



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201601755
Zittingsdatum : 26 oktober 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld Polis (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 Univé GemeentePakket Compleet afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 29 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 21 juli 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 26 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 augustus 2016 aan verzoekster gezonden.

3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 september 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch 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 30 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 22 september 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016111140) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen medische noodzaak kan worden vastgesteld aangaande het niet planbaar zijn van de zorg alsook voor de stelling dat de zorg slechts door een aantal specifieke personen geleverd dient te worden. De brief van de wijkverpleegkundige onderstreept ook geen medische noodzaak. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 5 oktober 2016 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 oktober 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Verzoekster heeft aanvullende informatie toegezonden, door de commissie ontvangen op 24 oktober 2016. Een afschrift van deze informatie is op 26 oktober 2016 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.11. Bij brief van 10 november 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 18 november 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en 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. Verzoekster heeft op het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' het volgende vermeld: *"Ik ben gewend aan de vaste verzorgers die 's ochtends en 's avonds komen. Ik maak afspraak met ze wanneer ze kunnen komen. Dat kan op ongebruikelijke tijden zijn, soms 's avonds of 's nachts of in de ochtend. De sleutel ligt dan op een afgesproken plaats. Ook op ongebruikelijke tijden moet ik de band ter versteviging (sic) van de slijtage aan mijn rug dragen om de pijn te onderdrukken. (...) 's ochtends: ADL: aankleden, kousen aan, corset/klittenband rug, loopt met hulp, trap op/af (afpraak over sleutel) (...) med. inname. 's avonds: hulp bij uitkleden/samen naar boven i.v.m. veiligheid, kousen uit, rug/benen insmeren, moeilijk bewegen, uitkijken, valgevaar. (...)"*
- 4.2. Verzoekster lijdt aan een ernstig degenererende vorm van slijtage van de onderrug. Hierdoor heeft zij veel pijn aan haar rug, heupen, benen en voeten. Verzoekster gebruikt pijnmedicatie en draagt een korset. Daarnaast heeft verzoekster jaren geleden een TVT-operatie ondergaan. Deze operatie is mislukt, waardoor thans sprake is van incontinentieproblemen. Verzoekster gebruikt incontinentiemateriaal. Verder is verzoekster vergeetachtig en heeft zij oriëntatieproblemen. Verzoekster krijgt verzorging en begeleiding vanuit haar eigen netwerk. Zij wordt geholpen bij het aantrekken van het korset, krijgt begeleiding bij het boodschappen doen, en zij wordt naar plaatsen gebracht, zoals de kerk, zodat zij kan deelnemen aan de maatschappij. Verzoekster voelt zich vertrouwd bij deze mensen. Zonder de zorg zou verzoekster in een isolement leven. Voormelde aandoeningen van verzoekster en haar zorgbehoefte blijken uit de bij de aanvraag gevoegde (medische) indicatie. De wijkverpleegkundige heeft overigens in de indicatiestelling de mislukte operatie en de incontinentieproblemen niet meegenomen. De voorgeschiedenis van het PGB vv blijkt uit de indicatiebesluiten van 2015 en de jaren daarvoor. De gevolgen van de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar zijn ernstig. Zonder een PGB vv raakt verzoekster, als gezegd, in een isolement. Zij heeft verzorging en begeleiding

 nodig. De noodzakelijke zorg is niet planbaar. Op 15 juni 2016 heeft de wijkverpleegkundige contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar om de aanvraag toe te lichten, echter de ziektekostenverzekeraar blijft bij zijn standpunt.

