



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort

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

Zaaknummer : 201601506

Zittingsdatum : 7 juni 2017



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)



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

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

- 
- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
 - 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Exclusief (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend*** en Aanvullend Tand** afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

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), ingaande 1 januari 2016 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 14 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 20 mei 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. Bij brief van 7 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat over de periode van 1 januari 2016 tot en met 14 april 2016 een PGB vv aan haar wordt toegekend.
- 
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 
- 3.5. Bij e-mailbericht van 26 december 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, in die zin dat haar vanaf 15 april 2016 een PGB vv wordt toegekend, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 

- 
- 3.6. 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.
- 
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 maart 2017 aan verzoekster gezonden.
- 
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft het antwoordformulier niet geretourneerd, zodat is besloten een hoorzitting in persoon in te plannen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 mei 2017 schriftelijk medegedeeld af te zien van horen.
- 
- 3.9. 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.
- 
- 3.10. Bij brief van 27 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 5 april 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017014396) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat sprake is van planbare zorg en er geen medische noodzaak is voor zorg op wisselende tijdstippen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 16 mei 2017 aan partijen gezonden.
- 
- 3.11. Verzoekster is niet ter zitting verschenen en was voorts telefonisch niet bereikbaar, zodat de mogelijkheid om te worden gehoord voor haar is komen te vervallen.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 
- 4.1. Verzoekster stelt dat wordt voldaan aan de voorwaarden van artikel 3 van het 'Reglement PGB vv' van de ziektekostenverzekeraar.
- De indicatie is gesteld door een HBO verpleegkundige (niveau 5).
- Een PGB vv is belangrijk voor het dagelijks functioneren van verzoekster. De zorgverlener bij wie verzoekster de zorg wil inkopen werkt via een thuiszorgorganisatie. Volgens een medewerker van de ziektekostenverzekeraar is dit geen probleem.
- Verzoekster bestrijdt de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat sprake is van planbare zorg. Zij heeft zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen. Gelet op de gezondheidstoestand van verzoekster is het noodzakelijk dat 24 uur per dag direct zorg beschikbaar is.
- Zonder een PGB vv ervaart verzoekster veel problemen in haar dagelijks leven. Zij heeft veel gezondheidsklachten en het komt vaak voor dat zij de thuiszorgorganisatie moet bellen via de spoedlijn. Zo kan verzoekster regelmatig haar bed niet uitkomen of kan zij haar hand of voet niet meer bewegen. Haar lichaam "zit soms vast".
- De beoordeling door de ziektekostenverzekeraar is geschied op basis van onjuiste informatie. Verzoekster heeft aangeboden dat contact wordt opgenomen met haar begeleider voor een toelichting op haar situatie, aangezien zij hiertoe zelf niet in staat is. Verzoekster is de Nederlandse taal niet machtig. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de begeleider telkens telefonisch niet bereikbaar is, maar dit is onjuist. Bovendien registreert de ziektekostenverzekeraar het niet als de begeleider van verzoekster contact met hem opneemt.
- Voorts heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar verzocht haar medisch dossier op te vragen bij de huisarts.
- De situatie is thans aldus dat de ziektekostenverzekeraar zijn besluit heeft genomen aan de hand van verouderde informatie. Een lang telefoongesprek met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft niet ertoe geleid dat dit duidelijk werd. Verzoekster meent dan ook dat de wijze van besluitvorming door de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig en onjuist is geweest.
- 

