



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

Zaaknummer : 201700798

Zittingsdatum : 10 januari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

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

1. Partijen

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

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 Den Haagpakket 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 Den Haag 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 23 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanvraag voor een PGB vv is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 21 april 2016 en 21 oktober 2016 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 faxbericht van 22 september 2017 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, en de door hem gemaakte proceskosten te vergoeden (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 21 november 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 november 2017 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 8 december 2017 en 4 januari 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. Bij brief van 24 november 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 3 januari 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017052757) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van de aangeleverde stukken onvoldoende is aangetoond dat de zorg op medische gronden onplanbaar is. Ten aanzien van de eventuele vergeetachtigheid van verzoeker geldt dat hiervoor geen medische onderbouwing in het dossier aanwezig is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 3 januari 2018 aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 januari 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 16 januari 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 22 januari 2018 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. Verzoeker kan zich niet vinden in de afwijzing van de ziektekostenverzekeraar op zijn aanvraag voor een PGB vv. De ziektekostenverzekeraar heeft wel een overbruggings-PGB toegekend in verband met de verwerking van de aanvraag bij het Centrum indicatiestelling zorg (hierna: CIZ) omtrent de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz). De aanvraag van verzoeker voor zorg vanuit de Wlz is door het CIZ afgewezen, en het hieropvolgende bezwaar is ongegrond verklaard. Verzoeker heeft hierop weer een nieuwe aanvraag voor een PGB vv ingediend en de ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag op 21 oktober 2016 afgewezen, omdat hij van mening blijft dat de zorgvraag behoort tot de Wlz.
-  4.2. Dat verzoeker zorg nodig heeft wordt niet betwist. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker echter niet vaak zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties. Daarnaast zou het niet gaan om zorg die vooraf slecht is in te plannen, omdat de zorg nodig is op telkens verschillende tijden en/of korte momenten op de dag en/of op afroep. Bovendien zou geen sprake zijn van een noodzaak tot zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar is in de nabijheid of op afroep. Tot slot zou geen noodzaak bestaan voor een vaste zorgaanbieder door de specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft dan wel in verband met specifieke hulpmiddelen.
- Het CIZ heeft geoordeeld dat verzoeker geen Wlz-indicatie heeft, en dat hij zich daarom tot de ziektekostenverzekeraar dient te wenden. De ziektekostenverzekeraar is daarentegen van oordeel dat de zorgvraag van verzoeker behoort tot de Wlz. Verzoeker concludeert dat hij in een impasse terecht is gekomen, waarbij hij de benadeelde partij is.

- 4.3. Verzoeker heeft verklaringen van de behandelend diabetesverpleegkundige, longarts, diëtist en de huisarts overgelegd.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker toegelicht dat geen discussie bestaat over de noodzaak van zorg, maar de vorm waarin deze moet worden geleverd. Verzoeker wil graag een PGB vv, omdat hij dan een keuze kan maken voor een persoon die hij vertrouwt. De zorg wordt aan hem verleend door een professionele zorgverlener.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De voorwaarden die gelden voor de aanspraak op een PGB vv zijn opgenomen in het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016 van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker heeft tweemaal een aanvraag ingediend voor een PGB vv. Beide aanvragen zijn afgewezen, omdat verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden. De zorg die verzoeker nodig heeft is over het algemeen planbaar en er is geen sprake van een noodzaak voor een vaste zorgverlener. Verzoeker is geweest op de mogelijkheid van Zorg in Natura (hierna: ZIN). Het verslag van het Bewust Keuze Gesprek (hierna: BKG), alsmede notities van gesprekken met de dochter van verzoeker zijn overgelegd. Deze gesprekken zijn gevoerd door medewerkers van de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling van de ziektekostenverzekeraar. Uit de overgelegde stukken komt naar voren dat de familie van verzoeker, althans in ieder geval zijn dochter, een voorkeur heeft voor ZIN, maar dat verzoeker dit zelf niet wil. Het is de ziektekostenverzekeraar gebleken dat verzoeker vanaf 1 januari 2016 ZIN heeft via een niet-gecontracteerde thuiszorgorganisatie.
- 5.2. De zorgvraag van verzoeker behoort tot het domein van de Wlz. Verzoeker is om die reden verwezen naar het CIZ. Omdat de verwerking van de aanvraag bij het CIZ enige tijd duurt, is een overbruggings-PGB toegekend voor de periode van 1 januari 2016 tot 1 juni 2016. Dit budget zag op 9 uren persoonlijke verzorging en 2,25 uren verpleging per week. Normaliter wordt een overbruggings-PGB voor een periode van zes weken toegekend; de tijd die het normaal gesproken kost om een aanvraag bij het CIZ in te dienen en een beslissing van het CIZ te krijgen. Bij de afwijzing van de eerste aanvraag in 2016 is verzoeker geweest op de mogelijkheid van ZIN, maar is verzuimd hem te wijzen op de Wlz. Dit heeft de ziektekostenverzekeraar hersteld in de heroverweging van 20 april 2016, door het overbruggings-PGB toe te kennen tot zes weken na die datum, oftewel 1 juni 2016. De ziektekostenverzekeraar heeft begrepen dat het CIZ (ook na bezwaar) geen Wlz-indicatie bij verzoeker heeft vastgesteld, omdat niet is aangetoond dat hij niet zelf kan alarmeren. Uit de stukken blijkt echter dat verzoeker niet wil meewerken aan een onderzoek naar de vraag of hij dit wel of niet zou kunnen. De (afdeling Zorgadvies en Bemiddeling van de) ziektekostenverzekeraar meent dat een team van professionals nodig is in de situatie van verzoeker.
- 5.3. Ondanks dat de zorg die verzoeker nodig heeft tot het domein van de Wlz behoort, heeft de ziektekostenverzekeraar ZIN via een gecontracteerde thuiszorgorganisatie aangeboden.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de aanvraag in eerste instantie is afgewezen omdat de aangevraagde zorg mogelijk ten laste van de Wlz kan komen. Daarnaast moet het niet gaan om planbare zorg en moet de zorg doelmatig zijn. De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat - gelet op de problemen die verzoeker ondervindt - het voor hem beter is professionele zorg in natura te ontvangen.
- 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 artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 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 verzoeker alsnog een PGB vv toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, en de door hem gemaakte proceskosten te vergoeden.