-  4.3. De wijkverpleegkundige heeft een aanvullende verklaring, gedateerd 20 oktober 2016, ingestuurd. Hieruit blijkt dat in de indicatiestelling en het zorgplan onvoldoende is vermeld dat bepaalde zorgmomenten in verband met incontinentie buitenhuis niet goed planbaar zijn. Verzoekster heeft dit 'opgelost' door zorg van haar zus en andere personen in te roepen. De wijkverpleegkundige licht toe dat de incontinentie is verergerd. In de ochtend is de zorg hieromtrent mogelijk planbaar, echter gedurende de rest van de dag niet in verband met activiteiten buitenshuis van verzoekster. De momenten waarop het incontinentiemateriaal dient te worden verwisseld, zijn niet planbaar. Verzoekster wordt op die momenten geholpen door 'vaste' personen. Tevens dient het korset dat zij draagt strak te worden aangetrokken, omdat dit verzoekster zekerheid geeft. Zonder genoemde zorg en ondersteuning zou verzoekster aan huis zijn gekluisterd en zou zij in een sociaal isolement raken. Bovendien is verzoekster vergeetachtig. De huisarts is hiervan op de hoogte en verzoekster krijgt hiervoor ondersteuning van de praktijkondersteuner huisartsen (POH). Het is daarom des te belangrijker dat zij op vaste personen kan rekenen.

 De verklaring van de huisarts van 12 oktober 2016 luidt als volgt: "[Verzoekster] heeft een gemengde incontinentie, is in 2009 geopereerd maar dat heeft niet geholpen. Incontinentie wordt laatste tijd erger."

-  4.4. Ter zitting heeft verzoekster benadrukt dat zij hulp nodig heeft op ongebruikelijke tijden. Verzoekster is regelmatig buitenshuis en op die momenten heeft zij iemand nodig die haar kan helpen naar het toilet en met de verschoning van het incontinentiemateriaal. Het wordt verzoekster onmogelijk gemaakt als zij geen PGB vv ontvangt. Een verpleegkundige kan komen, maar dan moet verzoekster thuis zijn en blijven. Bovendien kan het de verpleegkundige niet worden aangedaan om op zondag langs te komen om verzoekster te verschonen. Voorts is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij zich niet heeft gerealiseerd dat de benodigde zorg specifiek moet worden vermeld, zoals het toiletbezoek. Tot slot heeft verzoekster toegelicht dat de wijkverpleegkundige bij haar is geweest en alle stukken heeft gezien. Zij heeft verzoekster een brief gegeven. Ook de huisarts heeft verzoekster een brief gegeven. Dit betreffen de voor de hoorzitting aan de commissie toegezonden stukken.

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

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

-  5.1. Om aanspraak te kunnen maken op een PGB vv, waarmee een verzekerde zelf zorg kan inkopen, moet worden voldaan aan de voorwaarden van het Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: Reglement PGB vv).

 Verzoekster voldoet niet aan de voorwaarden van het Reglement PGB vv 2016, meer specifiek de artikelen 3 en 4.7. De zorg die zij nodig heeft wordt verleend op twee momenten op de dag: de ochtend en de avond. Dit is planbare zorg, en deze kan worden verleend door een thuiszorgorganisatie.

 Verzoekster heeft gesteld dat de verpleegkundige niet heeft meegenomen dat zij een TVT-operatie heeft ondergaan die mislukt is. Hierdoor zijn de sluitspieren slapper, en dus slechter geworden. Verzoekster gebruikt incontinentiemateriaal. De ziektekostenverzekeraar merkt dienaangaande op dat in de indicatiestelling van de verpleegkundige geen toiletgang of verschoning van incontinentiemateriaal is betrokken. De verpleegkundige heeft telefonisch verklaard dat verzoekster zelfstandig naar het toilet kan. Daarnaast heeft verzoekster in het Bewust Keuze Gesprek (hierna: BKG) gezegd dat wanneer zij alleen is, zij zelfstandig naar het toilet kan. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar het bindend advies van de commissie met nummer 201600163 (meer specifiek overweging 9.4). In de brief van de huisarts, gedateerd 6 juli 2016, staat dat de mictie van verzoekster normaal is. Hieruit concludeert de ziektekostenverzekeraar dat geen sprake is van een bijzondere omstandigheid gelegen in de persoon zelf. Verzoekster heeft verklaard dat zij weleens hulp nodig heeft wanneer zij buitenshuis is, bijvoorbeeld bij kerkbezoek.

