



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, in deze
vertegenwoordigd door Turien en Co Assuradeuren te Alkmaar
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201700054
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: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen



VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door Turien en Co Assuradeuren te Alkmaar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering Natura (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 IZA Cura Aanvullend Rotterdampakket 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 verzekering Eigen Risico 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 (hierna: PGB vv). Bij brief van 23 augustus 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 brief van 14 november 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 30 maart 2017 heeft verzoeker 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 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 3 mei 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 mei 2017 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 mei 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 mei 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch 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 8 mei 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 19 mei 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017020980) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. Op basis van de medische informatie die in het dossier aanwezig is, kan de medisch adviseur niet vaststellen dat verzoeker de ziekte van Parkinson heeft. *"Daarnaast blijkt uit de aanwezige informatie geen medische noodzaak voor het leveren van zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en is de zorg niet dusdanig specifiek dat deze slechts door een vaste hulpverlener dient te worden geleverd. Naar het oordeel van de medisch adviseur heeft de zorgvraag enkel betrekking op planbare zorg."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 22 mei 2017 aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 juni 2017 gehoord. Partijen zijn 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 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 14 juni 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 psychiatrisch verpleegkundige heeft op 31 mei 2016 ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: *"Het afgelopen jaar is stabiel verlopen. Wij zien dhr iedere drie maanden samen met zijn zoon. Controle van lithiumspiegels is goed. Wel heeft dhr last van een intentie tremor passend bij lithium gebruik. Zoon is wettelijk vertegenwoordiger geworden omdat dhr naast taalbarrière ook cognitief achteruit gaat en bij alle zaken ondersteuning nodig heeft;(...)"*
-  4.2. De huisarts heeft op 31 januari 2017 ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: *"(...) ad 1/ patiënt is bekend een benigne prostaathypertrofie. Pt. is onder behandeling bij de uroloog en krijgt drietal medicijnen voor de bovenstaande aandoening. Deze hebben helaas geen baat. Pt. is tevens voor bekkenbodetherapie geweest, ook zonder baat. De laatste mogelijkheid is een prostaat operatie, met vele risico's en geen garanties. Dit alles zorgt ervoor dat pt. niet meer naar buiten kan en thuis moet blijven, daar de incontinentie onplanbaar is en pt. beperkt in de sociale omgang. Ad 2/ pt. wordt 5-10 maal per dag omgekleed vanwege de incontinentie, welke niet te stoppen is. Zie ook de aantekeningen van de thuiszorg; (...)"*
-  4.3. Verzoeker stelt vaker dan driemaal per dag zorg nodig te hebben die niet planbaar is. Zo kan hij door zijn zware psychische klachten midden in de nacht in paniek wakker worden. Op dat moment dient iemand direct opgeroepen te kunnen worden die hem kan kalmeren en zijn tabletten kan geven. Voor zijn depressieve klachten heeft verzoeker derhalve hulp nodig op onvoorzienbare momenten en op afroep. Zijn echtgenote kan dit niet steeds op zich nemen, aangezien zij zelf

met ernstige lichamelijke klachten kampt. Hierdoor kan zij niet als de mantelzorger van verzoeker fungeren.

Daarnaast is verzoeker mobiel beperkt, is sprake van valgevaar en heeft hij last van urine incontinentie waardoor op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen zorg nodig is. Wat betreft het valgevaar stelt de ziektekostenverzekeraar het gebruik van personenalarmering voor. Verzoeker vindt het opmerkelijk dat hij eerst moet vallen om hulp te kunnen verkrijgen via een alarmknop. Zijn zorgverlener werkt namelijk op oproep zodat hij deze preventief kan inschakelen, derhalve voordat verzoeker activiteiten gaat ondernemen waarbij een verhoogd risico is op vallen.

Door de taalbarrière is verzoeker afhankelijk van iemand die dezelfde taal spreekt. Daarnaast wenst verzoeker een vaste zorgverlener aangezien dit bijdraagt aan een stabielere gemoedstoestand.

4.4. Voorts stelt verzoeker dat het toiletbezoek een onderdeel vormt van de indicatiestelling. Verzoeker slijkt zware medicijnen waar hij suf van wordt en waardoor sprake is van valgevaar. Indien verzoeker naar het toilet moet, zal hij om deze reden hierin moeten worden begeleid. De zorgaanbieder, Thuiszorg BV, waar verzoeker momenteel zorg van krijgt, is bereid op afroep en 's nachts zorg te verlenen. Hij heeft namelijk geen mantelzorger die hem hierin kan ondersteunen. Verzoeker heeft in het verleden gebruik gemaakt van incontinentiemateriaal, echter vanwege huidirritatie en gevoeligheid heeft hij besloten hiermee te stoppen. De kosten van het incontinentiemateriaal heeft hij voor zijn rekening genomen. Voor zijn prostaatklachten en het urineverlies loopt verzoeker nog steeds bij diverse medisch specialisten. Verzoeker vindt dat de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van eventuele mantelzorg bij de toiletgang en het niet gebruiken van incontinentiemateriaal voorbarige conclusies trekt vanwege het ontbreken van declaraties.

4.5. Verzoeker is genooddaakt zijn zorg te regelen via Thuiszorg BV aangezien zijn zoon hem niet altijd kan helpen. Daarnaast is de zoon van verzoeker volledig opgebrand door alle zorg die zijn ouders nodig hebben en door de stress die de afwijzingen met zich brengen. Verzoeker heeft voorts zelf contact opgenomen met de gecontracteerde zorginstellingen van de ziektekostenverzekeraar teneinde na te gaan of het mogelijk was hem van passende zorg te voorzien. Verzoeker werd door hen echter doorverwezen naar een PGB vv, aangezien zij hem de gevraagde zorg niet in natura kunnen aanbieden.

4.6. Volgens verzoeker kan het niet zo zijn dat hij tot en met 2014 zonder problemen een PGB kon ontvangen, dat dit in 2015 en 2016 niet mogelijk was, en dat hij in 2017 wel weer recht heeft op een PGB vv, omdat de toegangscriteria zijn aangepast. De noodzaak voor goede, passende zorg was in het verleden aanwezig en dit zal in de toekomst nog steeds het geval zijn. Bovenstaande leidt ertoe dat verzoeker aanspraak heeft op een PGB vv. Alsmede op vergoeding van de gemaakte proceskosten.

4.7. Ter zitting is door verzoeker het volgende aangevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aanvraag is binnen gekomen op 22 augustus 2016. De afwijzing van de aanvraag is verstuurd op 23 augustus 2016. Verzoeker vindt het opmerkelijk dat een zorgvuldige beoordeling binnen één dag kan plaatsvinden. Voorts heeft de huisarts verklaard dat verzoeker incontinentieproblemen heeft en dat de zorg daardoor niet planbaar is. In de situatie van verzoeker speelt tevens de bijzondere omstandigheid dat een mantelzorger ontbreekt, aangezien de echtgenote van verzoeker zelf met lichamelijke klachten kampt.

4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Aanspraak op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering bestaat indien wordt voldaan aan de voorwaarden van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Deze voorwaarden luiden:
- verzekerde heeft vaak zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties.

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

- verzekerde heeft zorg nodig die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep (in het geval van Intensieve Kindzorg of PTZ).

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

Uit het zorgplan blijkt dat de zorg aan verzoeker bestaat uit het aanreiken van medicatie, het wassen en douchen, het insmeren van het lichaam met zalf, hulp bij het toiletbezoek, hulp bij het in en uit bed komen, hulp bij het eten en geestelijke zorg. De geestelijke zorg en de ondersteuning bij het eten mogen niet ten laste van een PGB vv worden gebracht.

Wat betreft de hulp die verzoeker nodig heeft bij de toiletgang, verwijst de ziektekostenverzekeraar naar eerdere bindende adviezen hierover van de commissie.

5.2. Op 24 oktober 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact opgenomen met de zoon van verzoeker. Laatstgenoemde heeft tijdens dit gesprek medegedeeld dat verzoeker zorg krijgt van een vaste zorgverlener van Thuiszorg BV. Met deze zorgverlener kan verzoeker communiceren in zijn eigen taal en is een vertrouwensband ontstaan. Verzoeker zou graag willen dat deze zorg wordt voortgezet, omdat hij in het verleden slechte ervaringen heeft gehad met gecontracteerde zorg. Voorts heeft de zoon van verzoeker de zorgvraag omschreven, verklaard dat de zorgverlener doorgaans drie keer per dag op afgesproken tijdstippen bij verzoeker langskomt, en dat verzoeker tevreden is met de zorgverlener die hij op dit moment heeft. Verzoeker zou geen zin hebben weer te moeten veranderen van zorgverlener, dit vanwege de taalbarrière en omdat hij het opgebouwde vertrouwen belangrijk vindt.

5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft weliswaar begrip voor de bestaande persoonlijke voorkeur voor een zorgverlener, maar dit is geen reden om onder de van toepassing zijnde regelgeving een PGB vv toe te kennen. Bij de beoordeling dient de ziektekostenverzekeraar namelijk uit te gaan van de medische noodzaak, waarbij door hem geen rekening wordt gehouden met persoonlijke voorkeuren in verband met onder andere geloofsovertuiging, taal en/of cultuur.

5.4. Verzoeker stelt dat de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorginstellingen hem de gevraagde zorg niet kunnen bieden. De ziektekostenverzekeraar voert in reactie hierop aan dat, voor zover hij een terugkoppeling heeft ontvangen, bij de gecontracteerde zorginstellingen voldoende mogelijkheden aanwezig zijn om de geïndiceerde zorg te kunnen aanbieden.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar het volgende aangevoerd. Het is wel mogelijk om binnen één dag tot een zorgvuldige beoordeling van de aanvraag te komen aangezien de ziektekostenverzekeraar deskundige personen in dienst heeft. Voorts wordt de incontinentie door de verklaring van de huisarts onderschreven, echter dit betekent niet dat de zorg niet planbaar is.

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 10 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, en de door verzoeker gemaakte proceskosten te vergoeden.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het 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. (...)

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. (...)

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' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb verpleging en verzorging. U komt in aanmerking voor het pgb verpleging en verzorging als: (...)

3. U langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen.

4. U op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

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' van de ziektekostenverzekeraar 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-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 Intensieve Kindzorg 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 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. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' zijn volgens artikel 2.9 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 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. De vraag is of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoeker ontvangt bestaat uit ondersteuning bij ADL, waaronder het douchen, het aan- en uitkleden, de toiletgang, het insmeren van het lichaam met zalf, het in en uit bed helpen en hem in een comfortabele houding in bed leggen, en het aanreiken van en de controle op inname van medicatie. Verder heeft verzoeker hulp nodig bij het eten en krijgt hij geestelijke zorg. Met betrekking tot de hulp bij het eten en de geestelijke zorg geldt dat deze activiteiten niet als Persoonlijke Verzorging ten laste van de zorgverzekering kunnen worden gebracht. Voor het overige betreft het naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn, mede gezien de gestelde indicatie van 14 uren en 20 minuten Verpleging en Persoonlijke Verzorging per week. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft, dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van een vaste zorgverlener, te weten een zorgverlener van Thuiszorg BV die vertrouwd is en zijn taal spreekt, betekent dit niet dat een (gecontracteerde) thuiszorginstelling de zorg niet aan verzoeker kan verlenen en hierbij rekening kan houden met zijn problematiek en de gevolgen hiervan. Het bestaan van een taalbarrière en de behoefte van verzoeker een vertrouwensband te hebben met de zorgverlener vormen geen reden voor toekenning van een PGB vv.
- 9.4. Met betrekking tot het door verzoeker gestelde aangaande het toiletbezoek merkt de commissie het volgende op. Het enkele feit dat al dan niet regelmatig het toilet moet worden bezocht is inherent aan de menselijke natuur en in die zin niet onderscheidend als het gaat om de vraag of dit onderdeel van de zorg al dan niet planbaar is. Indien geen indicatie is gesteld voor 24-uurs zorg, is daartoe in de eerste plaats vereist dat het toiletbezoek deel uitmaakt van de indicatiestelling door de verpleegkundige. Voor zover aan deze eis is voldaan, heeft verder te gelden dat sprake moet zijn van bijzondere omstandigheden die gelegen zijn in de persoon zelf – waarbij met name kan worden gedacht aan problemen met de urinelozing of de ontlasting – dan wel de sociale context van betrokkene, zoals bijvoorbeeld het ontbreken van ondersteuning door mantelzorg. In het onderhavige geval is geen indicatie gesteld voor 24-uurs zorg. Het toiletbezoek vormt weliswaar onderdeel van de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige, maar niet is gebleken van voornoemde bijzondere omstandigheden zodat niet kan worden gesproken van niet-planbare zorg. Het feit dat de echtgenote van verzoeker geen mantelzorg kan verlenen omdat zij zelf lichamelijke klachten ondervindt, kan niet leiden tot een ander oordeel. Verzoeker kan gebruik maken van incontinentiemateriaal. Dat het eerder door hem gebruikte materiaal huidirritatie tot gevolg had, maakt niet dat zonder meer vast staat dat verzoeker geen incontinentiemateriaal verdraagt en daarom op een PGB vv is aangewezen. Hiernaar zal onderzoek moeten worden gedaan, zodat hij de beschikking krijgt over passend incontinentiemateriaal. Verzoeker heeft derhalve geen aanspraak op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering.

De ziektekostenverzekeraar heeft kenbaar gemaakt dat vanaf september 2016 Thuiszorg B.V. de verleende zorg op basis van gespecificeerde nota's kan declareren. Hiertoe dient verzoeker een afschrift van de zorgovereenkomst, een opgave van wie de geboden zorg heeft geboden, alsmede afschriften van diploma's van de betreffende zorgverlener over te leggen.

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.

Anticiperende werking nieuwe regelgeving

- 9.6. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat de zorginhoudelijke criteria met ingang van 1 januari 2017 zijn vervallen, en dat de commissie hierop in het onderhavige geval dient te anticiperen, wordt het volgende opgemerkt.

De commissie beoordeelt of de aanvraag voor een PGB vv terecht door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen. Hierbij wordt gekeken naar de toepasselijke regelgeving en de hierop gebaseerde voorwaarden van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering ten tijde van de aanvraag. Zoals hiervóór is overwogen, heeft verzoeker op basis hiervan geen aanspraak op een PGB vv.

Dat in de loop van 2016 een convenant is afgesloten, met als gevolg een wijziging van het reglement, waarbij het criterium 'planbare zorg' met ingang van 1 januari 2017 is vervallen, maakt het voorgaande niet anders. De ingangsdatum is bepaald op 1 januari 2017 en het convenant treedt eerst met ingang van deze datum in werking. Gesteld noch gebleken is dat de bij het convenant betrokken partijen hebben beoogd onderdelen hiervan eerder in werking te laten treden, zodat de commissie uitgaat van de ingangsdatum en het beroep op anticiperende werking wordt afgewezen.

Proceskostenvergoeding

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

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 juni 2017,

P.J.J. Vonk