



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V. beide te Wageningen

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

Zaaknummer : 201601472

Zittingsdatum : 25 januari 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: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

- 
- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (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 ExtraVerzorgd 2 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 TandVerzorgd 500 is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 11 mei 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 7 juni 2016 en 15 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 
- 3.4. Bij brief van 25 oktober 2016 heeft verzoeker 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 (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 9 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 december 2016 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 december 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 december 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 13 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 6 januari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016137323) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken dat de zorg voor verzoeker niet planbaar is of dat deze zorg 24 uur per dag in de nabijheid of op afroep beschikbaar dient te zijn. Verder blijkt uit de aanwezige informatie niet dat de zorg dusdanig specifiek is dat deze door een vast aantal hulpverleners moet worden geleverd. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 9 januari 2017 aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 januari 2017 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 31 januari 2017 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 7 februari 2017 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 behandelend oncoloog heeft op 25 februari 2016 ten aanzien van verzoeker verklaard: *"Sinds ongeveer 3 maanden gewichtsverlies bemerkt, zo'n 15-20kg in afgelopen halfjaar. Gewicht lijkt nu gestabiliseerd. Nog geen contact met diëtiste. Minder eetlust, met name in warme maaltijd. Geen misselijkheid of braken, geen passageklachten. Heeft pijn in de schouders, kan minder goed op de zij liggen. Geen buikpijn. Sinds 2 maanden harde zwelling in de buik, sinds eind november pas januari gemeld aan de huisarts. Voelt zich meer vermoeid, sneller benauwd, slaapt in de avond slecht, slaapt wel eens overdag, verder wel actief, maar komt laatste 4 weken niet de deur uit. Huishouden door de kinderen. Ontlasting vaker dan voorheen, 4-5x per dag, laatste tijd weer meer normaal 2-3dd, consistentie normaal, geen meiena, geen bloed. Geen pijn op de borst of palpitations. Dyspnoe d éffort, conditie is slechter, geen hoesten of dyspnoe in rust. Mictie ongestoord, straal niet veranderd, geen hematurie, geen dysurie. In verband met het verhoogd PSA werd de uroloog in consult gevraagd. Ter evaluatie zal op korte termijn een echo met eventueel biops volgen. Hierover ontvangt u separaat bericht. Gezien de sterke verdenking op een 2e maligniteit (prostaatacarcinoom) komt patiënt niet in aanmerking voor behandeling in studieverband. (...)*
Bij bovengenoemde patiënt is er sprake van een synchroon naar longen en lever gemetastaseerd sigmoidcarcinoom. Een curatieve behandeling is helaas niet meer mogelijk. Wij bespraken met hem de mogelijkheid van behandeling met palliatieve systeemtherapie bestaande uit Oxaliplatin 130mg/m² iv dag 1, Bevacizumab 7,5mg/kg iv dag 1 en Capecitabine per os 2 dd 1000mg/m² dag 1-14 in een 3-wekelijkse cyclus. Het doel van deze behandeling is verbetering van kwaliteit van leven en levensverlenging. Na 3 kuren zal een respons evaluatie middels CT plaatsvinden, na 6 kuren zal de Oxaliplatin gestaakt worden en Bevacizumab en Capecitabine gecontinueerd worden tot aan progressie of onacceptabele toxiciteit. Wij bespraken de meest voorkomende bijwerkingen zoals vermoeidheid, misselijkheid, braken, diarree, polyneuropathie, hand/voet syndroom, hypertensie en

beenmergsuppressie. Tevens bespraken wij de mogelijkheid van best supportive care waarin wordt afgezien van een behandeling met op tumor gerichte systeemtherapie. Patiënt is gemotiveerd voor behandeling met systeemtherapie en zal hier op korte termijn mee starten. De huisarts zal zorgen voor ondersteuning in de thuissituatie. (...)"

- 4.2. Verzoeker heeft op 29 maart 2016 bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"Er is vanaf 15/3 - 24/3/2016 nachtzorg verleend. Dit ten gevolg[e] van gebruik Temazepam. [Verzoeker] was verward, depressief, ziek. De bijwerkingen waren verschrikkelijk. Ging weglopen zonder schoen[en], jas, etc. etc. Meneer heeft Temazepam nodig ivm pijn, geen slapen, functioneren. Tevens na chemotherapie is meneer (...) fysiek zwak, evenwicht[s]stoornissen, slechte conditie, slecht eten/drinken. (...) Medicatie kan meneer 's nachts zelf niet innemen. (...) 3 x dgs insuline prikken 09 uur - 12.30 en 21.30 uur. (...) Wassen en aankleden, ADL-zorg. 15/3-24/3 nachtzorg verleend 8 uur (23-7) (...)"*. De indicierend wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor Verpleging van 26,45 uren per week, en voor Persoonlijke Verzorging van 42 uren per week.
- 4.3. Verzoeker heeft voorafgaand aan de aanvraag voor het PGB vv telefonisch informatie gevraagd bij de afdeling PGB vv van de ziektekostenverzekeraar. De medewerker deelde hem mede dat een indicatiestelling moest plaatsvinden door een wijkverpleegkundige. Verzoeker heeft hiervoor het Zorgbureau Together benaderd, die de indicatiestelling heeft verzorgd. De medewerker van de ziektekostenverzekeraar had niet toegelicht dat de zorg moest worden ingekocht bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie. Overigens is verzoeker van mening dat dit vereiste veel weg heeft van een stelsel van leenheren, waarbij het belang van de verzekerde ondergeschikt wordt gemaakt aan de doelstellingen en regels van het stelsel. In het kader van zijn privacy heeft verzoeker bewust niet ervoor gekozen de zorg te betrekken bij een gecontracteerde thuiszorgorganisatie.
- 4.4. Verzoeker heeft voorafgaand aan de aanvraag een verklaring gevraagd aan de behandelend oncoloog omtrent de aard en ernst van de bij hem vastgestelde kanker. De afdeling PGB vv heeft in het verlengde hiervan niet verzocht om aanvullende informatie. Pas veel later werd om deze informatie gevraagd, en bij die gelegenheid werd verzoeker niet medegedeeld welke aanvullende informatie gewenst was. Verzoeker is bekend met twee hoofdvormen van kanker, waarbij hij ook te maken heeft met uitzaaiingen. Deze situatie is ernstig en heeft zijn gezondheid sterk aangetast. Verzoeker was als gevolg van de ziekte heel erg afgevallen, was na enkele meters lopen uitgeput, en kon slechts enkele minuten op zijn benen staan. Zijn kinderen hebben hem de benodigde zorg verleend, samen met een medewerker van Together. Deze zorg bestond uit een aantal noodzakelijke handelingen. Zijn kinderen droegen zorg voor het inkopen van eten en het bereiden hiervan.
- 4.5. Volgens de ziektekostenverzekeraar is geen sprake van zorg die slecht is in te plannen. Verzoeker is het ermee eens dat de zorg die hij afneemt planbaar is, maar de ziektekostenverzekeraar heeft niet toegelicht welke zorg dan niet in te plannen zou zijn. Met betrekking tot de hulp bij het baden en opfrissen heeft de ziektekostenverzekeraar geoordeeld dat dit gaat om een simpele dagelijkse handeling. Bij een ernstig zieke kankerpatiënt is het onderliggende doel hiervan echter de hygiëne ter voorkoming van erger. Ten aanzien van het toedienen van insuline en het uitzetten en innemen van medicatie, geldt dat de medewerkers van de ziektekostenverzekeraar onvoldoende kennis lijken te hebben om hierover een gedegen beslissing te kunnen nemen. Verzoeker heeft uit overwegingen van privacy gekozen voor een kleine zorgaanbieder. Vijf aldaar werkzame vaste krachten hebben hem tot op heden naar volle tevredenheid verzorgd.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij moeite heeft met de passage in het advies van het Zorginstituut waarin staat dat hij "mogelijk" prostaatkanker heeft. Dit is niet juist, want hij heeft prostaatkanker en daarnaast een andere vorm van kanker. Het gaat om vier kernpunten. Het eerste is dat de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut zijn voorbijgegaan aan de belangrijkste vraag, namelijk of verzoeker destijds in staat was bepaalde



dingen te doen. Zijn gewicht was afgenomen van 90 naar 70 kg. Er is niet gekeken naar hoe hij er voor stond. Zijn kinderen konden hem 's avonds na zessen voorzien van mantelzorg. Voor het overige was hij, volgens de huisarts, aangewezen op thuiszorg. Het tweede punt is dat de ziektekostenverzekeraar stelt dat de ziekte niet goed is in te plannen. De vraag is dan welke vormen van zorg hieraan wel voldoen. Het derde punt is dat verzoeker om redenen van privacy geen gebruik wil maken van zorg in natura. Medewerkers van een instelling spreken volgens hem in het café over hun cliënten. Om die reden heeft hij gekozen voor een kleine organisatie.



Omdat de ziektekostenverzekeraar geen PGB vv wilde toekennen, heeft hij de overeenkomst met de zorgaanbieder moeten opzeggen. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat de privacy geen relatie heeft met de ziekte. Verzoeker weet echter dat sociale hulpbronnen en vangnetten van groot belang zijn voor kankerpatiënten. Een Engels onderzoeksbureau heeft vorig jaar een publicatie uitgebracht over de barrières die deze patiënten ondervinden. Het vierde punt is dat de ziektekostenverzekeraar alleen heeft gesteld dat de indicatie diende te worden gesteld door een wijkverpleegkundige niveau 5. Over andere criteria is nooit gesproken.



4.7. Verzoeker 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 voor toekenning van een PGB vv indien de verzekerde:
- vaak (meer dan drie maal per week) zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of meerdere locaties;



- zorg nodig heeft die vooraf slecht is in te plannen, omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;



- zorg nodig heeft die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;



- een noodzaak bestaat voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.



5.2. Bij verzoeker is geen sprake van zorg die slecht is in te plannen. De benodigde zorg bestaat uit algemene dagelijkse levensverrichtingen, zoals wassen, aankleden, het toedienen van insuline en het aanreiken van medicatie. Tevens betreft het geen zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep. Tot slot is geen medisch inhoudelijke verklaring overgelegd waaruit blijkt dat verzoeker is aangewezen op een vaste zorgverlener. Dat verzoeker een vaste zorgverlener wenst, mede uit het oogpunt van privacy, is weliswaar begrijpelijk, maar dit vormt geen medische doch een sociale indicatie.



5.3. Verzoeker heeft zorg afgenomen bij een zorgaanbieder waarmee de ziektekostenverzekeraar geen contract heeft gesloten. Om voor vergoeding van de nota's in aanmerking te komen, moeten deze voldoen aan een aantal voorwaarden. De nota's die verzoeker heeft overgelegd, voldoen niet aan de voorwaarden, omdat deze onvoldoende zijn gespecificeerd om het recht op vergoeding te kunnen vaststellen. De zorgaanbieder blijkt voorts geen AGB-code te hebben. Zonder vermelding van deze code kunnen de nota's niet in behandeling worden genomen.



5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de indicatie wordt gevraagd vanwege het medisch inhoudelijke aspect. Daarnaast wordt getoetst aan artikel 3 van het reglement, waarin is bepaald dat de zorg niet planbaar moet zijn. De onderhavige zorg is naar zijn aard planbaar. De privacyoverweging van verzoeker levert geen indicatie op voor een PGB vv. Een en ander wordt onderschreven door het Zorginstituut. Er is gekeken of de geleverde zorg mogelijk op restitutiebasis kan worden vergoed. De betreffende nota's waren hiervoor echter te onduidelijk. De ziektekostenverzekeraar tekent nog aan dat met ingang van 2017 een nieuw reglement van toepassing is.



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 A17 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 voorwaarden van de zorgverzekering.
- 8.3. De voorwaarden van de zorgverzekering bepalen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"Welke zorg

U heeft recht op verpleging en verzorging. Onder verpleging en verzorging wordt verstaan: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die

- a. verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop,*
- b. niet gepaard gaat met verblijf, en*
- c. geen kraamzorg betreft. (...)*

Persoonsgebonden budget

Een Persoonsgebonden budget (Pgb) is een geldbedrag waarmee u zelf verpleging en verzorging kunt inkopen. Als u recht heeft op verpleging en verzorging kunt u bij Menzis mogelijk ook vergoeding van die zorg vragen in de vorm van een Persoonsgebonden budget. In het Verzekeringsreglement kunt u lezen wanneer u hiervoor in aanmerking kunt komen, wat uw verantwoordelijkheden daarbij zijn en hoe het Pgb wordt betaald. U kunt het Verzekeringsreglement op onze website vinden. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een verpleegkundige of een verzorgende met minimaal opleidingsniveau 3 in dienst van een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging en verzorging (thuiszorginstelling) of die is toegelaten voor verblijf, verpleeg- of verzorgingshuis of een instelling voor gehandicaptenzorg, die extramurale zorg levert.

Medisch specialistische verpleging thuis.

Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, kunt u naar een verpleegkundige in dienst van een Instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of ZBC), revalidatie-instelling of een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging (thuiszorgorganisatie).

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.menzis.nl/zorgvindervindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Indicatie en zorgplan

U heeft alleen recht op verpleging en verzorging als u een indicatie daarvoor heeft. Deze indicatie moet voldoen aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, zoals vastgesteld door de beroepsvereniging van wijkverpleegkundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u een verpleegkundige indicatie inclusief een zorgplan hebben waarin de zorg die u nodig heeft beschreven staat in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. De indicatie en het zorgplan moeten opgesteld zijn door een HBO wijkverpleegkundige (opleidingsniveau 5) en ondertekend door u en de zorgaanbieder. (...)"

- 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 [u] onder één of meerdere van de hieronder beschreven doelgroepen valt: (...)

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 vv horen, uit te voeren. Een wettelijk vertegenwoordiger is een ouder (voor kinderen tot 18 jaar), curator, bewindvoerder of mentor. De verantwoordelijkheden en verplichtingen die u moet kunnen uitvoeren zijn bijvoorbeeld: contracten afsluiten met een zorgaanbieder, controleren van zorgaanbieders, taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters en 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' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Om voor een pgb vv in aanmerking te komen moet u voldoen aan de navolgende voorwaarden:

1. U bent in het bezit van een door een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot een van de doelgroepen zoals beschreven in artikel 2. Voor IKZ moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.

2. U bent in het bezit van een indicatie van de medisch specialist, als u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op medisch specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT).

3. U moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgaanbieder(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 één zorgaanbieder 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 hebt op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- u zorg nodig hebt 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 zorg nodig hebt die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- er een noodzaak is voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

- 8.6. De zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens de voorwaarden 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. Tussen partijen is niet in geschil 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. Rest de vraag of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoeker ontvangt bestaat uit hulp bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen, waaronder het wassen en baden, het aankleden, het toedienen van insuline en het aanreiken van medicatie. 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. De zorg die verzoeker noemt met betrekking tot het inkopen van voedsel en het bereiden van maaltijden, valt niet onder Persoonlijke Verzorging dan wel Verpleging die vanuit het PGB vv kan worden vergoed.
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 vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker de voorkeur geeft aan zorg die wordt verleend door de vijf vaste zorgverleners van Together en zijn kinderen, mede in verband met zijn privacy, betekent dit niet dat medewerkers van een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie hem de noodzakelijke zorg niet kunnen verlenen. Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

- 9.4. Door de ziektekostenverzekeraar is, naar aanleiding van een vraag hiernaar door de Ombudsman Zorgverzekeringen, aangevoerd dat de nota's die door verzoeker zijn ingediend, niet voldoen aan de hieraan gestelde voorwaarden. In het bijzonder zijn de nota's onvoldoende gespecificeerd en is hierop geen AGB-code van de zorgaanbieder vermeld. Ook om die reden komen de nota's volgens de ziektekostenverzekeraar niet voor vergoeding in aanmerking, ten laste van de zorgverzekering. Gelet op het vorenoverwogene neemt de commissie deze mededeling voor kennisgeving aan.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 februari 2017,

P.J.J. Vonk