Hierbij gaat altijd een mantelzorger met haar mee. De ziektekostenverzekeraar ziet met betrekking tot de toiletgang en/of verschoning van incontinentiemateriaal geen reden om het PGB vv alsnog toe te kennen.

Ook heeft verzoekster verklaard dat zij een ruggordel draagt. Zij krijgt hier hulp voor, bestaande uit het strak trekken van de gordel omdat zij dit niet zelf kan. Tijdens het BKG heeft verzoekster toegelicht dat zij in de ochtend wordt geholpen met de persoonlijke verzorging. Het aantrekken van de ruggordel is bij verzoekster ook onderdeel van de ochtendzorg. Een aantal keer per week vindt de zorg op een ander tijdstip plaats, zoals een huisartsbezoek of kerkbezoek. De avondzorg betreft hulp met het naar bed gaan. Verzoekster heeft verklaard dat deze tijden wisselen, omdat het gebed weleens uitloopt. De ziektekostenverzekeraar stelt dat een thuiszorgorganisatie hiermee rekening kan houden. Er is geen medische noodzaak voor zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of locaties.

Verzoekster heeft voorts toegelicht dat degene die haar verzorgt de sleutel van haar huis moet hebben, en dat zij die niet zomaar aan iedereen meegeeft. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dit. Een thuiszorgorganisatie kan echter op dit punt passende maatregelen treffen.

Tot slot heeft verzoekster verklaard dat het niet meer toegekend krijgen van een PGB vv ernstige gevolgen heeft omdat zij dan geïsoleerd is in haar dagelijks leven. Tijdens het BKG is duidelijk naar voren gekomen dat verzoekster heel veel steun en hulp krijgt van haar zus, dochter en kennis. Zij helpen naast de persoonlijke verzorging, ook met huishoudelijke taken en gaan mee naar de kerk of een arts. Verzoekster heeft als voorbeeld genoemd dat haar zus weleens een weekend bij haar verblijft. Het is duidelijk dat verzoekster een grote wens heeft dat zij de zorg kunnen blijven leveren. Er is echter geen medische noodzaak voor een vaste zorgverlener. Wanneer de zorg niet meer via een PGB vv wordt vergoed, kan de sociale kring om verzoekster heen haar nog steeds helpen met bijvoorbeeld huishoudelijke taken en de begeleiding naar arts- en kerkbezoeken. Wellicht dat verzoekster voor deze huishoudelijke taken en begeleidingstaken in aanmerking kan komen voor een pgb op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning.

De ziektekostenverzekeraar is van mening dat de zorg aan verzoekster kan worden geleverd door een reguliere thuiszorgorganisatie (zorg in natura).

- 5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat ook de indicierend wijkverpleegkundige heeft vastgesteld dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden, zodat kan worden volstaan met professionele thuiszorg. Dit wil niet zeggen dat mensen in de omgeving verzoekster niet meer mogen helpen, alleen worden zij hiervoor niet meer betaald. Ook het Zorginstituut is tot de conclusie gekomen dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden die gelden om aanspraak te kunnen maken op een PGB vv. Met een thuiszorgorganisatie kunnen goede afspraken worden gemaakt. Verzoekster kan zelfstandig naar het toilet. Zij heeft een operatie gehad en daardoor kennelijk wat meer problemen met de toiletgang, maar dit is geen bijzondere omstandigheid die ertoe kan leiden dat een PGB vv moet worden toegekend. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat de aanvraag en het indicatiebesluit dateren van 4 november 2015 en dat is getoetst aan het 'Reglement PGB vv 2016'. De reglementen van 2015 en 2016 zijn hetzelfde. Het gaat om de nieuwe indicatie.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden het PGB vv alsnog aan verzoekster toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er). Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

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

(...)