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 restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van de kosten van 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 vergoeding van de kosten van verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

*Uw recht op de kosten van 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).
(...)*

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 2016 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:

(...)

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

(...)

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 2016 van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"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. (...)

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 2016 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 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 Volksgezondheid, Welzijn en Sport 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 verzoeker voldoet aan de voorwaarden van artikel 2 van het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016 van de ziektekostenverzekeraar, en daarmee behoort tot de doelgroep voor een PGB vv. De vraag is of tevens wordt voldaan aan de voorwaarden van artikel 3 van genoemd reglement.
- 9.3. De zorg die verzoeker ontvangt bestaat uit - blijkens het zorgplan - hulp bij het wassen, aan- en uitkleden, insmeren, aan- en uitdoen van steunkousen, wegen, bij de toiletgang, bij het toedienen van medicatie (vernevelaar, insuline en klysma) en het controleren van de bloedsuikerspiegel (prikken). Dit betreft, met uitzondering van het toedienen van de vernevelaar en de hulp bij de toiletgang, 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 geïndiceerde uren voor Verpleging en Persoonlijke Verzorging. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener door de specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
- 9.4. Ten aanzien van de gestelde hulp bij de toiletgang 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 het onderhavige geval is geen indicatie gesteld voor 24-uurs zorg. Het toiletbezoek vormt weliswaar onderdeel van de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige, maar niet is gebleken van voornoemde bijzondere omstandigheden. Bovendien is de feitelijke situatie aldus dat mantelzorg aanwezig is en dat hiervan door verzoeker ook gebruik wordt gemaakt. Het gebruik van incontinentiemateriaal zou overigens een eventueel probleem ter zake kunnen ondervangen, en het verschonen van incontinentiemateriaal is zorg die goed inplanbaar is, maar zo nodig tevens op afroep beschikbaar kan worden gesteld. Ten aanzien van het toedienen van medicatie door middel van de vernevelaar merkt de commissie op dat onvoldoende is gebleken dat verzoeker niet zelf de vernevelaar kan bedienen. Daarbij is mantelzorg aanwezig om hem zo nodig te helpen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van een vaste zorgverlener, betekent dit niet dat een thuiszorgorganisatie de zorg niet aan verzoeker kan verlenen en hierbij rekening kan houden met zijn problematiek. Hetgeen overigens door verzoeker is gesteld kan niet leiden tot een andere uitkomst. Verzoeker heeft 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 grond van die verzekering kan worden toegewezen.

Proceskostenvergoeding

- 9.6. Verzoeker heeft tevens aanspraak gemaakt op vergoeding van de door hem gemaakte proceskosten. Omdat het verzoek tot toekenning van een PGB vv wordt afgewezen, bestaat geen grond voor toewijzing van de gevorderde proceskosten.

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, 24 januari 2018,

J.A.M. Strens-Meulemeester