



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201600035
Zittingsdatum : 14 december 2016



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



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

1. Partijen

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



tegen



OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding



3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: de PGB vv). Bij brief van 1 juni 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.



3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 september 2015 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.



3.4. Bij brief van 7 juni 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).



3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.



3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 augustus 2016 aan verzoeker gezonden.



3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 18 oktober 2016 telefonisch medegedeeld eveneens 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 8 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 26 augustus 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016103184) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de zorgverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten, teneinde de bestaande discrepanties in het schriftelijk dossier op te helderen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 30 augustus 2016 aan partijen gezonden. De commissie heeft de zorgverzekeraar gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies, uit te voeren en de commissie over de uitkomst hiervan te berichten. De zorgverzekeraar heeft de commissie medegedeeld informatie te hebben opgevraagd bij de huisarts, maar nog geen reactie te hebben ontvangen, zodat ten tijde van de hoorzitting nog geen duidelijkheid kan worden verschaft.
- 
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 14 december 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 
- 3.11. Na de hoorzitting is verzoekster in de gelegenheid gesteld nadere informatie aan te leveren, hetgeen zij bij e-mailbericht van 28 december 2016 heeft gedaan. De zorgverzekeraar is in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Bij brief van 6 januari 2017 heeft de zorgverzekeraar medegedeeld dat de nadere informatie geen wijziging brengt in het eerdere standpunt.
- 
- 3.12. Bij brief van 9 januari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 17 januari 2017 aan de commissie het definitief advies uitgebracht, inhoudende dat het verzoek dient te worden afgewezen. Op basis van de informatie in het dossier is niet onderbouwd dat de zorg voor verzoeker niet planbaar is. Een afschrift van dit advies is op 19 januari 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker heeft op 24 januari 2017 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de zorgverzekeraar gezonden.
- 
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 
- 4.1. Op het aanvraagformulier voor het PGB vv heeft verzoeker het volgende verklaard: *"De zorg bestaat uit douchen en aankleden verzorgen helpen met opstaan met liggen met zitten omdat het niet meer kan (gaat) het is gewoon niet vol te houden zo. Het is gewoon een ramp."*
- 
- 4.2. De zorg die aan verzoeker wordt verleend is niet planbaar. Verzoeker heeft op wisselende of ongebruikelijke tijden zorg nodig. De partner van verzoeker is om die reden 24 uur per dag bij hem in de buurt. Verzoeker benadrukt dat de pijn op sommige momenten zo heftig is, dat het leven voor hem niet is vol te houden.
- 
- 4.3. De echtgenote van verzoeker werkt tien uren per week. De rest van de tijd is zij in de buurt om hem te ondersteunen bij zijn persoonlijke verzorging. Verzoeker heeft hulp nodig bij de toiletgang, bij het aan- en uitkleden en het innemen van zijn medicijnen. Daarnaast is hij bekend met stemmingswisselingen. Hieruit volgt dat de zorg die verzoeker nodig heeft, moet worden uitgevoerd door een vaste zorgverlener. Verzoeker heeft geen vertrouwen in andere, vreemde zorgverleners. Daarnaast wil hij, vanwege zijn geloofsovertuiging, niet worden verzorgd door verschillende, onbekende (vrouwelijke) zorgverleners.

4.4. Verzoeker gaat jaarlijks enkele weken naar Marokko, waar zijn echtgenote hem eveneens de nodige hulp verleent. Hij benadrukt dat in deze situatie de door de zorgverzekeraar aangeboden zorg in natura geen uitkomst biedt.

