



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A.,
beide te Tilburg

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

Zaaknummer : 201503379

Zittingsdatum : 17 augustus 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)



(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) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
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 basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (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 Basis 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 Tandarts 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 (PGB vv) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 5 oktober 2015 van heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak gedeeltelijk is ingewilligd.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 5 november 2015 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 brief van 3 maart 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig 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 26 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 mei 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 juni 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon 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 mei 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 7 juni 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016070196) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat een deel van de zorg planbaar is, en het andere gedeelte ten laste komt van de Wmo. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 augustus 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 18 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 25 augustus 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De wijkverpleegkundige heeft bij verzoeker een indicatie gesteld voor Persoonlijke Verzorging van zeven uren per week. Verzoeker heeft op het aanvraagformulier PGB vv het volgende verklaard:
*"(...) In juni 2006 bedrijfsongeval (beknelling)
R. amputatie volledige hand gehele huidtransplantatie gehele onderarm + bovenarm.
L hand nog 3 vingers met beperkte beweging
* Op elk gewenst moment van de dag hulp nodig
* douche, toiletgang, scheren, nagels knippen, aankleden
* hulp nodig bij eten - vlees snijden, opscheppen, iets pakken en of klaarmaken zoals verpakkingen openen - schoenen aandoen - uitdoen
* hulp nodig bij het klaarmaken voor de nacht. (...)"*
- 4.2. Verzoeker ontving voorheen een PGB vv voor 3,9 uren Persoonlijke Verzorging per week. Het indicatiebesluit dat was afgegeven door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) was geldig tot 14 januari 2028. In het kader van de overgangsregeling is de indicatie echter verkort tot en met 31 december 2015. Op 22 september 2015 heeft de wijkverpleegkundige een nieuwe indicatie gesteld voor zeven uren Persoonlijke Verzorging per week. Daarom heeft verzoeker in september 2015 een nieuwe aanvraag ingediend voor een PGB vv. Dit verzoek werd afgewezen door de ziektekostenverzekeraar, op de grond dat bij verzoeker sprake is van planbare zorg. Desalniettemin

heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een tijdelijke akkoordverklaring verleend tot 4 december 2015, zodat hij zich kon instellen op de nieuwe situatie.

- 4.3. Verzoeker heeft door een bedrijfsongeval zijn rechterhand verloren, waarbij hij tevens een huidtransplantatie heeft moeten ondergaan. Aan zijn linkerhand heeft hij twee vingers verloren. De drie overgebleven vingers zijn beperkt te gebruiken. Vanwege deze situatie is verzoeker 24 uur per dag aangewezen op hulp van anderen. Het voorgaande heeft een grote invloed gehad op het gezinsleven van verzoeker, met name voor zijn kinderen. Verzoeker ondervindt psychische problemen, tevens heeft hij veel zorg nodig. De orthopeed heeft verklaard dat verzoeker zijn linkerhand niet teveel mag belasten in verband met functieverlies. Het is dan ook noodzakelijk dat te allen tijde hulp aanwezig is ter voorkoming van overbelasting van zijn linkerhand. Verzoeker heeft onder meer hulp nodig bij het douchen, afdrogen, scheren, nagels knippen, aan- en uitkleden, de toiletgang, het eten (opscheppen, snijden, klaarmaken), iets open- en/of dichtmaken, het inschenken van drinken, de deur open- en dichtdoen, en het dichtritsen van zijn jas. Het is niet vooraf in te schatten wanneer welke handeling nodig is. Daarbij is het voor het gezin een enorme belasting en een inbreuk op de privacy indien er gedurende de dag vreemde mensen in huis zijn. Tevens wordt verzoeker dan bewust geconfronteerd met zijn handicap, hetgeen zijn psychische gesteldheid niet ten goede komt. Zorg in natura is dan ook niet mogelijk.

- 4.4. Verzoeker heeft ter onderbouwing van zijn standpunt verklaringen overgelegd van de behandelend ergotherapeut, de behandelend revalidatiearts en de huisarts. De behandelend ergotherapeut en de behandelend revalidatiearts hebben met betrekking tot het functioneren van verzoeker het volgende verklaard:

"(...) Niveau van functioneren

[Verzoeker] voert zijn dagelijkse activiteiten uit met zijn (beperkte) linkerhand. Hij heeft aan deze zijde twee vingers waarmee hij iets vast kan pakken. Zijn rechterarm is als steun-arm inzetbaar, maar hiermee heeft hij geen grijpfunctie. Alle handelingen die meneer doet kosten meer tijd en energie en voor een aantal activiteiten is hij afhankelijk van echtgenote en zijn kinderen.

Meneer krijgt onder andere bij onderstaande activiteiten ondersteuning van zijn partner en in mindere mate van zijn kinderen:

- douchen.
- aankleden (kost veel tijd en energie).
- aantrekken van schoenen (kost veel energie en levert pijnklachten op in de nog aanwezige vingers).
- bereiden van de broodmaaltijd en een warme maaltijd.
- openmaken van verpakking potjes en flesjes.
- openen en dichtmaken van de broek en riem, nadat meneer naar toilet geweest.
- riem van de honden om doen.
- boodschappen doen (meer dan enkele producten meenemen).

(...) [Verzoeker] rijdt auto en ervaart hierdoor veel vrijheid. Hij gaat onder andere regelmatig kijken naar het voetballen van zijn kinderen, doet enkele boodschappen en gaat wekelijks zwemmen om in beweging te blijven. Graag wil hij zijn vrijheid hierin behouden.

Psychosociale factoren

(...) Aangezien meneer het krijgen van hulp van derden heel lastig vond, heeft hij samen met zijn partner besloten om het wassen en aankleden samen te gaan doen. Ondanks dat dit veel tijd van zijn vrouw vraagt was dit voor meneer veel prettiger. Het omzetten van de zorg van een PGB naar natura zou betekenen dat meneer opnieuw een beroep moet doen op hulp van derden. Dit geeft hem het gevoel dat hij meer gehandicapt is, dan dat hij zich wil voelen. Voor zijn gevoel wordt hij dan dagelijks extra geconfronteerd met zijn handicap.(...)"

De huisarts heeft met betrekking tot het functioneren van verzoeker het volgende verklaard:

"(...) [Verzoeker] heeft na een bedrijfsongeval een traumatische amputatie van re onderarm ondergaan en traumatische amputatie van digitus 4 en 5 van linker hand. Als gevolg hiervan is hij fors beperkt in zijn functioneren. Hij heeft geen grijpfunctie van zijn hand. Hij geeft aan dat veters strikken soms wel en soms niet gaat, naar het toilet gaan kan hij niet alleen. De rits van een jas dicht maken kan hij vaak niet alleen. Aan- en uitkleden kan hij niet alleen. Een verpakking van voedselwaren open maken kan vaak niet alleen. (...)"

- 4.5. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij tien jaar geleden een ongeval heeft gehad. Dit heeft veel impact gehad op hem en zijn familieleden. Gekeken is hoe het moest gaan en welke zorg benodigd was. De familie heeft zijn weg hierin gevonden. Financieel was dit mogelijk met het PGB vv. De echtgenote van verzoeker had de mogelijkheid een aantal uren minder te gaan werken, zodat zij de zorg voor verzoeker op zich kon nemen. Het niet meer verkrijgen van het PGB vv heeft weer de nodige impact gehad. Er valt een bepaald bedrag per maand weg, en de zorg die verzoeker nodig heeft, wordt niet minder. Dit heeft ertoe geleid dat de echtgenote van verzoeker weer meer uren moest gaan werken om het financiële gat te dichten. Dit is heel zwaar voor het gezin geweest. Van zorg in natura maakt verzoeker geen gebruik. In dat geval komt er iedere keer een andere persoon die moet helpen, en die verzoeker aanraakt, hetgeen hij onprettig vindt. Door het CIZ was een indicatie afgegeven tot 2028, maar van de ziektekostenverzekeraar moest hij een nieuwe aanvraag indienen. Vanaf december 2015 is er geen PGB vv meer, en moest hij zijn leven anders inrichten. Nu springen de zussen van zijn echtgenote bij. Op het moment dat één keer per dag een uur zorg nodig is, zou kunnen worden gezegd dat er een deel planbaar is. Maar het helpen met bijvoorbeeld het eten of de toiletgang en het aantrekken van de schoenen, is veel minder planbaar. als naasten de zorg kunnen verlenen, is dat een betere oplossing dan als er iemand van de thuiszorg moet komen.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verpleging en verzorging in de thuissituatie maken vanaf 1 januari 2015 deel uit van de zorgverzekering. Een en ander is geregeld in artikel 2.10 Bzv. Deze wijziging houdt in dat verzoeker met ingang van 1 januari 2015 de geïndiceerde zorg ontvangt via de ziektekostenverzekeraar. In artikel B.26 van de zorgverzekering is geregeld in welke gevallen aanspraak bestaat op verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. In het artikel is ook de mogelijkheid van het PGB vv opgenomen. De nadere voorwaarden voor het PGB vv zijn omschreven in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Deze voorwaarden zijn gebaseerd op bestuurlijke afspraken over de uitgangspunten en de inhoud van het PGB vv, die in 2014 zijn gemaakt tussen het Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Per Saldo. In het reglement is vastgelegd dat een indicatie dient te bestaan voor verpleging en verzorging, waarbij de verzekerde langer dan een jaar op de zorg is aangewezen. De verzekerde moet daarnaast in staat zijn de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden, op verantwoorde wijze uit te voeren, een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap en de ingeschakelde zorgaanbieders zo aan te sturen dat kan worden gesproken van verantwoorde zorg.
- 5.2. Indien een indicatie bestaat en bewust ervoor wordt gekozen geen gebruik te maken van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders, kan men 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 zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die benodigd is, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

