



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Verpleging en verzorging, PGB, indicatie
Zaaknummer : 201600511
Zittingsdatum : 2 november 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(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 D,
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 Ruime Keuze verzekering (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 GemeentePakket Compleet 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).

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) met ingang van 1 januari 2016 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 27 november 2015 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 9 februari 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 9 juni 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 (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 11 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 augustus 2016 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 22 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 17 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 9 september 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016106094) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat is aangetoond noch aannemelijk gemaakt dat de aangevraagde zorg niet planbaar is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 11 oktober 2016 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 november 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 3 november 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 11 november 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 verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende vermeld:
“Vanaf 2009 krijg ik pgb. Hiermee kan ik zelf bepalen wie er voor mij zorgt. Mijn dochter en mijn kleindochter zorgen voor mij. Ik versta de Nederlandse taal niet goed. Spreken gaat ook moeizaam. In het verleden is de thuiszorg ingeschakeld omdat mijn dochter het even niet aankon. Ik heb hun hulp gew[eij]gerd. Mijn dochter en sinds kort mijn kleindochter helpen mij graag. Zelf ben ik ook tevreden en blij met hun hulp. Het is vertrouwd en geeft mij een veilig gevoel. 's Avonds en 's nachts verblijf ik bij mijn dochter. Zij staat dag en nacht voor mij klaar. Met een pgb kan ik haar betalen voor haar goede zorg.”.
- 4.2. Verzoekster is bekend met diabetes, epilepsie en een hernia. Zij heeft meer dan driemaal per week zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen. Ook heeft verzoekster zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. De zorg is immers nodig op telkens verschillende tijdstippen en/of op korte momenten van de dag en/of op afroep. Daarnaast heeft verzoekster zorg nodig die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep.
Uit onderzoek van de thuiszorgorganisatie blijkt dat verzoekster zeker veertien zorgmomenten per week nodig heeft, welke zorgmomenten niet op vaste tijdstippen plaatsvinden.
Verzoekster heeft regelmatig allergische reacties (vooral jeuk) op de medicijnen die zij gebruikt. Deze allergische reacties komen spontaan op en de dochter van verzoekster zorgt er dan voor dat zij snel wordt onderzocht door de huisarts. Tevens helpt haar dochter haar met de verzorging van deze allergische reacties.
Bij verzoekster is sprake van incontinentie. De gevolgen hiervan worden (uiteraard) niet op vaste tijdstippen ondervonden. Regelmatig spelen de gevolgen van de incontinentie midden in de nacht op. De dochter van verzoekster helpt dan direct met het verschonen van het bed en met douchen. Daarnaast helpt de dochter van verzoekster haar bij ieder toiletbezoek wanneer verzoekster zich niet lekker voelt, hetgeen regelmatig voorkomt.



Voorts is verzoekster geregeld benauwd. Het verplaatsen binnen de woning valt haar op die momenten erg zwaar. Familieleden helpen verzoekster dan met de verplaatsing binnen de woning. Deze 'verplaatsingen' zijn niet van tevoren te plannen. Meer in het algemeen geldt dat verzoekster zich moeilijk verplaatst. Buitenshuis heeft zij regelmatig ondersteuning nodig van familieleden. In verband met een hernia dient verzoekster geregeld lichamelijke oefeningen te doen. Bij het uitvoeren hiervan wordt zij eveneens ondersteund door familieleden. Deze oefeningen worden niet op vaste tijdstippen uitgevoerd, aangezien dit afhankelijk is van de gemoedstoestand van verzoekster. Ook deze zorg is dus niet planbaar.



Naast de toediening van insuline op min of meer vaste tijdstippen, prikt verzoekster bloed op wisselende tijdstippen om haar suikerspiegel in de gaten te houden. Hierbij wordt zij bijgestaan door familieleden.



Omdat verzoekster een erg droge huid heeft, worden haar voeten elke avond voordat zij gaat slapen ingesmeerd door een familielid. Ook reinigt de dochter van verzoekster elke avond het gebit van verzoekster nadat zij naar bed is gegaan. Verzoekster heeft geen vaste tijden waarop zij gaat slapen, dus ook dit deel van de verzorging is niet planbaar.



Verzoekster heeft verder last van droge ogen. Hiervoor gebruikt zij dagelijks, meerdere malen per dag, op wisselende tijden een zalf die door een familielid wordt aangebracht.



De familieleden van verzoekster helpen haar ook bij het verwisselen van de batterijen van het gehoorapparaat. Door de trillende handen van verzoekster is het voor haar niet mogelijk dit zelf te doen. Het vervangen van de batterijen gebeurt vanzelfsprekend niet op vaste tijdstippen.



Voorts heeft verzoekster weinig eetlust. Familieleden moeten haar vaak dwingen om iets te eten. Ook dit vindt plaats op wisselende tijdstippen.



In verband met haar geloof dient verzoekster vijf maal per dag te bidden. De tijden waarop gebeden moet worden verschillen dagelijks enkele minuten. Voor het bidden moeten bepaalde lichaamsdelen ritueel gewassen worden. De familieleden van verzoekster helpen haar hierbij.



Tot slot gaat de dochter van verzoekster altijd mee naar de huisarts, het ziekenhuis, de opticien, fysiotherapeut, de gehoorwinkel en de supermarkt. Deze bezoeken zijn niet altijd planbaar. De medische 'claims' worden bevestigd in het medisch dossier van de huisarts.

Uit het voorgaande blijkt duidelijk dat verzoekster voldoet aan de voorwaarden voor een PGB vv.

- 
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster benadrukt dat haar dochter al jaren voor haar zorgt. Het was prettig dat hiervoor een bijdrage werd gegeven in de vorm van een PGB. Dat dit is gestopt, verandert niets aan de zorgverlening door de dochter van verzoekster. Het is duidelijk dat regels gelden. Voorts heeft verzoekster nog de vraag opgeworpen of aanspraak bestaat op zorg in natura indien haar dochter niet meer in staat is de zorg te leveren.

- 
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 
- 5.1. Om aanspraak te kunnen maken op een PGB vv, waarmee een verzekerde zelf zorg in kan kopen, moet worden voldaan aan de voorwaarden uit het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging.

Het moet gaan om de volgende zorg:

- 
- 
- 
- 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 omdat deze 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 zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

5.2. Op 29 januari 2016 heeft een Bewust Keuze Gesprek (hierna: BKG) plaatsgevonden. In het verslag van het BKG wordt een duidelijk en zorgvuldig beeld gegeven van de situatie van verzoekster. In de situatie van verzoekster wordt niet voldaan aan de criteria zoals omschreven in artikel 3 van het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016. Verzoekster heeft geen zorg nodig waarbij iemand 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep. Ook is niet vastgesteld dat er een noodzaak is voor vaste zorgaanbieders voor de specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke hulpmiddelen. Verder is niet voldoende onderbouwd waarom de zorg niet vooraf planbaar is. De ziektekostenverzekeraar begrijpt de voorkeur van verzoekster, maar er is niet aangetoond dat een medische noodzaak bestaat die niet kan worden opgevangen door de thuiszorg. De zorg in verband met incontinentie is planbaar, omdat verzoekster 's nachts incontinentiemateriaal kan gebruiken. Het verschonen kan op vaste tijdstippen plaatsvinden, bijvoorbeeld in de ochtend. In het verslag van het BKG is te lezen dat verzoekster bewust geen incontinentiemateriaal gebruikt. Het niet willen gebruiken van incontinentiemateriaal is geen reden om een PGB vv toe te kennen. Voorts blijkt uit het verslag van het BKG dat verzoekster de zorg van een thuiszorgorganisatie weigert. Dit is eveneens geen reden om een PGB vv toe te kennen. Aangezien niet is voldaan aan de voorwaarden komt verzoekster niet in aanmerking voor een PGB vv.

5.3. Verzoekster heeft een indicatie voor persoonlijke verzorging en verpleging. Zij kan deze zorg in natura krijgen, en kan hiervoor contact opnemen met een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie. De ziektekostenverzekeraar verwijst verzoekster en haar dochter naar een Turkse thuiszorgorganisatie die de noodzakelijke zorg kan bieden. Dit zou een oplossing zijn voor de taalbarrière en de culturele verschillen.

5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat waardering bestaat voor de zorgverlening door de dochter van verzoekster. Echter, er moet worden getoetst aan het reglement, en er is niet voldaan aan artikel 3. De zorg is planbaar en er is geen medische noodzaak voor 24-uurs zorg in de nabijheid of op afroep. Dit wordt ook bevestigd door het Zorginstituut. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat verzoekster aanspraak heeft op zorg in natura, voor zover de regelgeving niet verandert en er een indicatie 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 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 aan verzoekster 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 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:

“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 cliëntsysteem 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.

Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben alleen recht op verzorging als er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:

- sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of;*
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.*

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.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Zorgartikelen

Verwijsbrief nodig van

- 1. huisarts of medisch specialist: voor palliatief terminale zorg;*
- 2. kinderarts: voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar (intensieve kindzorg);*
- 3. medisch specialist: voor medische specialistische verpleging thuis. De zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist.*

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.*
- 2. De indicatiestelling voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap (intensieve kindzorg) vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de kinderarts in het ziekenhuis. De kinderverpleegkundige, niveau 5 stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.”*

- 8.4. Artikel 2 van het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016 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 luidt:

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

1. U bent 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 u tot een van de doelgroepen zoals beschreven in artikel 2. Voor Intensieve Kindzorg moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.

(...)

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 verpleging en verzorging, 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 (in het geval van Intensieve Kindzorg of PTZ);*
- 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 artikelen 13 van de zorgverzekering en 2 en 3 van het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016 zijn volgens artikel 2 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 is 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 onderhavige 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 nog niet in werking was getreden. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 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 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 verzoekster ontvangt bestaat uit hulp bij het wassen, het aan- en uitkleden, het aanbrengen en toedienen van medicatie, ondersteuning bij verplaatsingen binnenshuis, het verschonen van het bed, hulp en ondersteuning bij oefeningen, gebitsreiniging, het vervangen van de batterijen van haar gehoorapparaat, het aanreiken van eten, hulp bij ritueel wassen en begeleiding en ondersteuning bij artsenbezoek en andere activiteiten buitenshuis. Dit betreft deels zorg die niet is verzekerd onder de zorgverzekering, zoals het aanreiken van eten, de rituele wassingen en begeleiding. Voor het overige betreft het 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 naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn.

 Voor zover het hulp bij tussentijdse calamiteiten betreft, zoals bij incontinentieproblemen, is het gebruik van incontinentiemateriaal aangewezen, met name voor de nacht. Het verschonen kan op een vast tijdstip. Indien verzoekster weigert incontinentiemateriaal te gebruiken - zoals door de ziektekostenverzekeraar is gesteld en door haar niet is bestreden - vormt dit geen reden tot toekenning van een PGB vv.

 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 die kan inspelen op haar specifieke wensen, betekent dit niet dat een thuiszorgorganisatie de noodzakelijke zorg niet aan verzoekster kan verlenen.

 Dat verzoekster zich niet prettig voelt bij andere, vreemde mensen maakt dit niet anders. Dit laatste geldt evenzeer voor het feit dat verzoekster de Nederlandse taal onvoldoende beheerst. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster (en haar dochter) in dit kader overigens verwezen naar een Turkse thuiszorgorganisatie, aangezien dit een oplossing zou kunnen zijn voor de taalbarrière en de geconstateerde culturele verschillen.

- 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 wc-bezoek 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. Gelet op het voorgaande heeft verzoekster 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 toekenning van 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, 23 november 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester