



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

Zaaknummer : 201600486

Zittingsdatum : 12 oktober 2016



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



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen



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

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

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basis Zeker Naturapolis (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 Aanvullend *** afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Extra Aanvullend Thuiszorg is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

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 10 november 2015 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 19 januari 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 ingevuld klachtenformulier van 17 mei 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 5 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 juli 2016 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. 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.
-  3.9. Bij brief van 27 juli 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 25 augustus 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016099175) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de indicatie van verzoekster voor het PGB vv. In het dossier ontbreekt objectieve medische informatie, waaronder een beoordeling door de wijkverpleegkundige en een adviserend arts. De voorgenomen beslissing lijkt daarom niet op het juiste deskundigheidsniveau tot stand te zijn gekomen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 26 augustus 2016 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is bij die gelegenheid gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies, uit te voeren en de commissie binnen een termijn van veertien dagen over de uitkomst hiervan te berichten. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 10 oktober 2016 de uitslag van het nader onderzoek medegedeeld. Een afschrift van deze brief is aan verzoekster gezonden.
-  3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 oktober 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 20 oktober 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 4 november 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht, inhoudende dat het verzoek dient te worden afgewezen. Een afschrift van dit advies is op 8 november 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend. Hierop is namens hem, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"Ziektebeeld is reuma. Mijn linker en rechter onderbene[n] zijn de kleine bloedvaten verstopt, daarom slecht ter been de rechter dikke teen is geamputeer[d]. 's Morgens geholpen worden met douchen aankleden en 's avonds uitkleden. Geholpen worden naar toiletgaan. Tweemaal daags medicijnen toedienen. Reuma in het linkeroog, moet 4x daags gedruppel[d] worden. Jeuk aan het lichaam, dan moet er tweemaal daags gezalfd worden. Wanneer ik voor controle naar het U.M.C Groningen moet dan rijd[t] mijn vrouw."*
-  4.2. Verzoeker heeft hulp nodig bij het aan- en uitkleden, het wassen en afdrogen, het bereiden van eten, het drinken, het toedienen van de medicatie, het ophalen van zijn medicatie en het vervoer van en naar ziekenhuizen. Daarnaast geeft verzoeker aan dat hij een onregelmatige stoelgang heeft en hij vaak moet plassen. Verzoeker heeft in de nacht iemand nodig die hem begeleidt, zodat kan worden voorkomen dat hij valt.

4.3. Verzoeker heeft een opgave gedaan van de dagelijkse activiteiten:

"Reguliere dagelijkse zorg:

- 's morgens word ik geholpen met uitkleden, wassen, afdrogen en aankleden. Ik kan dat vanwege mijn reuma niet zelf.
- Eten bereiden, ik kan wel alleen eten aangepast bestek, maar drinken in een glas doen, eten opscheppen en snijden etc gaat niet.
- Ik heb medicatie voor mijn oog (soort reuma in oogspier, en daarvoor onder behandeling van een oogarts in UMCG) daarvoor is 4x per dag oog druppelen nodig.
- Ik heb medicatie voor reuma en hart, hiervoor moet ook medicatie worden toegediend 2x per dag.
- De administratie die gedaan moet worden mbt tot mijn ziekte; invullen van diverse declaratieformulieren o.a. reiskosten, afspraken maken in ziekenhuis met specialisten, afspraak maken met pedicure (diabetische voet); bestellen nieuwe medicatie/vervolgmedicatie bij apotheek.
- Ophalen van medicijnen.
- Vervoer van en naar UMCG en Bethesda ziekenhuis doet mijn vrouw, tevens vervoer naar andere specialisten; pedicure, speciaalwinkel voor aanmeten/onderhouden aangepaste schoenen.

