



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

Zaaknummer : 201601263

Zittingsdatum : 21 september 2016

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

(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

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
- 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
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 verzekering Basis Zeker (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 Aanvullend 3 sterren 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 v.v.) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen, doch dat zij uit coulance tot 4 april 2016 een PGB vv ontvangt.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 29 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 26 mei 2016 heeft verzoekster 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 (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 21 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 juli 2016 aan verzoekster gezonden.

-  3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij faxberichten van 27 juli 2016 aanvullende informatie gezonden. Afschriften hiervan zijn aan de wederpartij gestuurd.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 september 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. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 september 2016 telefonisch gehoord.
-  3.10. In vervolg op de behandeling ter zitting heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) bij brief van 23 september 2016 alsnog verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 19 oktober 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016120249) de commissie geadviseerd het verzoek af te wijzen op de grond dat niet medisch is onderbouwd dat de zorg niet planbaar is. Noch uit het zorgplan noch uit de medische gegevens komt naar voren dat verzoekster problemen heeft met de mictie of defaecatie. Zodoende is niet aangetoond dat verzoekster in aanmerking komt voor een PGB vv.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 20 oktober 2016 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld binnen zeven dagen hierop te reageren. Van de geboden gelegenheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. Verzoekster had een klasse 3 indicatie voor persoonlijke verzorging op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vanwege haar beperkingen als gevolg van kanker, een darmoperatie, duizeligheid en een kunstnie. Zij 'verzilverde' deze indicatie door middel van een PGB. De zorg wordt verleend door haar kleinzoon. Verzoekster is bij brief van 2 november 2015 geïnformeerd dat het PGB afloopt op 31 december 2015. In deze brief was tevens vermeld dat zij, wilde zij haar PGB behouden, een nieuwe aanvraag moest indienen. Verzoekster heeft dit op 2 december 2015 gedaan. In deze aanvraag is vermeld dat verzoekster vaak zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen, en dat zij zorg nodig heeft die vooraf slecht te plannen is. Voorts is te kennen gegeven dat de zorg op wisselende tijden en op afroep noodzakelijk is. De aanvraag is voorzien van een zorgleefplan, ingevuld door de wijkverpleegkundige, waaruit blijkt dat verzoekster is aangewezen op 9 uur en 45 minuten persoonlijke verzorging per week. Op 4 februari 2016 is de aanvraag voor een PGB vv afgewezen op de grond dat de zorgvraag van verzoekster niet voldoet aan artikel 3 van het Reglement PGB vv 2016. Uit coulance is evenwel de looptijd van het PGB dat verzoekster reeds ontving verlengd tot 4 april 2016. Verzoekster kan zich niet vinden in de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar.
-  4.2. Verzoekster stelt in dit verband dat haar zorgbehoefte sterk wisselt. Met de wijkverpleegkundige is berekend welke handelingen gemiddeld genomen dagelijks moeten worden uitgevoerd. Verzoekster kan niet zelf overeind komen en heeft daarom overdag en 's nachts hulp nodig bij het opstaan om naar het toilet te gaan. Vanwege bloeddrukfluctuaties moet meerdere keren per dag de bloeddruk worden gemeten, en zo nodig medicatie worden toegediend.
Ten eerste valt op dat de ziektekostenverzekeraar in het geheel geen onderzoek heeft gedaan naar aanleiding van het bezwaar van verzoekster. Zo is geen contact opgenomen met de wijkverpleegkundige of met verzoekster. Derhalve is sprake van onzorgvuldige besluitvorming. Verzoekster merkt *ten tweede* op dat, gelet op de formulering van artikel 3 lid 4 Reglement PGB vv 2016, sprake moet zijn van één of meer van de voorwaarden genoemd in dat lid. Het is dus geen cumulatieve bepaling. In de situatie van verzoekster is in elk geval sprake van slecht in te plannen zorg, omdat deze op verschillende tijden, op korte momenten van de dag en op afroep nodig is.



