is van een HNP. Soms kan verzoeker niet of nauwelijks lopen. Ook kampt hij met darmklachten. Voor de pijn gebruikt hij medicatie, waaronder (soms) ook opiaten. Verzoeker is afhankelijk van hulp bij de dagelijkse levensverrichtingen. Daarnaast heeft hij hulp nodig bij het toedienen van medicatie, waaronder een klysma. Dergelijke zaken overlaten aan een professional levert voor verzoeker problemen op, omdat dit hem onrustig maakt. Hij ziet niet in waarom de situatie waarin hij een PGB vv ontving niet kan blijven voortbestaan, aangezien hij zich hierbij het prettigst voelt.

4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft enige problemen gesignaleerd, die volgens verzoeker evenwel kunnen worden opgelost. Bij de toekenning van het PGB vv zou ook voor een aantal uren per week een professionele zorgverlener kunnen worden ingeschakeld op basis van Zorg in Natura (ZIN), die verzoeker en zijn zorgverlener kan begeleiden. Meer dan een wekelijks of tweewekelijks bezoek van deze professional zal niet nodig zijn. Verder kan bij de toekenning van het PGB vv als voorwaarde worden gesteld dat verzoeker en zijn zorgverlener regelmatig contact hebben met een psycholoog of psychiatrisch verpleegkundige.

4.5. Verzoeker nam voorheen enkele keren per week een alcoholhoudende drank ter bestrijding van de pijn die hij op dat moment als ondraaglijk ervoer. Dit gebeurde maximaal twee keer per week. Van overmatig gebruik was zeker geen sprake. Inmiddels gebruikt verzoeker in het geheel geen alcohol meer, omdat dit in combinatie met zijn nieuwe medicatie wordt afgeraden. Voor zover hierop al toezicht nodig is, is de neef van verzoeker hiertoe voldoende in staat. Verder stimuleert de neef van verzoeker hem om zoveel mogelijk zelf te blijven doen en gezond te eten.

4.6. Ter zitting is door verzoeker toegelicht dat zijn situatie sinds de aanvraag medio 2017 sterk is veranderd. Sinds januari 2018 is hij gestopt met het (bovenmatig) gebruik van alcohol en wiet. Wel is aan hem extra medicatie voorgeschreven, waaronder oxcodin en morfine. Verzoeker wenst een oplossing te vinden voor de (huidige) situatie. Daarbij is ook de mogelijkheid geopperd een zorgverlener in te schakelen, buiten het PGB vv om, zoals een huisarts of psycholoog, die de situatie met enige regelmaat monitort. Op die wijze wordt enerzijds tegemoetgekomen aan de wens van de ziektekostenverzekeraar en anderzijds is het dan niet noodzakelijk dagelijks onbekende zorgverleners over de vloer te krijgen. Er bestaat een vertrouwensband tussen verzoeker en zijn huidige zorgverlener. Bovendien heeft verzoeker negatieve ervaringen met zorg die wordt geleverd door een thuiszorgorganisatie.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoeker is een 47-jarige alleenstaande man, bij wie al langere tijd sprake is van nek- en rugklachten waarvoor uitvoerig onderzoek door medisch specialisten heeft plaatsgevonden. De diagnose radiculopathie is gesteld. Verder bestaat overgewicht en zijn er darmklachten. Voor de pijnklachten gebruikt verzoeker medicatie, waaronder opiaten. Tevens rookt hij wiet en drinkt hij veel sterke drank. Bij verzoeker is sprake van leversteatose. Het gebruik van opiaten in combinatie met alcohol wordt sterk ontraden, omdat dit kan leiden tot meer kans op ademhalingsdepressie en versterkte sedering, waardoor een risico bestaat op bewustzijnsverlaging. Enig toezicht hierop door een professionele zorgverlener is in deze te adviseren. De ADL-taken dienen zoveel mogelijk door verzoeker zelf te worden uitgevoerd teneinde het invaliderend effect te minimaliseren. Ook dit vraagt om de deskundigheid van een professionele zorgverlener. Op medische gronden is een PGB vv, waarbij de zorg door een niet-professionele zorgverlener wordt geboden, naar het oordeel van de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar onverantwoord. Om die reden is de aanvraag voor het PGB vv afgewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft zich hierbij beroepen op artikel 3.2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017'.

5.2. Door middel van een PGB vv kan ook zorg worden ingekocht bij een professionele zorgverlener. De oplossingen zoals door verzoeker voorgesteld leiden echter niet tot een verandering van

zorgaanbieder. Naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar is in de situatie van verzoeker de inzet van een niet-professionele zorgverlener onverantwoord. Daarnaast is vergoeding van begeleidende of psychologische zorg, zoals voorgesteld door verzoeker, niet mogelijk ten laste van het PGB vv. Het inzetten van begeleiding gericht op de Persoonlijke Verzorging door een niet-professionele zorgverlener biedt onvoldoende zekerheid dat sprake zal zijn van voldoende kwaliteit van zorg voor verzoeker.