- 4.2. Verzoekster heeft op het aanvraagformulier voor het PGB vv het volgende vermeld: "(...) Ik had voorheen (...) ook PGB. Nu Zilveren Kruis overgestapt en wil mijn zorg weer zelf inkopen in PGB. Het wisselt bij mijn wegens chemotherapie, daarom niet goed inplanbaar, in de dag verschilt."
- 4.3. De huisarts heeft op 16 juni 2016 het volgende over verzoekster verklaard: "Er zijn verschillende medische redenen op grond waarvan zij thuiszorg en persoonlijke verzorging nodig heeft zoals hulp bij het douchen. Te weten: een chronische inoperabele hernia laag in de rug, waardoor patiënte ernstig mank loopt en weinig kracht heeft in het linker been. Verder heeft ze een dikke linker slappe arm door lymfeedeem ontstaan na een borstoperatie links, wegens borstkanker."
- 4.4. Voorts heeft de huisarts op 20 september 2016 het volgende over verzoekster verklaard: "Medisch attest. De zorg die [verzoekster] nodig heeft is niet inplanbaar doordat haar zorg op onverwachte momenten veel problemen geeft."
- 4.5. Verzoekster voert aan dat sprake is van een hernia, waardoor zij pijnklachten ervaart op wisselende momenten, die niet te voorspellen zijn.
Door de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar, heeft de thuiszorginstelling de zorgverlening aan verzoekster - op basis van een PGB vv - moeten staken. Verzoekster moest hierdoor worden opgenomen in het ziekenhuis. De ziektekostenverzekeraar is hiervoor aansprakelijk. Weliswaar stelt de ziektekostenverzekeraar dat een juiste beslissing is genomen, waarbij is uitgegaan van de indicatiestelling en de overige informatie van de wijkverpleegkundige, maar de wijkverpleegkundige heeft verzoekster slechts eenmaal bezocht en een gesprek met haar gevoerd. Dit is een momentopname. Zij is niet bekend met de klachten van verzoekster. Verzoekster wenst een oplossing voor het ontstane probleem.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Vanaf 1 januari 2015 valt de wijkverpleging onder de Zorgverzekeringswet. De wijkverpleegkundige bepaalt of een verzekerde een indicatie krijgt. De ziektekostenverzekeraar beoordeelt of een verzekerde gebruik kan maken van een PGB vv of van zorg in natura (artikel 28 van de voorwaarden). De toepasselijke voorwaarden zijn opgenomen in het 'Reglement PGB vv'. Specifiek wordt verwezen naar artikel 3 van dit reglement.
- 5.2. De complete aanvraag voor een PGB vv, bestaande uit deel 1, ondertekend door de wijkverpleegkundige op 5 januari 2016, en deel 2, ondertekend door verzoekster op 20 januari 2016, is tezamen met het individueel zorgplan op 21 januari 2016 door de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Verzoekster heeft een indicatie voor gemiddeld 10,5 uren persoonlijke verzorging per week. Op 23 februari 2016 is aan verzoekster een brief gestuurd waarin haar excuses zijn aangeboden voor het feit dat de aanvraag nog niet is afgehandeld, en waarin haar is medegedeeld dat het tijdelijke budget wordt verlengd tot 31 maart 2016. Van de betrokken afdeling is overigens vernomen dat de betreffende brief ten onrechte is verzonden, aangezien deze is bedoeld voor verzekerden die reeds in 2015 een PGB vv ontvingen. Met deze verzekerden is afgesproken dat het budget over 2015 tijdelijk wordt verlengd en dat de aanvraag vóór 15 februari 2016 wordt afgehandeld. In het onderhavige geval is hiervan geen sprake. Verzoekster heeft op 20 januari 2016 een eerste aanvraag gedaan voor een PGB vv. Zij had geen recht op een tijdelijk budget. Nu echter bij brief van 23 februari 2016 is toegezegd dat een budget zal worden toegekend, is deze toekenning coulanchehalve tot 31 maart 2016 in stand gelaten.
De aanvraag van verzoekster voor een PGB vv is beoordeeld en op 14 april 2016 afgewezen. Gelet op het feit dat de behandeling van de aanvraag tot 14 april 2016 heeft geduurd, is het coulanchehalve toegekende budget verlengd tot en met 14 april 2016. Op 7 juli 2016 is aan verzoekster de toekenningsverklaring voor de periode van 1 januari 2016 tot en met 14 april 2016 gezonden. Coulanchehalve is een bedrag van € 6.048,- aan haar toegekend voor persoonlijke verzorging. Op 2 augustus 2016 is telefonisch contact opgenomen met verzoekster om het voorgaande te bevestigen.