Ten aanzien van de mantelzorg gaat de ziektekostenverzekeraar voorbij aan het feit dat in de oude situatie geen mantelzorg werd verleend. De ziektekostenverzekeraar stelt dat kenmerkend is voor mantelzorg dat er een persoonlijke band is tussen de mantelzorger en zijn/haar naaste, en dat sprake is van langdurige zorg die onbetaald is. Nu de zorg die de kleinzoon van verzoekster levert al jaren plaatsvindt op basis van een zorgindicatie én wordt betaald, is geen sprake van mantelzorg. Mantelzorg geschiedt per definitie vrijwillig, zo is onlangs nog bevestigd in een uitspraak van de Rechtbank Zeeland-West-Brabant (ECLI:NL:RBZWB:2016:899). Noch in de Zvw noch in het Reglement PGB vv 2016 is een definitie opgenomen van het begrip mantelzorg. Derhalve mag worden aangesloten bij het algemene begrip mantelzorg zoals dit is gedefinieerd in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, namelijk *hulp ten behoeve van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen, opvang, jeugdhulp, het opvoeden en opgroeien van jeugdigen en zorg en overige diensten als bedoeld in de Zorgverzekeringswet, die rechtstreeks voortvloeit uit een tussen personen bestaande sociale relatie en die niet wordt verleend in het kader van een hulpverlenend beroep*.

Ten derde blijkt uit de reactie van de ziektekostenverzekeraar niet dat verzoekster daadwerkelijk een beroep zou kunnen doen op een zorgverlener die haar taal spreekt. Gezien haar leeftijd en gezondheid kan van verzoekster niet worden verwacht dat zij zich de Nederlandse taal nog eigen maakt. Verzoekster is van mening dat het noodzakelijk is dat haar zorgverlener haar goed begrijpt om goede zorg te kunnen bieden en om gezondheidsproblemen tijdig te kunnen signaleren. Doordat dit niet wordt erkend, wordt (indirect) onderscheid gemaakt naar ras en nationaliteit en dit is in strijd met de Algemene wet gelijke behandeling.

Overigens is verzoekster prima in staat het PGB vv zelf te beheren. Haar zoon treedt op als vertegenwoordiger zoals bedoeld in artikel 2 van het Reglement PGB vv 2016 en regelt alle zaken voor haar, maar verzoekster tekent zelf de overeenkomsten en is eindverantwoordelijk.



Voorts is verzoekster van mening dat in het licht van het nieuwe wetsvoorstel voor de Zorgverzekeringswet (34322) en de daarbij aangenomen amendementen (waaronder nr. 48 en 64), het onredelijk is dat de ziektekostenverzekeraar vasthoudt aan het huidige Reglement PGB vv. Uit de behandeling van het wetsvoorstel tot wijziging van de Zvw blijkt dat de Tweede Kamer veel belang hecht aan gelijktrekking van de voorwaarden voor een PGB onder de Zvw met die onder de Wet langdurige zorg, en dat daarnaast geen aanvullende eisen mogen worden gesteld door een zorgverzekeraar. Hiervan uitgaande, zou verzoekster zonder meer weer kunnen kiezen voor een PGB. Uit de behandeling in de Tweede Kamer blijkt verder dat het parlement van mening is dat de voorgenomen wijzigingen spoedig moeten worden doorgevoerd. Uit de toezeggingen van de minister valt op te maken dat de wens is de wijzigingen in elk geval per 1 januari 2017 in te voeren, maar indien mogelijk al eerder.



Verzoekster stelt dat het vooruitzicht op het recht op een PGB vv in haar situatie in elk geval per 1 januari 2017 voldoende concreet is. Dit in ogenschouw nemende, is zij van mening dat het redelijk zou zijn van de ziektekostenverzekeraar om reeds naar de geest van de aangenomen wet te handelen en haar alsnog een PGB vv voor de tussenliggende periode toe te kennen. Ook in het kader van zorgcontinuïteit zou haar gezondheid er wel bij varen indien zij de huidige zorgverlening ongewijzigd kan laten doorlopen.

- 
- 
- 
- 
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het feit dat iemand de Nederlandse taal niet machtig is, geen grond kan zijn voor afwijzing. Dit is in strijd met de Grondwet. Verzoekster is universitair geschoold en het contract kan worden vertaald door een tolk/vertaler. Onder de AWBZ ging dit prima. De kleinzoon van verzoekster is een bloedverwant in de tweede graad, hij woont bij haar in huis, en hij beheerst het Nederlands zeer goed. Beslissingen kan verzoekster goed zelf nemen. Voorts heeft verzoekster benadrukt dat wordt voldaan aan artikel 3 van het Reglement PGB vv van de ziektekostenverzekeraar. Er is een indicatie voor toiletbezoek; dit vloeit al voort uit de aandoening darmkanker. De ziektekostenverzekeraar stelt echter extra eisen. Verzoekster merkt in dit kader op dat het in beginsel om een naturapolis gaat en dat het PGB vv hierop een uitzondering vormt. Als er een indicatie voor een PGB vv bestaat, omdat de zorg niet planbaar is, mag de ziektekostenverzekeraar geen extra eisen stellen. Ten aanzien van de duizeligheid geldt dat deze klachten blijken uit het medisch dossier, waaronder de verklaringen van de huisarts en de medisch specialist. Verzoekster gebruikt hiervoor ook medicijnen. Het is echter mogelijk dat de wijkverpleegkundige dit niet heeft opgepikt.

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. De voorwaarden voor een PGB vv zijn gewijzigd. Vanaf 1 januari 2015 is de wijkverpleging onderdeel van de basisverzekering. De ziektekostenverzekeraar beoordeelt of iemand gebruik kan maken van een PGB vv of van zorg in natura. Verzoekster beroept zich op ingediende wetsvoorstellen. In een soortgelijke kwestie (201501127) heeft de commissie uitgesproken dat de wettelijke basis voor het PGB vv ligt in de artikelen 11 en 13 Zvw. De thans geldende wet- en regelgeving en de daarop gebaseerde polisvoorwaarden dienen het uitgangspunt te zijn.

5.2. Blijkens het aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging van 2 december 2015 heeft de wijkverpleegkundige voor verzoekster een indicatie voor een gemiddelde zorgbehoefte van 9 uur en 45 minuten per week voor persoonlijke verzorging vastgesteld. In het zorgleefplan, opgesteld door de wijkverpleegkundige, wordt vermeld dat diverse activiteiten worden uitgevoerd door de mantelzorger. In de brief van 10 maart 2016 is vermeld dat verzoekster altijd last heeft van duizeligheid. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 juli 2016 navraag gedaan bij de wijkverpleegkundige. Deze heeft verklaard niet bekend te zijn met duizeligheid van verzoekster. Tevens deelde de wijkverpleegkundige mede dat de zorg in principe planbaar is, met uitzondering van het toiletbezoek. De wijkverpleegkundige heeft verder, met betrekking tot het toiletbezoek, verklaard dat bij verzoekster geen bijzondere omstandigheden gelegen in de persoon zelf, zoals problemen met de ontlasting als gevolg van behandelingen in verband met darmkanker, aan de orde zijn.

5.3. Ingevolge artikel 2 van het Reglement PGB vv 2016 moet een verzekerde in staat zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in het afsluiten van contracten met zorgverleners, de werving van personeel, het opstellen van uurroosters en het houden van toezicht op de nakoming van de zorgovereenkomsten. Verzoekster is de Nederlandse taal niet machtig en dit geldt eveneens voor de persoon die namens verzoekster een klacht heeft ingediend. Uit het aanvraagformulier blijkt niet dat sprake is van een wettelijk vertegenwoordiger. De ziektekostenverzekeraar stelt dat aldus niet wordt voldaan aan artikel 2 van het Reglement PGB vv 2016, aangezien verzoekster de Nederlandse taal niet machtig is en tevens niet is gebleken van een wettelijk vertegenwoordiger die de taken die zijn verbonden aan het PGB vv op verantwoorde wijze kan uitvoeren.

Nu verzoekster niet tot de doelgroep behoort, kan toetsing aan de voorwaarden van artikel 3 van het Reglement PGB vv 2016 achterwege blijven. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit kader naar het bindend advies van de commissie van 8 juni 2016 (201502874). Voor zover de commissie een toetsing aan artikel 3 van het Reglement PGB vv 2016 toch van belang acht, voert de ziektekostenverzekeraar het volgende aan.