5.3. Tot slot volgt uit de stukken dat de neef van verzoeker hem "dagelijks, althans een groot aantal keer per week bezoekt en helpt". Door middel van het PGB vv wordt dagelijkse hulp aangevraagd zoals hulp bij het wassen en aan- en uitkleden. Het feit dat de zorg kennelijk niet dagelijks wordt verleend, wijst erop dat de zorg voor verzoeker ontoereikend en van onvoldoende kwaliteit is.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de aanvraag is beoordeeld op basis van de situatie zoals die toen bestond. Destijds is contact geweest met de indicierend verpleegkundige, de waarnemend huisarts en verzoeker om de situatie goed te beoordelen. Gelet op de specifieke situatie achtte de ziektekostenverzekeraar het onverantwoord dat geen professionele begeleiding plaatsvond dan wel dat geen zorg werd verleend door een professionele zorgverlener. Met name de combinatie van medicatie en het bovenmatig alcohol- en drugsgebruik was onverantwoord. Hoewel de ziektekostenverzekeraar niet uitsluit dat de situatie nu is veranderd, zal een nieuwe aanvraag moeten worden ingediend om te beoordelen of verzoeker nu wél recht heeft op een PGB vv. Verder merkt de ziektekostenverzekeraar op dat verzoeker er destijds op is gewezen dat hij gebruik kon maken van zorg in natura. Hiervan wenste hij echter geen gebruik te maken. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoeker dit nog steeds niet wil, sterker nog dat hij geen gebruik wenst te maken van een professionele zorgverlener die de zorg in het kader van het PGB vv verleent.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 39 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. (...)"

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"U komt in aanmerking voor het pgb vv als u:

1. behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft. (...)

Daarnaast dient u:

3. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, (...)"

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden: (...)

2. u bent naar ons oordeel in staat met het pgb vv op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten (hieronder verstaan wij persoonlijke verzorging, verpleging en MSVT) van goede kwaliteit. Hiervan is in ieder geval geen sprake in de volgende situaties:

a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een pgb in de AWBZ, Wlz, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;

b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;

c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend pgb vv of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;

d. u heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;

e. u heeft binnen een periode van drie jaar voorafgaand aan de pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnp) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;

f. u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent ooit failliet verklaard.

3. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren;

4. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;

5. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een pgb geleverd wil en kan krijgen.

Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het pgb vv verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan dient te worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een pgb vv."

- 
- 8.6. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Verpleging en Verzorging is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv. Het PGB vv is opgenomen in artikel 13a Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.29a tot en met 2.29c Rzv.
- 
- 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. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker behoort tot de verzekerden voor wie het PGB vv is bedoeld, als omschreven in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar. Hetgeen hen verdeeld houdt is, de vraag of verzoeker voldoet aan alle voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 
- 9.2. Verzoeker moet, gelet op voornoemd artikel, in staat zijn met het PGB vv op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten. Ook dient hij ervoor te zorgen dat de gekozen zorgverlener op zodanige wijze wordt aangestuurd dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg. De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat aan deze criteria niet is voldaan omdat de zorgverlener van verzoeker geen professional is die verzoeker op verantwoorde wijze kan helpen de ADL-taken zelf uit te voeren en toezicht te houden op de medicatie-inname in combinatie met alcohol. Verzoeker heeft hiertegen ingebracht dat hij tevreden is met de hulp van zijn neef en dat hij inmiddels geen alcohol meer gebruikt. Ook is hij bereid professionele zorg in natura toe te laten. Uit de verklaring van de huisarts blijkt echter dat verzoeker niet gezond eet, wiet rookt en zes tot acht eenheden alcohol per dag gebruikt. Deze verklaring dateert van 14 december 2016. Het kan zijn dat de situatie van verzoeker sindsdien is gewijzigd, maar zijn enkele verklaring daaromtrent
- 
- 
- 



is onvoldoende om aan te nemen dat dit het geval is. Het lag op de weg van verzoeker een en ander met stukken te onderbouwen, bijvoorbeeld met een nieuwe verklaring van zijn huisarts. Verder staat vast dat de neef van verzoeker geen professional is, en volgt uit de stukken dat hij niet op alle dagen aanwezig is om verzoeker bij te staan, terwijl het PGB vv wél is aangevraagd om te voorzien in dagelijkse zorgverlening. Gelet op deze omstandigheden kan de commissie de ziektekostenverzekeraar volgen in zijn stelling dat verzoeker niet in staat kan worden geacht met het PGB vv op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten, onderscheidenlijk dat hij niet in staat kan worden geacht ervoor te zorgen dat de door hem gekozen zorgverlener op zodanige wijze wordt aangestuurd dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg. Ingevolge artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar bestaat daarom geen aanspraak op een PGB vv. Verzoeker heeft wel aanspraak op Zorg in Natura (ZIN).



Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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



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, 28 november 2018,




G.R.J. de Groot