- 5.3. De aanvraag van verzoekster voor een PGB vv is afgewezen omdat haar zorgvraag niet aansluit bij artikel 3 van het 'Reglement PGB vv' van de ziektekostenverzekeraar. In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is door de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met de wijkverpleegkundige en de huisarts. Uit het zorgplan blijkt dat verzoekster twee keer per dag, in de ochtend en in de avond, moet worden geholpen met douchen, aankleden en uiterlijke verzorging. Per dag moet vier keer hulp worden geboden bij het aanreiken van de juiste medicatie op het juiste tijdstip. Verzoekster neemt de medicatie onder begeleiding zelf in. Daarnaast heeft zij twee keer per dag hulp nodig bij het in en uit bed komen. Uit het zorgplan blijkt verder dat de wijkverpleegkundige rekening heeft gehouden met het borstcarcinoom en de rughernia van verzoekster. Bovendien heeft de wijkverpleegkundige meerdere malen verklaard dat de zorgmomenten inplanbaar zijn en kunnen worden uitgevoerd door een thuiszorgorganisatie. Tijdens het Bewust Keuze Gesprek (hierna: BKG) dat plaatsvond op 14 april 2016, heeft verzoekster toegelicht dat de zorgverlener twee keer per dag langs komt, dat overdag de kinderen vaak thuis zijn, en dat overdag mantelzorg wordt geleverd door familie. Niet vaker dan drie keer per week heeft verzoekster naast de vaste zorgmomenten nog zorg nodig. Voorts zijn in het dossier meerdere brieven van de huisarts aanwezig. Op 22 februari 2016 heeft de huisarts verklaard dat verzoekster niet in staat is om te reizen vanwege een ernstige afwijking in de onderrug (hernia) en algehele lichamelijke zwakte door uitgezaaide borstkanker. Verder heeft verzoekster last van een hoge bloeddruk, waarvoor medicatie wordt gebruikt en een zoutloos dieet wordt gevolgd. Op 16 juni 2016 stelt de huisarts dat er verschillende medische redenen zijn op grond waarvan verzoekster thuiszorg en persoonlijke verzorging nodig heeft, namelijk een chronisch inoperabele hernia en een dikke slappe arm door lymfe-oedeem ontstaan na een operatie vanwege borstkanker. Op 20 september 2016 heeft de huisarts verklaard dat de zorg die verzoekster nodig heeft niet inplanbaar is doordat haar rug op onverwachte momenten veel problemen geeft. Een nadere motivering ontbreekt hierbij. Op 1 december 2016 heeft de huisarts toegelicht dat verzoekster niet is geopereerd aan de hernia, omdat deze inoperabel is. Het voorgaande is geen onderbouwing van de huisarts dat sprake is van niet-planbare zorg. Zoals blijkt uit de brief van 22 november 2016, is de wijkverpleegkundige om een toelichting gevraagd. De wijkverpleegkundige heeft verklaard dat het voor de zorg die verzoekster nodig heeft niet noodzakelijk is dat dit op wisselende of ongebruikelijke tijdstippen gebeurt. De pijscheuten in de onderrug kunnen met medicatie worden onderdrukt. De wijkverpleegkundige bevestigt dat sprake is van planbare zorg en dat er geen noodzaak is voor zorg die 24 uur per dag beschikbaar moet zijn. Zij heeft ook expliciet gesteld dat zorg in natura volstaat. De benodigde zorg (hulp bij opstaan, wassen, aan- en uitkleden, medicatie aanreiken) valt onder zogeheten ADL-zorg en is in te plannen. Ook is dit geen zorg die 24 uur per dag op afroep beschikbaar moet zijn. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit kader naar het bindend advies van de commissie van 8 februari 2017 met nummer 201600610 (r.o. 9.3). De ziektekostenverzekeraar is derhalve van mening dat de zorg die verzoekster nodig heeft op vaste tijden kan worden verleend, en daarmee planbaar is. Er is geen persoonlijke verzorging nodig die 24 uur per dag beschikbaar moet zijn. Ook is er geen noodzaak voor een vaste zorgverlener vanwege specifieke zorgverlening of specifieke hulpmiddelen. Aan verzoekster wordt daarom geen PGB vv toegekend. Zij kan gebruikmaken van zorg in natura. De ziektekostenverzekeraar heeft met gecontracteerde zorgaanbieders afspraken gemaakt over de te leveren zorg. De zorgaanbieder komt met een verzekerde een zorgplan overeen. De zorgaanbieder is ervoor verantwoordelijk dat oproepbare zorg en nachtzorg beschikbaar zijn. De zorg die verzoekster krijgt bestaat voor een deel uit mantelzorg. Mantelzorg is zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en hulpbehoevenden door naasten: familie, vrienden, kennissen en burens. Kenmerkend is de al bestaande persoonlijke band tussen de mantelzorger en zijn of haar naaste. Daarnaast gaat het om langdurige zorg die onbetaald is.
- 5.4. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar een beoordeling heeft uitgevoerd aan de hand van onjuiste informatie. Tevens heeft zij gesteld dat als haar begeleider telefonisch contact opneemt met de ziektekostenverzekeraar, hiervan geen registratie wordt gemaakt. De ziektekostenverzekeraar kan dit standpunt niet volgen. Het is correct dat de begeleider van verzoekster een aantal keren heeft gebeld op een tijdstip dat de betreffende behandelaar niet

beschikbaar was. De ziektekostenverzekeraar heeft van zijn kant meerdere malen geprobeerd de begeleider van verzoekster telefonisch te spreken, maar dit is niet gelukt. Naar aanleiding van de klacht van 1 mei 2016 is getracht de begeleider op 17 mei 2016 telefonisch te bereiken, maar de ziektekostenverzekeraar kreeg geen gehoor. Later die dag is nogmaals geprobeerd de begeleider te bellen, en toen deelde deze mede dat het ongelegen kwam. Vervolgens is een afspraak gemaakt voor 18 mei 2016, vóór 12:00 uur. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 mei 2016 vier maal in de ochtend gebeld naar de begeleider van verzoekster, maar er was geen gehoor. Op 20 mei 2016 is twee maal gebeld, maar ook toen kreeg de ziektekostenverzekeraar geen gehoor. De klacht is vervolgens afgehandeld op 21 mei 2016, op basis van de bekende informatie. Overigens heeft de ziektekostenverzekeraar de begeleider van verzoekster na de afwijzende beslissing uiteindelijk wel meerdere malen gesproken. Indien gewenst had de begeleider van die gesprekken gebruik kunnen maken om een toelichting te geven op de zorg. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat de wijkverpleegkundige degene is die de indicatie stelt. Het zorgplan vormt in het onderhavige geval het uitgangspunt bij de beoordeling van de aanvraag. Ook de verklaringen van de huisarts zijn meegenomen in de beoordeling. De brieven van de huisarts onderbouwen als gezegd niet de onplanbaarheid van de zorg.

