



# ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

Zaaknummer : 201601713

Zittingsdatum : 8 maart 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

---

1. Partijen

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

- 1) Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,  
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 Basispolis Basic (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 Comfortpolis 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 Tand Compleet 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). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 10 mei 2016, 9 juni 2016 en 21 juli 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 5 december 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 23 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 januari 2017 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 2 februari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 februari 2017 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 30 januari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 14 februari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017005075) 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 aangetoond dat verzoekster in aanmerking komt voor het gevraagde PGB vv, omdat sprake is van planbare zorg en er geen medische noodzaak is voor een vaste hulpverlener of voor zorg op wisselende locaties of tijdstippen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 15 februari 2017 aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 maart 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 16 maart 2017 heeft verzoekster een brief van de huisarts van 14 maart 2017 overgelegd. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarbij deze in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
-  3.12. Bij brief van 23 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 29 maart 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de 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. In 2014 heeft verzoekster twee keer een hartinfarct gehad. Vervolgens is zij in 2015 getroffen door een CVA, als gevolg waarvan zij te maken heeft met een woordvindingsstoornis. Zij is vanwege de chronische pijn en het verlies van zelfredzaamheid depressief geworden. Haar karakter is veranderd, waardoor zij angstig en verward is geworden. Een en ander heeft ook gevolgen voor de interactie van verzoekster met derden.  
Naast de aan het CVA gerelateerde klachten lijdt verzoekster aan het syndroom van Sjögren, een reumatische aandoening, waardoor zij haar handen niet goed kan gebruiken. Tot slot is verzoekster bekend met slaapapneu, zodat zij vaak vermoeid is.
-  4.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan van 19 december 2015 ten aanzien van verzoekster verklaard:  
*"(...) Sinds zij getroffen is door CVA vertoont zij verandering in persoonlijkheid. Is vergeetachtig en kampt met woordvindingsstoornis. In communicatie kan zij niet op de juiste woorden komen. Raakt hierdoor boos op zichzelf en accepteert haar beperkingen moeizaam. (...) Is recentelijk gestopt met Nitroglycerine nav [h]eftige hoofdpijn door intolerante generieke stof in dit middel op 3 november 2015. Slikt onder toezicht van hulpverleners en mantelzorgers haar medicaties. [V]ergeet dit in te nemen door CVA. (...) Vergroeiing van de vingers, hierdoor kan zij haar handen niet goed*

gebruiken. Beperkt in het snijden en tillen. Cliënt is bekend met het syndroom van Sjögren]. (...) Is in juli 2015 ontslagen na revalidatie CVA vanuit Leo Polakhuis. (...) [C]liënt kampt met oplopende pijnen over het gehele lichaam, verschillende onderzoeken gehad in [het] OLVG m.b.t. darmen, maag en schouders daarnaast oorspijn. [S]inds [zij is] getroffen door CVA is zij depressief geworden door chronische pijn, verlies van zelfredzaamheid, hierdoor geagiteerd. Verandering in karakter. Tijdens proefverlof thuis werd zij heel angstig en verward. Heftige hoofdpijn, bang weer getroffen te worden door [he]t CVA. Woont alleen. (...) Cliënt geeft aan gekluisterd te zijn binnenshuis. Geen energie om activiteiten op te pakken. Kan zich niet concentreren. Heeft[t] heftige oog en hoofdpijn. [O]ok erg moe. Doet lichte huishoudelijke taken in huis en gaat af en toe wandelen in de omgeving met kinderen. Sinds zij getroffen is door de beroerte is zij niet meer in staat hobby's en activiteiten actief mee te doen. Cliënt krijgt 3 x per week hulp van Thuiszorg SARA. Cliënt is niet tevreden over d[e] kwaliteit van deze hulpverleners. Hulpverleners blijven niet staan in de doucheruimte maar gaan zitten in de huiskamer. Cliënt is bang dat zij haar evenwicht verlies[t] en uitglijdt en ten val komt, daarnaast zijn hulpverleners niet competent genoeg om huid te observeren op smetplekken of andere ongemakken. (...) Cliënt is niet in staat zich zelfstandig te wassen/ douchen. Moeite met aan en uitkleden. Kleindochter komt dagelijks een uur langs om cliënt te ondersteunen met de persoonlijke verzorging. Indien kleindochter niet kan, neemt schoondochter dit over. Thuis[z]org SARA komt 3x per week langs om cliënt in bad te stoppen gedurende 1,5 uur. Mobiliseren gaat moeizaam. Korte afstanden lukt wel echter moet van houding veranderen. Legt een loopafstand af van 10 meter. Trap lopen lukt niet meer zo goed. Wordt hierbij ondersteund door familie. Doet er lang over. Cliënt zegt dat alle activiteiten ADL niet meer gaa[n] zoals zij het wens[t]. Het concentreren lukt ook niet, vaak hoofdpijn. Voor begeleiding buitenshuis heeft cliënt hulp nodig van familie. Cliënt kan niet snijden nav [r]euma in vingers en pijnlijke pols. Kleindochter of schoondochter komen dagelijks langs en bied[en] ondersteuning met koken. Er wordt voor 3 dagen gekookt en het eten wordt in de koelkast bewaard. (...)"

- 4.3. Zoals uit het zorgplan blijkt, heeft het CVA ingrijpende gevolgen gehad voor verzoekster, waardoor een noodzaak bestaat voor vaste zorgverleners vanwege de specifieke zorgverlening die zij nodig heeft. Dit standpunt wordt bevestigd in een door de belangenorganisatie Per Saldo opgestelde notitie over niet-aangeboren hersenletsel. Voor mensen met deze aandoening is een PGB vv noodzakelijk voor een "menswaardig leven". Door de ziektekostenverzekeraar is enkel aangevoerd dat geen noodzaak bestaat voor een vaste zorgverlener, maar deze stelling is door hem niet verder onderbouwd. Het vormt een gegeven dat mensen met niet-aangeboren hersenletsel overprikkeld raken, indien zij steeds door andere mensen worden verzorgd.
- 4.4. Verzoekster betwist nadrukkelijk dat door haar zoon is gezegd dat er verschillende mensen langs kunnen komen voor het verlenen van de zorg. Haar zoon heeft juist toegelicht dat verzoekster niet ermee kan omgaan dat de thuiszorgorganisatie steeds andere medewerkers stuurt. Verzoekster wordt op dit moment uitsluitend verzorgd door haar kleindochter. De schoondochter en de zoon van verzoekster verlenen mantelzorg en springen in op de momenten waarop de kleindochter niet in staat is verzoekster te verzorgen.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij een aantal attaques heeft gehad, waardoor zij enkele weken in het ziekenhuis moest verblijven. Zij is nu weer thuis en is anderhalve maand aan huis gebonden geweest. Mensen met dit probleem hebben een overgevoeligheid voor prikkels, en dit zorgt dat verzoekster ook niet door iedereen kan worden verzorgd. Haar familie moest inspringen om zaken voor haar te regelen, zoals de dagelijkse boodschappen. De naaste familieleden verlenen de zorg. De zorg door de thuiszorg is al lange tijd geleden gestaakt omdat verzoekster niet om kan gaan met wisselende zorgverleners. Zij is daarom aangewezen op een vaste zorgverlener door de specifieke kwalen die zij heeft. Deze stelling is naar aanleiding van het nader commentaar van de ziektekostenverzekeraar en het advies van het Zorginstituut niet gewijzigd. Het gaat niet om een persoonlijke voorkeur, omdat uit de notitie die zij heeft overgelegd ook blijkt dat mensen met deze aandoening maken dat iemand overprikkeld raakt. De vraag of iemand een menswaardig bestaan kan leiden is een andere dan of diens persoonlijke voorkeur uitgaat naar een vaste zorgverlener. Het Zorginstituut gaat hierop in het advies eigenlijk niet in.

- 4.6. De huisarts heeft op 14 maart 2017 ten aanzien van verzoekster verklaard:  
*"(...) [Verzoekster] is extra gevoelig voor wisselingen in de personen die voor haar zorg komen leveren, zij re[a]geert hierop met prikkelbaarheid en angst. In de huisartsenpraktijk hebben wij ook de afspraak dat de zorg voor haar alleen bij hoge uitzondering en bij nood door een andere arts dan mij plaatsvind[t] om dergelijke situaties te voorkomen. Ik kan m[ij] dan ook erg goed het verzoek om een PGB voorstellen teneinde de nodige zorg te laten leveren door een beperkt aantal (liefst [éé]n) verzorgenden, en zo een goede continuïteit van zorg te leveren zonder teveel momenten van angst en prikkelbaarheid. (...)"*
- 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. Met ingang van 1 januari 2015 vallen Persoonlijke Verzorging en Verpleging onder de zorgverzekering. Deze zorg kan worden bekostigd met een PGB vv indien is voldaan aan de criteria die het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar stelt.  
Verzoekster krijgt hulp bij het douchen, het wassen, het aan- en uitkleden en het toedienen van medicatie. Zij ontvangt deze zorg op verschillende momenten. Deze momenten zijn afhankelijk van hoe zij zich voelt, en daarom wil zij deze zelf kunnen inplannen. Echter, niet gebleken is van een medische noodzaak voor het verlenen van de zorg op verschillende momenten. 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 niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn. Verzoekster ontvangt thans al zorg van een thuiszorgorganisatie die door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd.
- 5.2. Met de zoon van verzoekster is een zogenoemd Bewust Keuze Gesprek gevoerd, waarvan de volgende aantekening is gemaakt: *"Gesproken met de zoon van verzekerde. Ze hebben aanvraag voor Sara gedaan maar hij wist niet dat dit aangesloten was. Dit aangegeven. Er is dus ZIN mogelijk. De andere natuurlijke zorgverlener is alleen voor de extra zorg als er ineens iemand moet komen bijv. voor toiletgang. Aangegeven dat dit planbare zorg is. Meneer geeft aan dat er gewoon verschillende mensen kunnen komen maar niet teveel. De medicijnen voor depressie hebben hier niets mee te maken"*.  
Ook uit het Bewust Keuze Gesprek komt naar voren dat de zorg voor verzoekster goed planbaar is, zodat niet is voldaan aan de voorwaarden van artikel 3 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat uit de beschrijving van de zorgvraag blijkt dat het gaat om planbare zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft bij het nader commentaar verwezen naar bindende adviezen van de commissie, waaruit volgt dat zorg als deze op vaste tijdstippen kan worden gegeven. Met betrekking tot de stelling dat Per Saldo heeft gezegd dat voor mensen met NAH een vaste zorgverlener is aangewezen geldt dat dit niet een medische instelling is, zodat de vraag is hoe naar dit standpunt moet worden gekeken. Er wordt wel verwezen naar bronnen, maar de ziektekostenverzekeraar kan niet concluderen dat dit door een medicus is beoordeeld. De noodzaak voor een vaste hulpverlener is met deze aandoening niet bewezen. De ziektekostenverzekeraar trekt niet in twijfel dat het voor mensen met NAH prettig is vaste zorgverleners om zich heen te hebben, maar een medische noodzaak moet worden onderbouwd met medische stukken, en deze missen in het dossier.
- 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 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 39 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.
-  8.3. Artikel 28 van de 'Aanspraken en vergoedingen' 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:

*"In artikel 16, 17 en 29 van de 'Aanspraken en vergoedingen Basis Zeker' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving aanspraak op verpleging en verzorging.*

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

*Bent u jonger dan 18 jaar? Dan heeft u alleen aanspraak als er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:*

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

*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 Achmea Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons aanvragen.*

*De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.*

*Voorwaarde voor aanspraak*

*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.*

Waar u (volgens dit artikel) geen aanspraak op heeft

a. (...)

b. U heeft geen aanspraak op verpleging en verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op verzorging en verpleging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)."

- 8.4. Artikel 2 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' luidt, voor zover hier van belang:

"Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb vv.

U komt in aanmerking voor het pgb vv als:

(...)

2) U langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. Hierbij zijn de functiebeperkingen niet veroorzaakt door normale verouderingsprocessen.

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger (ouder, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in contracten afsluiten met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten;
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw wettelijk vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap;
- dat u in staat bent de zorgverleners die u heeft gecontracteerd op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg."

- 8.5. Artikel 3 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' luidt:

"Om voor een pgb vv in aanmerking te komen:

1) Heeft u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden nodig én

2) Moet u behoren tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én

3) Moet u er bewust voor kiezen om geen gebruik te maken van zorgverleners die door ons zijn gecontracteerd. Met dit pgb vv kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb vv.

Hierbij moet uw zorgvraag aansluiten bij een of meer van de volgende voorwaarden:

- u hebt vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- u hebt zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
- u hebt zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- er is een noodzaak voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

- 8.6. Artikel 28 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' zijn volgens artikel 1.1 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 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 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. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster behoort tot de in artikel 2 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' genoemde doelgroep. Rest de vraag of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoekster ontvangt bestaat, gelet op het zorgplan, uit hulp bij het wassen en douchen, het aan- en uitkleden, ondersteuning bij het koken en het aanreiken van medicatie. Met betrekking tot de ondersteuning bij het koken geldt dat dit geen Persoonlijke Verzorging betreft als bedoeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. Voor het overige betreft het naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan plaatsvinden. 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 gelet op de door de wijkverpleegkundige gestelde indicatie van acht uren en dertig minuten per week.  
Verzoekster heeft zich erop beroepen dat sprake is van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die zij nodig heeft. Zij heeft in dit kader verwezen naar een notitie van Per Saldo met betrekking tot niet-aangeboren hersenletsel. Uit het dossier blijkt dat verzoekster een CVA heeft doorgemaakt, en dat zij hiervan specifieke problemen ondervindt. Hoewel het kan zijn dat sommige mensen met niet-aangeboren hersenletsel zijn aangewezen op een vaste zorgverlener, is niet komen vast te staan dat dit ook in de situatie van verzoekster het geval is. Dat zij overprikkeld raakt door een wisseling van zorgverleners is na de hoorzitting door verzoekster met een verklaring van haar huisarts onderbouwd, maar uit het gegeven dat het Zorginstituut bij brief van 29 maart 2017 heeft verklaard dat de aantekeningen en de nagekomen stukken geen reden vormen tot aanpassing van het voorlopig advies volgt dat de betreffende verklaring niet kan leiden tot een andere uitkomst. Overigens is de commissie ter zitting gebleken dat ook nu al feitelijk sprake is van zorgverlening door verschillende personen.  
Uit het dossier blijkt voorts dat verzoekster niet tevreden is met de zorg die wordt verleend door de thuiszorgorganisatie, maar hierbij gaat het om de kwaliteit van de zorg, zoals het in de huiskamer blijven zitten tijdens het douchen.  
Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van haar familieleden, zodat zij flexibel is in de tijdstippen waarop en de plaatsen waar zij zorg ontvangt, betekent dit niet dat een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener van een thuiszorgorganisatie geen rekening kan houden met haar problematiek en wensen.  
Het voorgaande leidt ertoe dat verzoekster geen aanspraak heeft op het PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

**Conclusie**

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 april 2017,

H.A.J. Kroon