5.4. De beschreven zorg (algemene dagelijkse levensverrichtingen, hulp en begeleiding bij persoonlijke verzorging, wassen/douchen en aan- en uitkleden, insmeren/inmasseren van knieën, toedienen medicatie, hulp bij toiletgang) kan op vaste tijdstippen worden ingepland dan wel kan als mantelzorg worden aangemerkt. Het gaat derhalve niet om zorg die op wisselende of ongebruikelijke tijdstippen nodig is, dan wel die slecht is in te plannen. Ook gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn.

Verzoekster heeft verklaard een onregelmatige stoelgang te hebben. In een eerder bindend advies in een soortgelijke situatie als de onderhavige heeft de commissie het volgende opgenomen: "*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 vastgesteld voor 24-uurszorg, 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 geval van verzoekster is, als gezegd, niet gebleken van bijzondere omstandigheden gelegen in de persoon zelf dan wel de sociale context. Blijkens het aanvraagformulier wordt de zorg geleverd door de kleinzoon van verzoekster, wonend op hetzelfde adres. Niet is gebleken van incontinentieproblematiek bij verzoekster.

Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgverleners voor de specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Het niet machtig zijn van de Nederlandse taal valt hier niet onder, blijkens eerdere bindende adviezen van de commissie.

5.5. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van een vaste zorgverlener die zij kent en die haar taal spreekt (haar kleinzoon), betekent dit niet dat formele zorgverleners geen rekening kunnen houden met haar problematiek en haar niet de noodzakelijke zorg kunnen geven. Indien verzoekster 's nachts het toilet moet bezoeken, kan haar kleinzoon haar daarin als mantelzorger bijstaan. Deze zorg vormt op zich geen aanleiding een PGB vv toe te kennen. Het door verzoekster aangevoerde argument met betrekking tot het ophalen van medicatie treft geen doel, aangezien deze activiteit niet valt onder de verstrekking verzorging. Hiervoor kan een mantelzorger worden ingeschakeld.

5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt samengevat herhaald. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de focus aanvankelijk op het afwezig zijn van een wettelijk vertegenwoordiger lag. Sindsdien is het begrip 'vertegenwoordiger' echter verruimd. Thans vallen ook bloed- en aanverwanten in de eerste en tweede graad hieronder. De zoon van verzoekster voldoet hier weliswaar aan, maar hij is de Nederlandse taal niet (goed) machtig.

5.7. 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 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 1 tot en met 39 van het onderdeel 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 28 van het onderdeel 'Verzekerde zorg' 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 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

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

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

Voorwaarde voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving

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 recht op heeft

(...)
b u heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.
(...)"

- 8.4. Artikel 2 van het Reglement PGB vv 2016 van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft, is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb vv. U komt in aanmerking voor het pgb vv als u onder één of meerdere van de hieronder beschreven doelgroepen valt:

(...)
*3) u langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 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 (Wettelijk vertegenwoordiger: ouder voor kinderen tot 18 jaar, 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. Zie hiervoor ook artikel 6. We maken hierbij een onderscheid in (wettelijk) vertegenwoordigers. Een ouder (voor kinderen tot 18 jaar) of curator is bevoegd om overeenkomsten te ondertekenen en is daarmee eindverantwoordelijke. Een door u aangewezen vertegenwoordiger uit de familie (met uitzondering van ouders van kinderen tot 18 jaar), bewindvoerder of mentor, mag wel de zaken voor u regelen, maar u moet zelf de overeenkomsten ondertekenen, wat betekent dat u dan eindverantwoordelijk bent;
- 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 waar u een overeenkomst mee heeft gesloten 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 PGB vv 2016 van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Om voor een pgb vv in aanmerking te komen, moet u voldoen aan de onderstaande voorwaarden:
1) u heeft een door een BIG geregistreerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden nodig én moet u behoren tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2. Voor IKZ moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.

