



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A.
beide te Tilburg

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

Zaaknummer : 201601645

Zittingsdatum : 11 januari 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) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
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 basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Gemeente en Gemeente aanvulling afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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). Bij brief van 22 mei 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 13 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
-  3.3. Bij brief van 11 juli 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).
-  3.4. 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.
-  3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 oktober 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 oktober 2016 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 3 november 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 november 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord. Bij e-mailbericht van 4 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld alsnog in persoon te willen worden gehoord.
- 3.7. 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.
- 3.8. Bij brief van 14 oktober 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 14 november 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016125187) 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 gebleken dat niet is voldaan aan de voorwaarden voor een PGB vv. De glucosewaarden zijn over het algemeen stabiel en de zorg ter ondersteuning bij de ADL is planbaar. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 15 november 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 januari 2017 telefonisch respectievelijk in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 13 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 20 januari 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 verzoekster
- 4.1. De dochter van verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop ten aanzien van verzoekster toegelicht: *"Mijn moeder heeft zorg nodig(...). PV en VP. z[ij] heeft hulp nodig(...) bij het aankleden en douche[n], z[ij] heeft suikerziekte type 2, z[ij] heeft geen gevoel in de benen, armen, tenen. Haar zenuw is beschadigd door neuropathie. In [het] verleden heeft mijn moeder veel meegemaakt. Daarom vertrouw[t] z[ij] niemand meer. z[ij] voelt [zich] veilig bij mij. Ik begeleid haar naar ziekenhuizen want door suikerziekte ziet z[ij] haast niet meer. Voor medische behandeling heb ik Back-up verpleegkundige die gediplomeerd is, mijn zus. Af [en] toe komt ze ook langs. (...)"*.
- 4.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan ten aanzien van verzoekster toegelicht: *"Mevrouw ervaart haar gezondheid als niet goed. Mevrouw heeft veel lichamelijke pijnklachten daarbij een geestelijk zwaar verleden gehad. Mevrouw is onder behandeling van verschillende artsen en therapietrouw. Mevrouw weet niet hoe het verder moet met haar gezondheid. Mevrouw ziet het leven soms niet meer zitten. (...) Mevrouw kan goed eten en drinken tot zich nemen. Mevrouw heeft een klikgebit welke goed in de mond zit. Mevrouw moet regelmatig wat extra water drinken door soms wat hoge suikers ervaart dit als lastig omdat mevrouw na drinken van water direct gaat braken. Mevrouw heeft over het algemeen stabiele glucosewaarden. Mevrouw vergeet wel regelmatig de hoeveelheid insuline welke er gespoten dient te worden. Voeding wordt bereid door dochter en is van voldoende vitamines voorzien volgens de schijf van 5. (...) Mevrouw heeft de afgelopen periode doorlopend diarree. Reden hiervan is onbekend, de artsen zijn wel op de hoogte van de doorlopende diarree. Mevrouw voelt wel de aandrang van de ontlasting maar is wegens haar fysieke mobiliteit vaak te laat op het toilet. Mevrouw draagt nu incontinentie broekjes. Urineren gaat goed. (...) Slapen gaat wisselend bij mevrouw. Mevrouw ervaart veel dromen en onrust in de nacht. Mevrouw heeft slaapmedicatie voor de nacht. Daarbij spelen de lichamelijke*

pijnen met regelmaat op waarvoor mevrouw paracetamol gebruikt. Mevrouw is op de dag niet uitgerust. Staan, lopen, zitten alles gaat moeizaam. Mevrouw is doorlopend moe. Mevrouw loopt in huis achter een rollator of met de stok. Voor buitenshuis heeft mevrouw een scootmobiel in haar bezit. (...) De algemene lichamelijk[e] verzorging vind[t] in de badkamer plaats zittend op een stoel. Mevrouw is instaat zelfstandig haar boven lichaam te wassen al is ze wel beperkt in het heffen van de arm boven schouderhoogte, volgens mevrouw leeftijds gerelateerde klachten. Voorover bukken gaat moeizaam. Mevrouw kan verder moeilijk staan en lopen door neuropathie in beide voeten en handen. (...) Mevrouw kan goed horen. Mevr haar gezichtsvermogen is beperkt. Een oog ziet mevr maar voor 20%. (...) mevrouw heeft in het verleden veel meegemaakt tot fysiek geweld aan toe in de gezinsrelatie. Veel zorg voor de kinderen gehad. Echtgenoot was al jong overleden. Mevrouw haalt veel kracht uit haar geloof in het Hindoeïsme. (...) Mevr heeft dagelijks zorg nodig bij de ADL. 7 maal 30 minuten Persoonlijke verzorging en inname van medicatie. Mevr. heeft dagelijks ondersteuning nodig bij het injecteren van de insuline en advies voor het spuiten van de insuline hoeveelheden de rest van de dag. Mevr heeft inspectie nodig van de huid. 7 maal 15 min VP per dag. (...)".

- 4.3. Verzoekster heeft op grond van een indicatiebesluit van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) een PGB vv ontvangen ten laste van - destijds - de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De geïndiceerde uren betroffen drie uren en dertig minuten Persoonlijke Verzorging en twee uren en twintig minuten Verpleging per week. Deze indicatie eindigde op 15 juni 2015, waarna verzoekster de ziektekostenverzekeraar heeft gevraagd om verlenging. De ziektekostenverzekeraar wees de aanvraag echter af.
- 4.4. Verzoekster is een alleenstaande vrouw van 78 jaar met gezondheidsklachten, waaronder diabetes. Hierdoor heeft zij geen gevoel meer in haar armen, benen en tenen, zodat zij moeilijk loopt en geen huishoudelijk werk kan doen. Ook heeft zij hulp nodig bij de Persoonlijke Verzorging, waaronder het wassen, aan- en uitkleden, de verzorging van haar haren en nagels, en bij het poetsen van de tanden. De door verzoekster benodigde Verpleging bestaat uit inspectie van de huid, verzorging van de wonden, hulp bij het toedienen van medicatie en insuline, en controle van de bloedsuikerwaarden. Verder heeft verzoekster begeleiding nodig bij het bezoek aan artsen en bij het inplannen van afspraken. Verzoekster wil graag zelf haar zorg regelen, en wordt hierbij geholpen door mensen die zij kent en vertrouwt, met name door haar dochter. Haar dochter bereidt ook de maaltijden voor verzoekster. Verzoekster weigert andere maaltijden dan de zoutarme maaltijden die volgens de Hindoeïstische keuken worden bereid. Haar dochter kan deze aanbieden, maar een andere zorgverlener niet. Verzoekster is van mening dat zij voldoet aan de voorwaarden die artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar stelt.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat de reactie van de ziektekostenverzekeraar kort is en dat het gaat om de vraag of de zorg planbaar is. Aangegeven is waarom dit niet het geval is. Het heeft ook te maken met de culturele achtergrond van betrokkene. De actuele situatie is dat er 1,5 uur persoonlijke verzorging wordt geleverd. De verpleging komt niet van de grond. En dit heeft te maken met de taal. De diabetes is verslechterd en verzoekster heeft nu "type III". De zorg wordt momenteel geleverd door de dochter.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. In artikel B.26. van de zorgverzekering is geregeld in welke gevallen aanspraak bestaat op verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. In dit artikel is ook de mogelijkheid van het PGB vv opgenomen. De nadere voorwaarden voor het PGB vv zijn omschreven in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Deze voorwaarden zijn gebaseerd op bestuurlijke afspraken over de uitgangspunten en de inhoud van het PGB vv, die in 2014 zijn gemaakt tussen het Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Per Saldo.

In voornoemd reglement is opgenomen dat een indicatie dient te bestaan voor verpleging en verzorging, waarbij de verzekerde langer dan een jaar op de zorg is aangewezen. De verzekerde moet daarnaast in staat zijn de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden, op verantwoorde wijze uit te voeren, een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap en de ingeschakelde zorgaanbieders zo aan te sturen dat kan worden gesproken van verantwoorde zorg.

- 5.2. Als de juiste indicatie bestaat en er bewust voor wordt gekozen geen gebruik te maken van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders, kan men in aanmerking komen voor een PGB vv indien is voldaan aan één van de volgende voorwaarden:
- de verzekerde heeft vaak (meer dan drie keer per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
 - de verzekerde heeft zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of korte momenten van 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 benodigd is, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

- 5.3. Verzoekster heeft een indicatie voor Persoonlijke Verzorging en Verpleging van totaal vijf uren en vijftig minuten per week. Zij heeft hulp nodig bij het wassen, douchen en het aan- en uitkleden. Verder heeft zij een instructie nodig voor het spuiten van insuline, en wordt haar huid gecontroleerd op roodheid, zwelling of andere irritaties. Ook wordt zij gestimuleerd bij de Persoonlijke Verzorging, zoals het tandenpoetsen en de haarverzorging, worden haar bloedsuikerwaarden gecontroleerd, worden haar maaltijden bereid, afspraken gemaakt met artsen, en wordt zij begeleid naar artsenbezoeken.
- Hoewel de ziektekostenverzekeraar zich kan voorstellen dat verzoekster een PGB vv wenst, voldoet zij niet aan de voorwaarden die artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar stelt. De hulp bij de geïndiceerde zorgactiviteiten valt niet onder één van de vier vergoedingscategorieën en betreft planbare zorg. De hulp bij het bereiden van de maaltijden, het bezoek aan artsen en het maken van afspraken valt bovendien niet onder Persoonlijke Verzorging dan wel Verpleging waarvan de kosten ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed.

- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat onderscheid moet worden gemaakt tussen de huidige situatie en die ten tijde van het geschil. Wat betreft die laatste situatie geldt dat de zorg planbaar was. Dit neemt niet weg dat de ziektekostenverzekeraar de voorkeur voor zorg, geleverd door een familielid, wel begrijpt. Het advies is steeds contact op te nemen met de afdeling Zorgadvies als het gaat om het vinden van passende zorg in natura. Als de situatie verslechtert kan een nieuwe indicatie worden gevraagd. De regels voor 2017 zijn anders.
- De ziektekostenverzekeraar heeft een zorgplicht. Als een verzekerde problemen ondervindt en hierover contact opneemt, zal de ziektekostenverzekeraar zoeken naar een passende oplossing. Een nieuwe aanvraag zou kunnen worden overwogen, gelet op de veranderde regels.

- 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 A.22. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als 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 B.1. tot en met B.26. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.26. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op wijkverpleging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Zorg: waar hebt u recht op?"

De zorg omvat verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering of een hoog risico op die zorg.

De zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement. (...)

Algemeen

In bepaalde gevallen kunt u voor wijkverpleging ook een PGB (Persoons Gebonden Budget) aanvragen bij ons. In het Reglement PGB Verpleging & Verzorging, wat deel uit maakt van deze verzekeringsvoorwaarden leest u daar meer over. (...)"

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: (...)

2. U langdurig, d.w.z. langer dan één 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 o.a. in contracten afsluiten en controleren 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 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Hebt u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én kiest u er bewust voor om geen gebruik te maken van zorgverleners die door ons zijn gecontracteerd? Dan kunt u in aanmerking komen voor een pgb vv. Hiermee 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 B.26. van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel A.2.4. 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 vv was ten tijde van het onderhavige 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 voldoet aan de voorwaarden van artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. De commissie zal zich bij de beoordeling daarom beperken tot de vraag of is voldaan aan het bepaalde in artikel 3 van genoemd reglement.
- 9.3. De zorg die verzoekster ontvangt, bestaat uit hulp bij het wassen en douchen, het aan- en uitkleden, het aanreiken van medicatie en hulp bij de toediening van insuline. Verder worden voor verzoekster de maaltijden bereid, wordt zij begeleid bij artsenbezoeken en krijgt zij hulp bij het maken van afspraken. Voor zover het gaat om het bereiden van maaltijden, de begeleiding bij artsenbezoeken en het maken van afspraken, geldt dat deze activiteiten niet zijn aan te merken als Persoonlijke Verzorging die ten laste van de zorgverzekering en daarmee ten laste van het PGB vv 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, mede gezien de indicatie voor totaal vijf uren en vijftig minuten Persoonlijke Verzorging en Verpleging per week, naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn.
Eveneens is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft of 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 haar dochter, die voor haar vertrouwd is en bekend is met haar geloofsovertuiging, betekent dit niet dat door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders van een thuiszorgorganisatie haar de noodzakelijke verzekerde zorg niet kunnen verlenen en hierbij rekening kunnen houden met haar problematiek en de gevolgen hiervan.

- 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 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 dit geval vormt het toiletbezoek geen onderdeel van de indicatiestelling, omdat verzoekster gebruik maakt van incontinentiemateriaal, waarmee de zorg tevens planbaar is geworden. Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen mogelijkheid voor toekenning van 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, 8 februari 2017,

H.A.J. Kroon