Niet planbare dagelijkse zorg:

- In het huis is een traplift gemonteerd, zodat ik in principe 'alleen' naar boven en beneden kan. Echter deze lift is een gevoelig apparaat en gaat wel eens defect of stoort, ik kan niet om hulp bellen vanwege mijn kromme reuma-vingers en kan daarom geen telefoon bedienen. Ik heb daar vervelende ervaringen mee opgedaan.
- Helpen naar het toilet gaan. Ik heb een onregelmatige stoelgang en moet vaak plassen. Daar heb ik echt hulp bij nodig omdat ik vanwege mijn reuma zelf geen kleding kan aan/uit doen en kan dichtknopen.
- Mijn rug en benen moeten regelmatig worden ingesmeerd tegen jeuk.
- Ik heb een scootmobiel en een looprekje, maar alvorens ik naar buiten kan (afhankelijk van het weer) moeten eerst mijn aangepaste schoenen aan (grote rechtersen geamputeerd wegens reuma in de bloedvaten). Mijn jas moet worden aangedaan. Knopen of rits moeten worden dichtgedaan.
- Als ik er 's nachts uit moet (en dat komt elke nacht voor), is het nodig dat er iemand mij begeleid[t] zodat ik niet val. 's Nachts heb ik mijn aangepaste schoenen niet aan, en kan ik niet lopen.

Overig:

- Ik wil niet dat iemand anders dan mijn vrouw 'aan mij zit' of mij helpt met wassen, douchen, toilet et cetera. "

4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar met name uitgaat van hetgeen hij 's ochtends nodig heeft, zoals wassen en aankleden en scheren. Maar hij heeft de hele dag door hulp nodig, bijvoorbeeld bij het eten. Als hij het eten op heeft, wil hij graag naar bed en moeten zijn schoenen uit en daarna weer aan. Als hij naar buiten wil op de scootmobiel, moet zijn jas aan en later weer uit. Het gaat niet om één moment op de dag, maar om diverse momenten op de dag. De stelling van de ziektekostenverzekeraar is ook dat er geen sprake is van 24-uurs zorg, maar van 16-uurs zorg. Verzoeker moet kennelijk gepland plassen, hetgeen hem vreemd voor komt. Verzoeker geneest verder niet, en doet gewoon de dingen die hij kan. Het is niet zo dat hij ineens beter wordt en het dan op een andere manier kan. Verzoeker vindt het prettig dat zijn vrouw hem verzorgt, en niet steeds wisselende verpleegkundigen. Het komt vreemd over dat er vanuit een bepaalde situatie die is aangevraagd een PGB vv wordt verstrekt, maar later niet meer.

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 ziektekostenverzekeraar merkt op dat verzoeker heeft verklaard dat onder zijn reguliere dagelijkse zorg onder andere de administratie valt die met betrekking tot zijn ziekte moet worden



gedaan. Het betreft hierbij het invullen van diverse declaratieformulieren, het maken van afspraken met specialisten in het ziekenhuis, het maken van afspraken met de pedicure en het bestellen van medicatie bij de apotheek. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat, gelet op de beperkingen van verzoeker, door hem niet wordt voldaan aan het bepaalde in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging'.

- 
- 
- 5.2. Daarnaast kan de zorg die verzoeker nodig heeft op vaste tijdstippen worden ingepland of als mantelzorg worden aangemerkt. Voorts gaat het niet om zorg die op wisselende of ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel zorg die slecht is in te plannen. Ook gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn. Dat verzoeker een onregelmatige stoelgang heeft, maakt voorgaande niet anders. Het al dan niet (on)regelmatig bezoeken van het toilet is inherent aan de menselijke natuur en in die zin niet onderscheidend als het gaat over de planbaarheid van de zorg. Tevens blijkt niet dat sprake is van incontinentieproblematiek bij verzoeker. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat verzoeker geen aanspraak heeft op een PGB vv ten laste van de basisverzekering.

- 
- 
- 
- 
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat kennelijk de hele dag door hulp nodig is. De wijkverpleegkundige heeft echter een indicatie gesteld van afgerond 16 uur per week. Dit blijkt ook uit het onderzoek dat is gedaan naar aanleiding van het advies van het Zorginstituut. Bij het nader onderzoek is nog uitvoeriger ingegaan op de indicatiestelling, en toen is nogmaals een wijkverpleegkundige langs geweest bij verzoeker. Geoordeeld is dat het gaat om planbare zorg die ook door een thuiszorgorganisatie kan worden geleverd. Het bereiden van eten en begeleiding bij vervoer valt niet onder Persoonlijke Verzorging, maar moet worden gezien als mantelzorg. Het PGB vv was voorheen gebaseerd op de AWBZ, en het is met ingang van 1 januari 2015 overgeheveld naar de Zvw. De ziektekostenverzekeraar mocht hieraan zelf nadere voorwaarden stellen, hetgeen ook is gebeurd en is vastgelegd in een reglement. Dit is de reden dat het ineens allemaal anders is geworden en waarom een wijkverpleegkundige de indicatie stelt, en niet het CIZ. Met betrekking tot het toiletbezoek geldt dat niet is gebleken van een bijzondere zorgvraag. Indien niet wordt uitgekomen met het aantal zorgmomenten op de dag, moet worden gekeken naar het gebruik van incontinentiemateriaal.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

