



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

Zaaknummer : 201700018

Zittingsdatum : 7 juni 2017

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

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

1. Partijen

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

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (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 Optimaal Aanvullend 3 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 afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend Tand** is niet in geschil en blijft daarom 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 23 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 10 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 6 februari 2017 heeft verzoekster 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. Voorts heeft verzoekster om vergoeding van de proceskosten verzocht (hierna: het verzoek).

- 3.5. 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.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 april 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 10 april 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 14 april 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 31 mei 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 10 april 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 20 april 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017017460) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. *"Gelet op het bovenstaande adviseert Zorginstituut Nederland tot afwijzing van het verzoek omdat niet is aangetoond dat de zorg onplanbaar is, ook is er geen medische noodzaak voor zorg op wisselende en/of ongebruikelijke tijdstippen."*
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 24 april 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster is op 7 juni 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Verzoekster is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 9 juni 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 aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 19 juni 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (pgb vv)' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"Hulp, ondersteuning bij douchen, aankleden, haren kammen, persoonlijke hygiëne. Zie uitgebreid zorgplan. (...) Insuline toedienen, dagcurves. Zie uitgebreid zorgplan, voeten insmeren met zalf."*
De aanvraag vermeldt een zorgfrequentie van 17 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 5 uren en 30 minuten Verpleging per week.
- 4.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 27 juni 2016 een zorgplan opgesteld en hierin, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: *"Medische diagnose 1: Ernstige artrose aan beide knieën en gescheurde meniscus L en R. Rechterhand tremoren oorzaak onbekend onderzoek volgt binnenkort. Heeft een triggerduim. Is verwezen naar de chirurg van de handkliniek, operatie wordt overwogen maar gezien de diabetes kan wondgenezing moeilijkheden opleveren. Draagt een pols/hand brace. Medische diagnose 2: Diabetes type 2/ insulineafhankelijk en gebruikt ook orale medicatie. Is moeilijk in te regelen. 5x daags wordt bloedsuiker geprikt met de selftest. Retinopathie aan beide ogen door de suiker. Heeft psoriasis aan voeten, benen, armen en handen. Medische*

diagnose 3: Hartklachten, angina pectoris met geringe ischemie. Verhoogde cholesterolwaarde. Oedeemvorming in beide voeten.

(...)

Verder staat in het zorgplan: "Dagelijks ben ik gedoucht, uit/aangekleed en persoonlijk verzorgd. 3x daags worden de psoriasisplekken aan benen, voeten, armen en handen ingesmeerd met de voorgeschreven zalf. 5x per dag word ik begeleid naar het toilet en word ik verschoond. 2x per dag word ik op de trap begeleid naar boven. 5x daags z.n. 7x wordt de voorgeschreven medicatie aangereikt. (...)"

- 4.3. Bij e-mailbericht van 18 oktober 2016 heeft de indicerend wijkverpleegkundige het volgende verklaard: "Ik heb het zorgleefplan nog eens bekeken, maar mevrouw heeft veel zorg nodig 5x per dag (2x in de ochtend, 2x in de middag en 1x 's avonds) en gezien de slecht in te regelen diabetes/ontregeling en de therapieontrouw, betreffende inname medicatie, is de zorg moeilijk in te plannen. De mobiliteit van mevrouw is ook slecht waardoor transfer naar toilet en naar boven veel tijd in beslag neemt. Tevens is mevrouw slechtziend en val gevaarlijk. 24 uren toezicht is niet nodig omdat de echtgenoot er 's nachts is maar overdag is hulp in de nabijheid van mevrouw / direct oproepbaar wel aan te bevelen."
- 4.4. Verzoekster stelt dat de zorg die zij nodig heeft niet planbaar is. Zo moet haar bloedsuiker vijfmaal daags worden geprikt, dient zij vijfmaal per dag naar het toilet te worden begeleid en dient haar zeven keer per dag medicatie te worden aangereikt. Dit is moeilijk te plannen voor de thuiszorg en het is daarbij niet wenselijk dat verzoekster vijf tot zeven keer op een dag een ander persoon over de vloer krijgt, temeer omdat bij haar sprake is van een taalbarrière. Daarnaast bestaan bij verzoekster stressincontinentie en valgevaar. Aangezien verzoekster veel zorg nodig heeft en van tevoren niet is vast te stellen op welke tijden zij deze zorg behoeft, is in het zorgplan expliciet vermeld dat sprake is van onplanbare zorg. Bij e-mailbericht van 18 oktober 2016 is dit door de wijkverpleegkundige bevestigd. In de herbeoordeling van de ziektekostenverzekeraar is niet meegenomen dat verzoekster tevens kampt met diabetes, hetgeen juist ertoe leidt dat de zorg moeilijk in te plannen is, aangezien verzoekster niet op vaste tijden wordt geprikt. Daarnaast moet verzoekster tussendoor extra worden geprikt om de bloedsuikerwaarde te bepalen. Voorts kampt verzoekster met pijnklachten door onder meer versleten knieën. Hierdoor kan zij alleen worden geholpen op de momenten waarop zij geen of minder pijn heeft. Ook dit is van tevoren niet in te plannen. De pijnklachten worden bevestigd door de verklaring van de huisarts. De huisarts stelt verder dat verzoekster bekend is met artrose van de knieën en meniscusletsel beiderzijds. Tevens heeft zij een triggerduim en artrose bij haar duim aan de linkerkant. Voorts heeft verzoekster tremor van de handen, een maskergelaat en vergeetachtigheidsklachten. De neuroloog vermoedt dat zij de ziekte van Parkinson heeft. Verder heeft verzoekster last van diarree en incontinentie voor urine. Er is sprake van oedeem aan de benen en van psoriasis op verschillende plekken op het lichaam, waar zij dagelijks voor dient te worden ingesmeerd. Gelet op de verklaringen van de wijkverpleegkundige en de huisarts concludeert verzoekster dat de zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen plaatsvindt. Ook ten aanzien van de toiletgang stelt verzoekster dat dit niet als planbare zorg kan worden aangemerkt. Verzoekster krijgt naast insuline orale medicatie voor de regeling van de bloedsuikerwaarde. Dit medicijn heeft als voorkomend bijverschijnsel diarree, waar verzoekster vaak last van heeft. Verzoekster vindt het opmerkelijk dat de ziektekostenverzekeraar haar toiletgang als planbare zorg bestempelt, terwijl hij op de hoogte is van het feit dat zij incontinent is voor urine en geregeld diarree heeft.
- 4.5. Bij e-mailberichten van 18 oktober 2016 en 21 november 2016 verklaart de wijkverpleegkundige dat verzoekster overdag hulp in de nabijheid of op afroep nodig heeft. Het gaat weliswaar niet om zorg die 24 uren per dag in de nabije omgeving nodig is, maar wel om zorg voor 12 uren per dag. 12 uren per dag dient iemand direct beschikbaar te zijn voor het verlenen van de zorg aan verzoekster. Dit is niet mogelijk met thuiszorg, waarbij de zorgverlener slechts een aantal keren per dag langskomt. Daarnaast is bij verzoekster de ziekte van Parkinson vastgesteld. De extra zorg die zij hierdoor behoeft, en die wordt geleverd door haar dochter, die de hele dag voor verzoekster zorgt, is door de ziektekostenverzekeraar in het geheel niet meegewogen bij de beoordeling van de aanvraag. De

ziektekostenverzekeraar heeft zijn beslissing op oneigenlijke gronden genomen en heeft daarnaast niet onderbouwd waarom hij in de beoordeling voorbij gaat aan de medische verklaring van de wijkverpleegkundige.

4.6. Ter zitting heeft verzoekster het volgende verklaard. Bij verzoekster komt het regelmatig voor dat de bloedsuikerwaarde onder de waarde drie zakt. Hierdoor ontstaat een groot risico op bewustzijnsverlies. Dit wordt door de verklaringen van de wijkverpleegkundige en de huisarts bevestigd. De dochter van verzoekster moet de hele dag aanwezig zijn om de bloedsuikerspiegel in de gaten te houden. Zij ziet aan verzoekster wanneer het niet goed gaat en kan direct ingrijpen. Verzoekster kan zelf niet opmerken wanneer sprake is van een te lage bloedsuikerspiegel waardoor de zorg niet planbaar is. De echtgenoot van verzoekster kan geen mantelzorg verlenen aangezien hij zelf ook zorg nodig heeft.

Voorts heeft verzoekster een verklaring van de huisarts toegestuurd waaruit blijkt dat de geïndiceerde zorg omtrent de diabetes langer noodzakelijk kan zijn dan een jaar. Verzoekster heeft al een lange tijd diabetes waarvoor zij door de huisarts naar de internist is doorverwezen.

4.7. 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 biedt de mogelijkheid van een PGB vv, indien de zorgvraag aansluit bij één of meer van de volgende voorwaarden:

- de verzekerde heeft vaak (meer dan drie maal 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 zorg nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op 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 nodig is of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

5.2. Om tot een goede beoordeling van de aanvraag te komen, is besloten het Bewust Keuze Gesprek (hierna: BKG) op 13 september 2016 bij verzoekster thuis te houden. Uit dit gesprek, de indicatie, de klacht en het zorgleefplan is niet gebleken dat verzoekster zorg nodig heeft die moeilijk is in te plannen. De Persoonlijke Verzorging van verzoekster bestaat uit wassen, douchen, aan- en uitkleden. Dit betreft planbare zorg. Daarnaast krijgt verzoekster Verpleging in de vorm van het spuiten van insuline en het insmeren van de huid. Ook hierbij gaat het om zorg die naar zijn aard goed planbaar is en niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Verzoekster heeft namelijk zorg nodig op vijf (soms zeven) momenten per dag, waarvan twee in de ochtend, twee in de middag en één in de avond. Planbaar houdt overigens niet in dat de zorg iedere dag op hetzelfde tijdstip moet plaatsvinden. Met de thuiszorgorganisatie kunnen daar afspraken over worden gemaakt.

Voorts is geen indicatie gesteld voor zorg die 24 uur per dag beschikbaar moet zijn. Tot slot is niet gebleken van een medische noodzaak voor een vaste zorgverlener door de specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

Ten aanzien van de toiletgang geldt dat deze weliswaar deel uitmaakt van de indicatiestelling, maar dat in de situatie van verzoekster geen sprake van bijzondere omstandigheden. De feitelijke situatie is dat mantelzorg aanwezig is en verzoekster hiervan gebruik maakt. Daarnaast gebruikt verzoekster incontinentiemateriaal.

5.3. Tijdens het BKG is naar voren gekomen dat verzoekster geen zorg van andere mensen wil accepteren. Het is begrijpelijk dat dit lastig is en dat zij liever zorg van een bekende wenst te ontvangen, maar dit is geen reden om een PGB vv toe te kennen.

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

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoekster alsnog een PGB vv 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 1 tot en met 39 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 28 van de 'Verzekerde zorg' 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:

“(…) U heeft echter ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

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

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

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

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

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 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 vv. U komt in aanmerking voor het pgb vv als u onder één of meerdere van de hieronder beschreven doelgroepen valt:
(…)*

3) u langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 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 (Wettelijk vertegenwoordiger: ouder voor kinderen tot 18 jaar, 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. Zie hiervoor ook artikel 6.

We maken hierbij een onderscheid in (wettelijk) vertegenwoordigers. Een ouder (voor kinderen tot 18 jaar) of curator is bevoegd om overeenkomsten te ondertekenen en is daarmee eindverantwoordelijke. Een door u aangewezen vertegenwoordiger uit de familie (met uitzondering van ouders van kinderen tot 18 jaar), bewindvoerder of mentor, mag wel de zaken voor u regelen, maar u moet zelf de overeenkomsten ondertekenen, wat betekent dat u dan eindverantwoordelijk bent;

• 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 waar u een overeenkomst mee heeft gesloten 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 PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

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

(...)

3) u moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgverlener(s) die door ons zijn gecontracteerd. Dit noemen wij *Zorg In Natura (ZIN)*. Indien u een combinatie wenst van *Zorg In Natura* met een pgb vv, dan mag de indicatie maar door 1 zorgverlener worden gesteld.

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

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

8.6. Artikel 28 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering en het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11, eerste lid, onderdeel 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 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 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. Niet in geschil is dat verzoekster behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de zorgverzekeraar. Derhalve dient de vraag te worden beantwoord of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoekster ontvangt bestaat, gelet op hetgeen is toegelicht in het zorgplan, uit hulp bij het douchen, aan- en uitkleden, haren kammen, persoonlijke hygiëne, insmeren met zalf, toedienen van de insuline en het meten van de bloedsuikerwaarde. Dit betreft zorg die naar zijn aard 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 bij verzoekster naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn, mede gelet op het feit dat sprake is van vijf tot zeven zorgmomenten per dag en de gestelde indicatie voor Persoonlijke Verzorging van 17 uren en 30 minuten per week en Verpleging van 5 uren en 30 minuten 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 van haar dochter te ontvangen, betekent dit niet dat een thuiszorgorganisatie de zorg niet aan verzoekster kan verlenen, daarbij rekening houdend met haar problematiek en wensen. Dat verzoekster zich niet prettig voelt bij andere, vreemde mensen maakt het voorgaande niet anders. Dit geldt evenzeer voor het feit dat verzoekster de Nederlandse taal onvoldoende beheerst.
- 9.4. Met betrekking tot het door verzoekster gestelde aangaande de ondersteuning bij de toiletgang, 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.



Het feit dat de echtgenoot van verzoekster geen mantelzorg kan verlenen omdat hij zelf klachten ondervindt, kan niet leiden tot een ander oordeel. Voorts maakt verzoekster gebruik van incontinentiemateriaal.



Hetgeen verzoekster overigens stelt, met name ten aanzien van de ontregelde bloedsuikerwaarden en dat de geïndiceerde zorg omtrent diabetes langer noodzakelijk kan zijn dan een jaar doet verder niets af aan de aard van de zorg die planbaar is. Het voorgaande kan derhalve niet leiden tot een andere uitkomst.



Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.



Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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



Proceskostenvergoeding


- 9.6. Verzoekster heeft tevens aanspraak gemaakt op vergoeding van de door haar gemaakte proceskosten. De commissie ziet, gelet op het feit dat hiervoor is overwogen dat zij geen aanspraak heeft op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering of de aanvullende ziektekostenverzekering, geen grond voor toekenning van de betreffende kosten.



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, 5 juli 2017,




P.J.J. Vonk