4.5. Ter zitting is door verzoeker opgemerkt dat zeker geen sprake is van planbare zorg. Dit is reeds eerder uiteengezet. Het Zorginstituut zegt in zijn advies op pagina 2 dat een beoordeling van de arts ontbreekt, en dat de beslissing daarom niet op het juiste deskundigheidsniveau tot stand is gekomen. Wellicht is een nader onderzoek noodzakelijk, zo stelt het Zorginstituut. Daar kon verzoeker zich prima in vinden, maar hij is hiervoor nooit door de zorgverzekeraar opgeroepen. Nadat het advies was ontvangen, is verzoeker hiervan door zijn gemachtigde in kennis gesteld, en is hem gezegd dat hij een oproep zou krijgen, maar dit is uitgebleven. Op 18 augustus 2016 is een brief gestuurd naar de huisarts, en eind november heeft verzoeker pas het bericht gekregen dat de huisarts zich niet uitlaat over het al dan niet planbaar zijn van de zorg. Eigenlijk is dus helemaal nergens op gereageerd. Er waren tot voor kort geen andere behandelaars waar informatie kon worden opgevraagd. Wel is verzoeker bij de fysiotherapeut en een psychiater en psycholoog onder behandeling. De zorgverzekeraar zou informatie moeten opvragen bij de indicierend wijkverpleegkundige. Deze heeft de indicatie afgegeven en verzoeker staat hier achter. Verzoeker heeft er ook geen bezwaar tegen dat er aanvullende informatie wordt gevraagd. Verder zou alsnog een spreekuurbezoek kunnen plaatsvinden, zodat een arts van de zorgverzekeraar zich een mening kan vormen. Dan is er meer duidelijkheid.

4.6. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut heeft verzoeker opgemerkt dat in het aanvraagformulier is vermeld dat verzoeker moeite heeft met opstaan vanuit een zithouding, en daarbij geholpen dient te worden. Verder heeft hij ondersteuning nodig bij de toiletgang in verband met de krachtvermindering in zijn rechterhand. Dit betekent dat iemand hem dient te ondersteunen door zijn broek open en dicht te doen. Verzoeker vindt het onbegrijpelijk dat het Zorginstituut deze zorg aanmerkt als planbare zorg. Men kan niet van hem verwachten dat hij iedere dag de hele dag wacht totdat een hulpverlener hem naar het toilet kan helpen. Daarnaast heeft de wijkverpleegkundige medegedeeld dat zij nooit uitspraken doet over het al dan niet planbaar zijn van de zorg, en dat het haar zelfs niet is toegestaan hierover uitspraken te doen. Uit de verklaring van de psycholoog blijkt dat verzoeker lijdt aan ptss en zeer prikkelbaar is. Hij is gemotiveerd, therapiegetrouw, en er is volgens de psycholoog sprake van voldoende inzicht en zelfreflectie. Verzoeker is van Marokkaanse afkomst en heeft nooit hulp gehad van buitenaf. Het is voor hem vrijwel onmogelijk van een andere vrouw dan zijn echtgenote hulp te accepteren, mede gelet op zijn culturele achtergrond en psychische klachten. Verzoeker heeft nooit eerder een beroep gedaan op het PGB vv, en zodoende geen misbruik gemaakt van deze voorziening.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Vanaf 1 januari 2015 maken verpleging en verzorging deel uit van de zorgverzekering. Een en ander is geregeld in artikel 2.10 Bzv. Met ingang van 1 januari 2015 ontvangt verzoeker de geïndiceerde zorg via de zorgverzekeraar.

In artikel B.26 van de zorgverzekering is uitgewerkt in welke gevallen aanspraak bestaat op verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. In dit artikel is eveneens het PGB vv opgenomen. In het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar zijn de nadere voorwaarden vastgelegd. Het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' is gebaseerd op bestuurlijke afspraken over de uitgangspunten en inhoud van het PGB vv, die in 2014 zijn gemaakt tussen het Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de budgethoudersvereniging Per Saldo.

Uit het reglement volgt dat verzoeker een indicatie moet hebben voor verpleging en verzorging, waarbij verzoeker langer dan één jaar op de zorg is aangewezen. Ook moet verzoeker in staat zijn om de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden op een verantwoorde wijze uit te

voeren, een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap en de ingeschakelde zorgverleners zo aan te sturen dat kan worden gesproken van verantwoorde zorg.