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

7. Het geschil

- 
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog aan 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 39 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

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

"In artikel 16,17 en 29 van de 'Aanspraken en vergoedingen Basis Zeker" staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving aanspraak op verpleging en verzorging.

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

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan heeft u alleen aanspraak als er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:

- a. sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of*
- b. 23 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.*

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 Achmea Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons aanvragen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor aanspraak

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.

Waar u (volgens dit artikel) geen aanspraak op heeft

- a. (...)*
- b. U heeft geen aanspraak op verpleging en verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op verzorging en verpleging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).*

8.4. Artikel 2 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' luidt, voor zover hier van belang:

"Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb vv.

U komt in aanmerking voor het pgb vv als:

(...)

- 2) U langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. Hierbij zijn de functiebeperkingen niet veroorzaakt door normale verouderingsprocessen.*

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger (ouder, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in contracten afsluiten met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten;
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw wettelijk vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap;
- dat u in staat bent de zorgverleners die u heeft gecontracteerd op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg."

8.5. Artikel 3 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' luidt:

"Om voor een pgb vv in aanmerking te komen:

- 1) Heeft u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden nodig én
- 2) Moet u behoren tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én
- 3) Moet u er bewust voor kiezen om geen gebruik te maken van zorgverleners die door ons zijn gecontracteerd. Met dit pgb vv kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb vv.

Hierbij moet uw zorgvraag aansluiten bij een of meer van de volgende voorwaarden:

- u hebt vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- u hebt zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
- u hebt zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- er is een noodzaak voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

8.6. Artikel 10 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' luidt:
"Wettelijk vertegenwoordiger"

Een wettelijk vertegenwoordiger is één van de ouders (voor een persoon jonger dan 18 jaar) of een voogd, curator, mentor of bewindvoerder, door de Rechtbank vastgesteld."

8.7. Artikel 28 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3 en 10 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1.1 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.8. 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.

8.9. 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 nog niet was ingevoerd. Dit bekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis heeft. 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. De vraag die vervolgens dient te worden beantwoord, is of verzoeker behoort tot één van de in artikel 2 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' genoemde doelgroepen. De ziektekostenverzekeraar heeft benadrukt dat een verzekerde zelf in staat moet zijn de taken en verplichtingen die aan het PGB vv verbonden zijn op een verantwoorde wijze uit te voeren. De ziektekostenverzekeraar stelt dat, gezien de medische situatie van verzoeker, aan deze voorwaarde niet wordt voldaan. De ziektekostenverzekeraar heeft deze stelling niet nader onderbouwd, zodat niet duidelijk is op welke gronden hij tot zijn conclusie is gekomen. Dat verzoeker, vanwege zijn lichamelijke beperkingen, hulp nodig heeft bij bepaalde administratieve taken, maakt niet dat hij niet in staat is het PGB vv op een verantwoorde wijze uit te voeren. Gelet op het voorgaande is onvoldoende aannemelijk geworden dat verzoeker niet behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld. Zodoende ligt de vraag voor of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van voornoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoeker ontvangt, bestaat uit hulp bij het douchen, het aan- en uitkleden, het toedienen van medicatie en het insmeren van de benen. Dit betreft 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. Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn. De hulp bij het bereiden van het eten, het vervoer naar en van het ziekenhuis, het ophalen van de medicatie en de hulp bij de administratie, betreft geen verzekerde zorg die ten laste van de zorgverzekering kan worden gebracht. Daarnaast is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft. Hoewel verzoeker heeft medegedeeld dat bij hem thuis een traplift is geplaatst en dat hij aangepaste schoenen aangemeten heeft gekregen, is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke 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 benodigde zorg niet aan verzoeker kan verlenen. Dat verzoeker niet wil dat iemand anders dan zijn vrouw aan hem zit, of hem helpt met het wassen en het douchen, maakt dit niet anders.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 november 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester