



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

Zaaknummer : 201602613

Zittingsdatum : 22 maart 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, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door B, beiden te C,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Beter 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 ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Tand Beter is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

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). Bij brief van 16 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 augustus 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 22 november 2016 heeft verzoekster 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. Voorts heeft verzoekster om vergoeding van de proceskosten verzocht (hierna: het verzoek).

3.4. 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.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 februari 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. 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.
- 3.8. Bij brief van 7 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 20 februari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017006466) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de zorgvraag enkel betrekking heeft op planbare zorg en er geen medische noodzaak is voor een vaste zorgverlener, 24-uurs zorg in de nabijheid of op afroep dan wel zorg op wisselende locaties of tijdstippen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 27 februari 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 maart 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. In vervolg op de hoorzitting is verzoekster de mogelijkheid geboden nadere informatie aan te leveren, hetgeen zij bij brief van 29 maart 2017 heeft gedaan. De ziektekostenverzekeraar is in de gelegenheid gesteld hierop te reageren.
- 3.11. Bij brief van 5 april 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar op het betreffende stuk gereageerd, en heeft hij de commissie medegedeeld zijn afwijzend standpunt te handhaven. Een afschrift van deze brief is ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 3.12. Bij brief van 10 april 2017 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. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 11 april 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken 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 verzoekster
- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft het volgende over verzoekster verklaard: "(...) Mw. is bekend met chronische klachten en is aangewezen op verpleging en verzorging voor langer dan een 1 jaar (langdurige zorg). De situatie is vanaf april jl. verslechterd. Mw. is bekend met diabetes Mellitus type 2, hartritme stoornis, astma, bronchitis, maagklachten, vochtophoping, buikklachten, hoge bloeddruk en pseudomonas infectie. Pseudomonas kan lichte tot ernstige, levensbedreigende ziekte veroorzaken. Mw. heeft in het verleden een CVA gehad, waardoor mw. haar spraakvermogen verminderd is. Gezien bovenstaande aandoeningen is mijn professionele mening dat er altijd iemand aanwezig moet zijn als er complicaties voordoen. Dit in combinatie met het feit dat mw. niet [de] Nederlandse taal machtig is. Mocht er een situatie zich voordoen kan mw. communicatief niet kenbaar maken wat er voor complicaties zich voordoen. Gezien de persoonlijke omgeving en aandoeningen van mw. is het raadzaam om een PGB aan te wijzen voor mw.".
- De wijkverpleegkundige heeft bij verzoekster een indicatie gesteld voor 21 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 4.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende vermeld: "Waarom wilt u een pgb? Mijn dochter verricht medicatie, insuline, bloedprikken. Ook word ik door

mijn dochter gedoucht, aan- en [uitgekleed], dagelijkse verzorging ADL. Ook wordt ik door haar begeleid bij afspraken in ziekenhuis, fysiotherapie enz. Dit i.v.m. mijn beperkingen sinds CVA, hartstilstand, longontstekingen met bloedingen 17-08-2009. Op 07-01-2016 heb ik mijn been/heup gebroken waardoor ik nog steeds moet revalideren. Daarom helpt mijn dochter ook om naar wc te gaan [en bij het in en uit bed stappen]. Hierbij vraag ik u om meer pgb uren en budget".