2) u bent in 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 zorgverlener(s) die door ons zijn gecontracteerd. Dit noemen wij Zorg In Natura (ZIN). Indien u een combinatie wenst van Zorg In Natura met een pgb vv, dan mag de indicatie maar door 1 zorgverlener 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 heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- u zorg nodig heeft 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 heeft die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- er een noodzaak is 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 het onderdeel 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het Reglement PGB vv 2016 van de ziektekostenverzekeraar 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. De vraag die als eerste dient te worden beantwoord, is of verzoekster behoort tot één van de in artikel 2 van het Reglement PGB vv 2016 van de ziektekostenverzekeraar genoemde doelgroepen. Verzoekster heeft in dit verband verklaard dat zij weliswaar het Nederlands niet beheerst, maar dat zij universitair geschoold is en dat contracten voor haar kunnen worden vertaald. Haar kleinzoon is een bloedverwant in de tweede graad, en hij beheerst het Nederlands goed. Hij treedt op als haar vertegenwoordiger en regelt de zaken. Verzoekster tekent zelf de overeenkomsten en is eindverantwoordelijk. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat aldus niet wordt voldaan aan het gestelde in voornoemd artikel 2, omdat verzoekster zelf de Nederlandse taal niet machtig is en tevens niet blijkt dat er een wettelijk vertegenwoordiger is die de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden, op verantwoorde wijze kan uitvoeren.
- De commissie stelt vast dat partijen niet zijn verdeeld over het feit dat verzoekster de Nederlandse taal niet beheerst. Ten aanzien van de vertegenwoordiging geldt dat voor de aanvraag voor het PGB vv gebruik is gemaakt van een formulier uit 2015. Toentertijd was de eis dat sprake moest zijn van een *wettelijk vertegenwoordiger*. Echter, de aanvraag betreft een PGB vv voor het jaar 2016. Op basis van de in 2016 vigerende voorwaarden moet sprake zijn van een *vertegenwoordiger* ('wettelijk' is niet langer een vereiste). Verzoekster heeft op het aanvraagformulier dan ook terecht geen wettelijk vertegenwoordiger vermeld, aangezien daarvan geen sprake is. Als *vertegenwoordiger* komen echter zowel de zoon als de kleinzoon van verzoekster in aanmerking. De zoon van verzoekster is de Nederlandse taal niet goed machtig, anders is dit voor haar kleinzoon. De commissie is op basis hiervan van oordeel dat verzoekster behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor een PGB vv is bedoeld.
- 9.3. Vervolgens is de vraag of de zorg die verzoekster nodig heeft voldoet aan de voorwaarden zoals gesteld in artikel 3 van het Reglement PGB vv 2016 van de ziektekostenverzekeraar.
- De zorg die verzoekster ontvangt bestaat uit hulp bij het opstaan en lopen, het wassen/douchen, het aan- en uitkleden, de toiletgang, het meten van de bloeddruk, en het toedienen van medicatie. Dit betreft, met uitzondering van de hulp bij de toiletgang, 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. Voorts betreft het geen zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn. Dit valt onder andere af te leiden uit de indicatie van negen uren en vijfenveertig minuten persoonlijke verzorging die door de wijkverpleegkundige is gesteld. Tot slot 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 kleinzoon of een ander familielid, betekent dit niet dat formele zorgverleners haar de noodzakelijke zorg niet kunnen verlenen.
- 9.4. Met betrekking tot hetgeen door verzoekster is gesteld 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.
- Ten aanzien van het toiletbezoek kunnen deze eisen worden gesteld, omdat voor sommige problemen het PGB vv niet de aangewezen oplossing is. Zo is een incontinentieprobleem meestal op te lossen door gebruik van incontinentiemateriaal, en eventueel valgevaar door middel van persoonlijke alarmeringsapparatuur. Daarbij geldt dat soms een beroep moet worden gedaan op mantelzorg, indien deze aanwezig is. Ook dan bestaat geen grond voor toekenning van een PGB vv.
- In het onderhavige geval vormt het toiletbezoek weliswaar onderdeel van de indicatiestelling, maar heeft de ziektekostenverzekeraar onbetwist gesteld dat de wijkverpleegkundige met betrekking tot

het toiletbezoek heeft verklaard dat bij verzoekster geen bijzondere omstandigheden, gelegen in de persoon zelf, zoals problemen met de ontlasting als gevolg van de behandeling van darmkanker, aan de orde zijn.

Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat de aanspraak niet op die grond kan worden ingewilligd.

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, 23 november 2016,

H.A.J. Kroon