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 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoekster een PGB vv toe te kennen vanaf 1 januari 2016, 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 het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 28 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op vergoeding van verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"In artikel 16, 17, en 29 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.

(...)

Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (PGB) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving

Een wijkverpleegkundige (niveau 5) moet een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Dit wordt samen met u uitgewerkt in een zorgplan. In het zorgplan wordt onder andere een onderverdeling vastgesteld in het aantal uur verzorging en aantal uur verpleging.
(...)"

8.4. Artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Om voor een pgb vv in aanmerking te komen, moet u voldoen aan de onderstaande voorwaarden:
1) u heeft een door een BIG geregistreerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden nodig én moet u behoren tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2. Voor IKZ moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.

2) u bent in 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 zorgverlener(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 vv, dan mag de indicatie maar door 1 zorgverlener 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 heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- u zorg nodig heeft 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 heeft die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- er een noodzaak is voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

8.5. Artikel 4.8 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Toekennen pgb vv

- Uw aanvraag voor een pgb vv wordt beoordeeld aan de hand van de pgb-aanvraagformulieren-set en eventueel een "bewust keuze gesprek". Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden van dit Reglement, krijgt u toestemming voor een pgb vv. Wanneer u toestemming krijgt voor een pgb vv ontvangt u een schriftelijke toekenningsverklaring, dan wel een bevestiging via elektronische weg, waarin de periode van toekenning van het pgb vv is opgenomen en de hoogte van het budgetbedrag dat over de toegekende periode maximaal wordt vergoed. Een eventuele afwijzing van uw aanvraag wordt ook schriftelijk of per mail aan uw kenbaar gemaakt.

- De ingangsdatum van het pgb vv is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het pgb vv ook op een latere datum in laten gaan.

(...)

- Het pgb vv wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van dat jaar.

- In de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen leggen wij de looptijd van uw pgb vvvast. Hierbij houden wij rekening met uw indicatie."

- 8.6. Artikel 28 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering en het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, 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 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 onderhavige geschil niet als zodanig 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een PGB vv. Het betreffende aanvraagformulier is ondertekend op 5 respectievelijk 20 januari 2016. De ingangsdatum van de indicatie is 1 januari 2016. Ingevolge artikel 4.8 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar geldt als ingangsdatum van het PGB vv de datum waarop de ziektekostenverzekeraar de compleet ingevulde en ondertekende aanvraag heeft ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aanvraag door hem is ontvangen op 21 januari 2016, én dat deze aanvraag compleet was. De commissie is om die reden van oordeel dat de ingangsdatum van het PGB vv - indien althans wordt vastgesteld dat verzoekster hiervoor in aanmerking komt - moet worden gesteld op 21 januari 2016. De ziektekostenverzekeraar heeft overigens aan verzoekster - kennelijk uit coulance - een PGB vv toegekend tot en met 14 april 2016, de datum van de eerste, afwijzende beslissing. In die beslissing zal de commissie niet treden.
- 9.3. Vast staat dat verzoekster behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar. Beoordeeld dient te worden of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.4. De zorg die verzoekster ontvangt bestaat uit hulp bij het douchen, het aankleden, de uiterlijke verzorging, het in en uit bed gaan, en uit ondersteuning bij het innemen van medicatie. Dit betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland, hetgeen wordt onderschreven door de indicerende wijkverpleegkundige in het bij de aanvraag gevoegde zorgplan: "(...) Mw. haar zorg is inplanbaar op vaste tijden. De zorg kan geleverd worden door een thuiszorgorganisatie. (...)".

Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Hetgeen door verzoekster is aangevoerd met betrekking tot pijnklachten ten gevolge van een - inoperabele - hernia, maakt dit niet anders.

Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn, mede gelet op de door de indicierend wijkverpleegkundige gestelde indicatie voor persoonlijke verzorging van 10 uren en 30 minuten 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.

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 biedt geen mogelijkheid voor toekenning van een PGB vv, zodat het verzoek niet op grond van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 juni 2017

P.J.J. Vonk