- 4.3. Verzoekster kampt met blijvende beperkingen ten gevolge van een herseninfarct, een hartstilstand en een longontsteking met bloedingen. In januari 2016 heeft zij bij een val haar rechterbeen en -heup gebroken. Verder is verzoekster bekend met bronchitis, maagklachten, astma en diabetes mellitus type 2. Verwezen wordt naar de adviesrapportage van het CIZ van 24 december 2009 en de herindicatie. Verzoekster werd van 2009 tot 2013 vier uren per week door thuiszorginstelling Zuidzorg geholpen bij het wassen. De dochter van verzoekster, die als mantelzorger optrad, nam de overige verpleging en persoonlijke verzorging op zich. Sinds oktober 2013 heeft de dochter de zorg voor verzoekster volledig op zich genomen, met uitzondering van het toedienen van sondevoeding. Verzoekster is positief over de verzorging door haar dochter, omdat tegemoet wordt gekomen aan haar gehele zorgbehoefte. Verzoekster heeft een overzicht overgelegd met betrekking tot de zorg die haar dochter haar zeven dagen per week, 24 uur per dag, verleent.
- 4.4. Op 11 mei 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een PGB vv toegekend tot 7 maart 2016. Een verlenging van het PGB vv wees de ziektekostenverzekeraar af met een beroep op artikel 3.4 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2016'. In maart 2016 voldeed verzoekster derhalve nog aan de voorwaarden van voornoemd reglement. Zij stelt dat haar gezondheid en beperkingen daarna niet zijn gewijzigd ten opzichte van de voorgaande periode. Haar gezondheidssituatie is zelfs verslechterd, mede gezien de recente opname in het ziekenhuis in verband met een longontsteking.
- Verzoekster meent dat zij wel degelijk voldoet aan ten minste één van de voorwaarden van voornoemd artikel. Haar afhankelijkheid en hulpbehoevendheid blijken uit de brief van het Maxima Medisch Centrum van 9 april 2016, inzake het toedienen van sondevoeding. Voorts is verzoekster, gezien haar beperkingen, volledig afhankelijk van haar dochter ten aanzien van het in en uit bed komen, het wassen, het aan- en uitkleden, de toiletgang, eten en drinken, het verplaatsen, het toedienen van medicatie en het doen van boodschappen en het huishouden, hetgeen wordt ondersteund door thuiszorginstelling Zuidzorg. Er dient 24 uur per dag iemand in de nabijheid van verzoekster te zijn vanwege het risico op complicaties. Verwezen wordt naar de verklaring van de wijkverpleegkundige, en naar een overzicht van de ziekenhuisopnames. De zorg heeft een onvoorzienbaar karakter, meer in het bijzonder waar het gaat om de toiletgang. In verband met stressincontinentie gebruikt verzoekster incontinentiemateriaal, welk materiaal iedere toiletbeurt dient te worden verwisseld. Ook is zij niet in staat zichzelf te reinigen na de toiletbeurt vanwege verminderde spierfunctie in de armen. Verzoekster merkt op dat zij vaker dan gemiddeld het toilet bezoekt. Verder vindt de verzorging ook 's nachts plaats. De zorgmomenten in de nacht hangen af van het welzijn van verzoekster. Verzoekster heeft zorg nodig op meerdere locaties. Verwezen wordt naar een afsprakenlijst. Zij is beperkt mobiel en wordt verplaatst met een rolstoel. Door de beperkte spierfunctie in de armen kan zij zichzelf namelijk niet verplaatsen. Verzoekster verwijst naar een brief van de fysiotherapeut van 8 april 2016. Voorts heeft verzoekster een omvangrijke lijst aan medicatie die zij moet innemen. Zij weet niet wat de frequentie en dosering van iedere toediening is en heeft hierbij ondersteuning nodig. Haar dochter houdt toezicht op de inname en dient de medicatie toe. Al het voorgaande maakt dat de zorg niet planbaar is, op wisselende tijden en locaties plaatsvindt en dat verzoekster is aangewezen op een vaste zorgverlener vanwege specifieke zorgverlening en specifieke hulpmiddelen.
- 4.5. Uit telefonisch navraag is verzoekster gebleken dat de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde thuiszorginstellingen haar niet de 24-uurs zorg kunnen bieden waaraan zij behoefte heeft. Tevens kan zorg in de nacht alleen op afroep worden verleend. Verzoekster meent dat de aard van de door haar benodigde zorg en het feit dat zij gebrekkig Nederlands spreekt zich hiertegen verzetten. Verzoekster heeft een registratie van de gevoerde gesprekken overgelegd.

- 4.6. De ziektekostenverzekeraar heeft nagelaten de complexiteit van het geheel van de zorgverlening aan verzoekster in beschouwing te nemen. Bij zijn beslissing heeft hij niet in aanmerking genomen dat de geïndiceerde zorg verspreid over drie dagdelen wordt geleverd.
- 4.7. Primair vordert verzoekster toekenning met terugwerkende kracht tot 7 maart 2016 van een PGB vv voor Verpleging en Persoonlijke Verzorging tezamen van 28 uren en 20 minuten per week, subsidiair voor 21 uren en 30 minuten per week, en meer subsidiair voor 15 uren en 30 minuten per week. Tevens vordert zij vergoeding van de gemaakte proceskosten.
- 4.8. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de voorwaarden van artikel 3.4 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar niet cumulatief zijn. Verzoekster voldoet aan meerdere van de in voornoemd artikel gestelde voorwaarden. Zij ontvangt zorg op wisselende locaties, namelijk bij de fysiotherapeut en de huisarts. Dat de begeleiding naar deze afspraken niet onder de zorgverzekering valt, doet hier niet aan af. Verzoekster gebruikt plastabletten waardoor zij vaker dan gemiddeld het toilet bezoekt. Verzoekster loopt moeizaam en heeft voortdurend ondersteuning nodig bij het zich verplaatsen. Ook gebruikt zij incontinentiemateriaal. Hulp bij de toiletgang is niet planbaar. Voorts bestaat een medische noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met de medicatie die verzoekster gebruikt. Zij heeft 's nachts regelmatig last van hypo's en heeft op die momenten direct hulp nodig. Een thuiszorgorganisatie kan hierin niet voorzien. Ook dient de medicatie nauwlettend in de gaten te worden gehouden.
- 4.9. Bij brief van 29 maart 2017 heeft verzoekster een verklaring van de huisarts van 28 maart 2017 overgelegd, waarin voor zover van belang, het volgende is toegelicht: "(...) *Patiënte is een kwetsbare oudere, met een insuline afhankelijke diabetes en een doorgemaakt CVA. Tevens heeft zij cognitieve problemen, kan haar medicatie en insuline niet zelfstandig toedienen. Zij is voor de lichamelijke verzorging, de transfers in huis en buitenshuis, (kan alleen met steun lopen) en voor de medicatie en insuline toediening volledig afhankelijk van haar dochter. De dochter staat haar 24 uur per dag bij. Zonder haar dochter zou ze niet meer in de thuissituatie kunnen verblijven. (...)*"
- 4.10. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekering is gebaseerd op de Zvw en de daarmee samenhangende regelgeving. Voor alle hierin opgenomen zorg geldt onder andere dat de verzekerde er redelijkerwijs op is aangewezen en dat de zorg doelmatig en doeltreffend is. Aanspraak op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering bestaat indien wordt voldaan aan de voorwaarden van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2016'. Deze voorwaarden luiden:
- verzekerde heeft vaak zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties.
 - 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 op de dag en/of op afroep.
 - verzekerde heeft zorg nodig die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep (in het geval van Intensieve Kindzorg of PTZ).
 - er is een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzekerde nodig heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
- 5.2. De voor verzoekster geïndiceerde zorg betreft twee maal per dag ondersteuning bij Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) en bestaat uit hulp bij het douchen, het aan- en uitkleden, hulp bij het in en uit bed komen, hulp bij het eten, hulp bij de toiletgang en het zich reinigen, het toedienen van sondevoeding en insuline, het prikken van bloedsuiker en het aanreiken van medicatie.

De hulp met betrekking tot het eten bestaat uit het bereiden en klaarzetten van maaltijden. Deze zorg valt niet onder de zorgverzekering maar onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo), en mag daarom geen onderdeel zijn van de indicatie voor een PGB vv. Bij verzoekster is sprake van stressincontinentie. Zij gebruikt hiervoor incontinentiemateriaal. De hulp die verzoekster nodig heeft bij de toiletgang kan worden geleverd door een thuiszorgorganisatie. De wisselende zorgvraag rondom de toiletgang is inherent aan de natuur. Ter onderbouwing wordt verwezen naar een bindend advies van de commissie (SKGZ.201502774). Er is geen sprake van een medische reden waardoor verzoekster niet in staat is te wachten op zorg op afroep. Verder wordt de hulp bij de toiletgang in de nacht geleverd door de dochter van verzoekster. Dit kan, gelet op een bindend advies van de commissie, worden gezien als mantelzorg (SKGZ.201502019).

Verzoekster meent dat thuiszorgorganisaties geen nachtzorg kunnen bieden. Thuiszorgorganisatie Zuidzorg kan verzoekster echter op afroep in de nacht verzorgen.

Op de medicatielijst en op het dagschema staat dat verzoekster gebruik maakt van tabletten en insuline op vaste momenten van de dag. Uit de gevoerde Bewust Keuze Gesprekken (hierna: BKG) en de overgelegde documenten blijkt niet dat sprake is van wisselende bloedsuikers. Het is dan ook niet duidelijk, als hier al sprake van is, wat hiervan de oorzaak is. Verzoekster heeft afspraken buitenshuis. Zij heeft hulp nodig bij de voorbereiding van deze afspraken en bij het vervoer. Deze zorg is niet geïndiceerd door de wijkverpleegkundige en valt niet onder de zorgverzekering. Het is begrijpelijk dat verzoekster verzorgd wenst te worden door een naaste. De zorg kan echter worden geleverd door medewerkers van een thuiszorgorganisatie. Er is geen noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met het gebruik van een specifiek hulpmiddel of een bijzondere aandoening.

De wijkverpleegkundige heeft verklaard dat het niet wenselijk is dat de zorg wordt geleverd door een thuiszorgorganisatie omdat verzoekster de Nederlandse taal niet spreekt. Verzoekster kan weliswaar alleen zijn, maar vanwege de taalbarrière kan zij in voorkomend geval niet (telefonisch) om hulp vragen. Volgens de wijkverpleegkundige dient verzoekster gebruik te maken van personenalarmering. Zij beschikt hier echter niet over. Verzoekster verwijst naar een verslag van de wijkverpleegkundige waaruit volgt dat er altijd iemand in de nabijheid moet zijn. De 24-uurs noodzaak voor zorg in de nabijheid is alleen van toepassing op situaties waarin sprake is van Palliatieve Terminale Zorg (PTZ) of Intensieve Kindzorg (IKZ). Dit is bij verzoekster niet aan de orde. Indien personenalarmering voor haar geen optie is, valt de zorgvraag mogelijk onder de Wet langdurige zorg (Wlz).

Begeleiding bij de transfers valt onder de Wmo. Voorts volgt uit de verklaring van de fysiotherapeut niet dat verzoekster een rolstoel gebruikt, maar dat zij onder begeleiding met een rollator loopt. Het is de ziektekostenverzekeraar niet bekend dat verzoekster gebruik maakt van een aangepaste stoel waardoor zij zelfstandig kan opstaan en zitten. De zelfredzaamheid van verzoekster kan worden vergroot bij gebruik van hulpmiddelen.

Naar aanleiding van het primaire, subsidiaire en meer subsidiaire verzoek is telefonisch contact opgenomen met de gemachtigde. De ziektekostenverzekeraar gaat uit van de indicatie van 21 uren en 30 minuten. Hierin is ook de verpleegkundige zorg, bestaande uit bloedsuiker prikken en insuline toedienen, meegenomen. Indien meer uren verpleegkundige zorg nodig zijn, kan een herindicatie worden uitgevoerd.

Verzoekster voldoet niet aan de voorwaarden van het reglement, zodat haar geen PGB vv kan worden toegekend. Zij kan op grond van de zorgverzekering gebruik maken van zorg in natura.

- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de geïndiceerde zorg, zoals op de aanvraag is vermeld, bepalend is voor de beoordeling. De voorbereiding van en begeleiding naar afspraken vallen niet onder wijkverpleging en zijn daarom niet meegenomen in de indicatie. Uit alle bij de ziektekostenverzekeraar bekende gegevens blijkt dat de zorg planbaar is. Voorts is geen indicatie gesteld voor 24-uurs zorg. Het is begrijpelijk dat verzoekster een vaste, vertrouwde zorgverlener wenst. Van een noodzaak voor een vaste zorgverlener is echter niet gebleken. Met betrekking tot de hulp bij de toiletgang heeft de commissie in eerder uitgebrachte bindend adviezen geconcludeerd dat het toiletbezoek inherent is aan de natuur. Voor toekenning van een PGB vv vanwege hulp bij de toiletgang dient hiertoe allereerst een indicatie te zijn gesteld. Daarnaast moet sprake zijn van een bijzondere omstandigheid. Weliswaar is hulp bij de toiletgang in het geval van verzoekster geïndiceerd, maar niet is gebleken van een bijzondere omstandigheid.

Voorts heeft te gelden dat de dochter van verzoekster in de nacht hulp biedt bij de toiletgang. Dit valt onder mantelzorg. Bovendien maakt verzoekster gebruik van incontinentiemateriaal.

Met betrekking tot de toediening van medicijnen geldt dat wisselende bloedsuikers en hypo's niet zijn geïndiceerd. Daarbij wordt een verpleegkundige geacht medicatie te kunnen toedienen. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op een PGB vv. Het Zorginstituut komt in zijn advies tot dezelfde conclusie. De CIZ-indicatie is niet relevant. Voor de beoordeling van de aanvraag dient immers te worden uitgegaan van de door de wijkverpleegkundige gestelde indicatie.

- 5.4. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat de verklaring van de huisarts van 28 maart 2017 geen (nieuwe) gegevens bevat die tot een ander oordeel leiden. Het is begrijpelijk dat verzoekster haar zorg wenst de regelen met een PGB vv, echter hierop heeft zij, gelet op het reglement, geen aanspraak.

- 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 het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, en de door verzoekster 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op 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 verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntstelsel 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). Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. (...)

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:

"Om voor een pgb verpleging en verzorging in aanmerking te komen moet verzekerde voldoen aan de navolgende voorwaarden:

1. Verzekerde is 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 tot een van de doelgroepen zoals beschreven in artikel 2. (...)

2. (...)

3. (...)

4. De zorgvraag moet aansluiten bij één of meer van de volgende voorwaarden. Uit de indicatie moet blijken dat:

- verzekerde vaak zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;*
- verzekerde 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;*
- verzekerde zorg nodig heeft 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 verzekerde nodig heeft, 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) van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2.3 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 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 VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.
- 9.2. Niet in geschil is dat verzoekster behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging' (2016) van de ziektekostenverzekeraar. De vraag is of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoekster ontvangt, bestaat uit ondersteuning bij ADL, waaronder het douchen, het aan- en uitkleden, het in en uit bed helpen, het aan- en uitrekken van steunkousen, het aanreiken van medicatie, het toedienen van insuline en sondevoeding, de zorg voor tanden, haren, nagels en huid. Ook heeft zij hulp nodig bij het wisselen van incontinentiemateriaal en het reinigen na toiletbezoek. Tot slot heeft verzoekster hulp nodig bij het eten, het huishouden, het zich verplaatsen en bij afspraken buitenshuis. Met betrekking tot de hulp bij het eten, het huishouden, het zich verplaatsen en bij afspraken buitenshuis geldt dat deze activiteiten niet als Persoonlijke Verzorging ten laste van de zorgverzekering kunnen worden gebracht. Voor het overige betreft het 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, mede gezien de gestelde indicatie van 21 uren en 30 minuten Verpleging en Persoonlijke Verzorging per week. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft, dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van een vaste zorgverlener, te weten haar dochter, betekent dit niet dat een thuiszorginstelling de zorg niet aan verzoekster kan verlenen en hierbij rekening kan houden met haar problematiek en de gevolgen hiervan.
- 9.4. Met betrekking tot het door verzoekster 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 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 zodat niet kan worden gesproken van niet-planbare zorg. De commissie tekent hierbij aan dat de feitelijke situatie is dat mantelzorg aanwezig is en dat hiervan door verzoekster ook gebruik wordt gemaakt. Voorts gebruikt verzoekster incontinentiemateriaal, waarmee het probleem van de stressincontinentie ondervangen zou moeten zijn. Indien dit niet voldoet, zal hiernaar onderzoek moeten worden gedaan, zodat zij de beschikking krijgt over passend incontinentiemateriaal.

Problemen met de Nederlandse taal vormen geen indicatie voor een PGB vv.

- 9.5. Het primaire verzoek van verzoekster - te weten toekenning van een PGB vv voor 28 uren en 20 minuten per week is niet in overeenstemming met de indicatie van de wijkverpleegkundige voor 21 uren en 30 minuten Verpleging en Persoonlijke Verzorging per week. De indicatiestelling is leidend, zodat het primaire verzoek reeds om die reden moet worden afgewezen. Mocht het geïndiceerde aantal uren niet toereikend zijn, dan is het vragen van een herindicatie de aangewezen weg.

- 9.6. Wat betreft het subsidiaire en het meer subsidiaire verzoek, leidt hetgeen hiervoor onder 9.3 en 9.4 is overwogen ertoe dat verzoekster geen aanspraak heeft op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Proceskostenvergoeding

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

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 april 2017,

P.J.J. Vonk