- 5.2. Indien een verzekerde beschikt over de juiste indicatie en hij er bewust voor kiest om geen gebruik te maken van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders, dan kan hij in aanmerking komen voor een PGB vv indien is voldaan aan één van de volgende voorwaarden:
- de verzekerde heeft vaak (meer dan drie keer per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties
 - de verzekerde heeft zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten van de dag en/of op afroep;
 - de verzekerde heeft zorg nodig die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
 - er is een noodzaak voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

- 5.3. Verzoeker heeft een indicatie voor veertien uur persoonlijke verzorging per week. Op het aanvraagformulier voor het PGB vv heeft verzoeker aangekruist dat hij vaak (meer dan drie keer per week) zorgt nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties. Ook heeft verzoeker volgens zijn opgave zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen en die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep. Verzoeker heeft hulp nodig bij het douchen, het aan- uitkleden, het opstaan, het zitten en het liggen. De echtgenote van verzoeker kan en wil 24 uur per dag bij hem in de buurt zijn. Daarnaast acht verzoeker het, in verband met stemmingswisselingen, onwenselijk dat hij wordt geholpen door een professional. Verzoeker geeft hierbij aan dat hij weinig vertrouwen heeft in andere personen.

- 5.4. De zorgverzekeraar merkt op dat de geïndiceerde zorg goed is te plannen op vaste momenten. Deze zorg kan door een gecontracteerde zorgverlener worden geleverd. De zorg die de echtgenote van verzoeker verleent, valt onder mantelzorg en vormt geen grond voor het toekennen van het PGB vv. De zorgverzekeraar heeft weliswaar begrip voor het gegeven dat verzoeker wil worden geholpen door zijn echtgenote vanwege stemmingswisselingen en zijn kwetsbare positie, maar dit vormt geen reden voor toekenning van het PGB vv.

- 5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat deze de indicatie voor een PGB vv moet kunnen vaststellen, en in het advies van het Zorginstituut staat dat de zorgvraag onvoldoende onderbouwd is. Daarom is aanvullende informatie opgevraagd. Het spreekuur zou daar niets aan veranderen, omdat verzoeker dan alleen zelf kan vertellen wat zijn problemen zijn. De extra informatie heeft de zorgverzekeraar willen opvragen. Voor de huisarts is een machtiging afgegeven, maar deze gaf geen informatie, en de wijkverpleegkundige wilde de informatie alleen aan verzoeker verstrekken. Daar kan de ziektekostenverzekeraar verder niets aan veranderen. Een spreekuurbezoek heeft als gezegd geen toegevoegde waarde, want er moet objectief zijn onderbouwd dat de zorg niet planbaar is.

- 5.6. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog aan verzoeker toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.26. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.26. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op wijkverpleging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Zorg: waar hebt u recht op?"

De zorg omvat verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering of een hoog risico op die zorg.

De zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement. (...)

Algemeen

In bepaalde gevallen kunt u voor wijkverpleging ook een PGB (Persoons Gebonden Budget) aanvragen bij ons. In het Reglement PGB Verpleging & Verzorging, wat deel uit maakt van deze verzekeringsvoorwaarden leest u daar meer over. (...)"

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

"Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb vv. U komt in aanmerking voor het pgb vv als: (...)

2. U langdurig, d.w.z. langer dan één 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 o.a. in contracten afsluiten en controleren 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 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar luidt:

"Hebt u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én kiest u er bewust voor om geen gebruik te maken van zorgverleners die door ons zijn gecontracteerd? Dan kunt u in aanmerking komen voor een pgb vv. Hiermee 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 B.26. van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Verpleging en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv.
Het PGB vv was ten tijde van het onderhavige geschil als zodanig niet bij wet geregeld.
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het onderhavige 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. Aangezien de zorgverzekeraar zich niet erop heeft beroepen dat door verzoeker niet wordt voldaan aan het bepaalde in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar, zal de commissie zich bij de beoordeling beperken tot de vraag of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoeker ontvangt, bestaat uit hulp bij het douchen, het aan- en uitkleden, het aantrekken van zijn schoenen, het innemen van medicatie, het gaan zitten, het gaan staan en het gaan liggen. 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, mede gezien de indicatie voor veertien uur persoonlijke verzorging per week, naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn.
Eveneens is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. De door verzoeker naar voren gebrachte problemen in verband met zijn stemmingswisselingen en geloofsovertuiging vormen niet een zodanige noodzaak. Hoewel het

 begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van zijn echtgenote, betekent dit niet dat formele zorgverleners hem de noodzakelijke zorg niet kunnen verlenen.

-  9.4. Met betrekking tot het door verzoeker gestelde aangaande het toiletbezoek, 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 dit geval vormt het toiletbezoek geen onderdeel van de indicatiestelling.
-  Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

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, 8 februari 2017,

 P.J.J. Vonk