- 5.3. Verzoeker had in eerste instantie op grond van de overgangsregeling recht op een PGB vv tot en met 31 december 2015. Indien een nieuwe aanvraag wordt gedaan zijn de verzekeringsvoorwaarden en het reglement van toepassing. Op 22 september 2015 is ten behoeve van verzoeker een herindicatie aangevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag beoordeeld aan de hand van de huidige regelgeving.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat de geïndiceerde zorg planbaar is. Hij heeft aan verzoeker een tijdelijke akkoordverklaring verleend tot en met 4 december 2015, zodat verzoeker zich kon instellen op de nieuwe situatie en afspraken kon maken met de thuiszorg. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch contact opgenomen met de wijkverpleegkundige, omdat verzoeker van mening is dat de aangevraagde zorg niet planbaar is. Dit telefoongesprek heeft echter niet geleid tot een ander standpunt. De wijkverpleegkundige heeft ter zake verklaard dat niet alle benodigde zorg planbaar is. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het uiteraard mogelijk is dat verzoeker de hele dag ondersteuning nodig heeft, dit heeft echter geen betrekking op de geïndiceerde zorg die ook geboden kan worden door de thuiszorg op vaste momenten. Daarbij vallen het opscheppen van eten, het snijden van vlees, het pakken en klaarmaken van eten, het open- en dichtmaken van spullen, het smeren van boterhammen, het uit de verpakking halen van brood, het inschenken van drinken en het open- en dichtdoen van deuren niet onder persoonlijke verzorging. Deze zorg valt onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), die uitgevoerd wordt door de gemeente.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat hij begrip heeft voor de situatie van het gezin. Deze situatie komt de ziektekostenverzekeraar veel tegen. Er komen veel zaken binnen, en het kan zijn dat er verschillende mensen bij een zaak betrokken zijn. De ziektekostenverzekeraar probeert zoveel mogelijk te voorkomen dat mensen zich niet serieus genomen voelen. Met ingang van 1 januari 2015 is de regelgeving gewijzigd, en dit heeft geleid tot veel klachten. De vraag is of er recht bestaat op een PGB vv, en dan gaat het om de vraag of sprake is van planbare zorg. Hiervoor wordt door de wijkverpleegkundige een advies opgesteld. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat de zorg van verzoeker planbaar is, en daarom is de aanvraag afgewezen. Ook wat betreft het toiletbezoek is de zorg planbaar, en daarvoor verwijst de ziektekostenverzekeraar naar eerdere bindende adviezen van de commissie. Wat men ook vindt van de regelgeving van de overheid, het is jammer dat er nu geen gebruik wordt gemaakt van zorg in natura, omdat verzoeker daar recht op heeft.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar 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 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 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 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 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:

“Artikel B.26. Wijkverpleging

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 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 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 ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar 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 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 verzoeker behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Zodoende 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 onder andere uit hulp bij het douchen en afdrogen, het aan- en uitkleden, het scheren en het klaarmaken voor de nacht. 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. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft, dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
Het opscheppen van eten, het snijden van vlees, iets pakken of klaarmaken om te eten, iets open- en dichtmaken, het smeren van een boterham, het inschenken van drinken en het open- en dichtdoen van een deur vallen niet onder de verpleging en verzorging als bedoeld in de Zvw.

Mogelijk bestaat hierop aanspraak ingevolge de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of dient hiervoor een mantelzorger te worden ingeschakeld.

- 9.4. Met betrekking tot het door verzoeker gestelde aangaande het toiletbezoek, merkt de commissie het volgende op.

Het 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 weliswaar onderdeel van de indicatiestelling, maar is niet gebleken van voornoemde bijzondere omstandigheden, zodat niet kan worden gesproken van niet-planbare zorg.

- 9.5. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd, met name ten aanzien van het privacy-aspect en de gevolgen voor zijn psychische gesteldheid indien gebruik moet worden gemaakt van zorg in natura, kan niet leiden tot een andere uitkomst. De commissie heeft er goede nota van genomen dat aan verzoeker een tijdelijke akkoordverklaring is verleend, met einddatum 4 december 2015, die tot doel had dat verzoeker zich kon instellen op de nieuwe situatie. Aan de afgifte van deze akkoordverklaring kunnen geen verdergaande consequenties worden verbonden. De commissie begrijpt de wens van verzoeker voor het PGB vv, maar dit leidt niet tot een andere conclusie. Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 augustus 2016,

A.I.M. van Mierlo