Bijzonderheden

- 1. De indicatie voor de verpleging en verzorging wordt gesteld door de verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland.*
- 2. Als u vóór 1 januari 2015 een indicatie voor verpleging en verzorging hebt van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), dan blijft u zorg ontvangen van dezelfde zorgaanbieder. Dit betekent niet dat de zorg precies hetzelfde is als de zorg die u gewend was te ontvangen."*

- 8.4. Artikel 3 van het Reglement PGB vv 2015 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 zorgaanbieders die door ons zijn gecontracteerd? Dan kunt u in aanmerking komen voor een pgb verpleging en verzorging. Hiermee kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb verpleging en verzorging. 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 zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

8.5. Artikel 4.7 van het Reglement PGB vv 2015 van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"U krijgt geen pgb verpleging en verzorging als u:

- *tegelijktijd verpleging en verzorging ontvangt van een zorgaanbieder die een contract heeft gesloten met ons voor deze zorg;*
- *een pgb verpleging en verzorging aanvraagt voor zorg waarvoor al een pgb verpleging en verzorging is toegekend;*
- *niet behoort tot de doelgroep, zoals beschreven in artikel 2;*
- *niet voldoet aan de specifieke criteria, zoals genoemd in artikel 3;*
- *onvoldoende aannemelijk kunt maken dat het pgb verpleging en verzorging zal voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit;*
- *geen medewerking (meer) verleent aan een "Bewust keuze gesprek" dat door ons wordt georganiseerd;*
- *binnen een periode van vijf jaar, gelegen onmiddellijk voorafgaande aan het verzoek tot het toekennen van het Zvw-rgb, als verzekerde betrokken was bij een wegens opzettelijke misleiding door de verzekeringnemer opgezegde of ontbonden zorgverzekering;*
- *zich bij de verstrekking van het Zvw-rgb of pgb in de AWBZ in 2014 of eerdere jaren niet heeft gehouden aan de opgelegde verplichtingen."*

8.6. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 3 en 4.7 van het Reglement PGB vv 2015 van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Verpleging en verzorging 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 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 geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.

9.2. Door de ziektekostenverzekeraar is verwezen naar het Reglement PGB vv 2016. De aanvraag dateert evenwel van 4 november 2015, zodat de commissie voor de beoordeling zal uitgaan van het Reglement PGB vv 2015 van de ziektekostenverzekeraar.

Niet in geschil is dat verzoekster behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het Reglement PGB vv 2015 van de ziektekostenverzekeraar.

9.3. De vraag die vervolgens dient te worden beantwoord, is of de zorg die verzoekster nodig heeft voldoet aan de voorwaarden zoals gesteld in artikel 3 van het Reglement PGB vv 2015 van de ziektekostenverzekeraar.

De betreffende zorg bestaat uit het aan- en uitkleden, waaronder het aan- en uitdoen van steunkousen, hulp bij het aandoen en strak zetten van het korset, begeleiding bij traplopen, begeleiding bij de inname van medicijnen, het insmeren van rug en benen, en begeleiding bij activiteiten buitenshuis.

De aan verzoekster te verlenen zorg betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Het gaat 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. Dit blijkt onder andere uit de indicatie van 10,5 uur verzorging per week die door de wijkverpleegkundige is gesteld. Met betrekking tot de begeleiding bij activiteiten buitenshuis geldt dat dit geen verzekerde zorg is die ten laste van de zorgverzekering kan worden gebracht.

Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft, dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Hetgeen door verzoekster is gesteld met betrekking tot het niet in de indicatiestelling meenemen van de mislukte operatie en haar incontinentieproblematiek, brengt in het voorgaande geen wijziging. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van mensen uit haar eigen omgeving, die zij kent en met wie zij vertrouwd is, betekent dit niet dat formele zorgverleners bij het verlenen van de zorg aan verzoekster geen rekening kunnen houden met haar problematiek en de gevolgen hiervan. Dit geldt ook voor het praktische probleem van het afgeven van de sleutel, welk probleem kan worden ondervangen door de installatie van een elektronisch slot met een cijfercombinatie.

De commissie concludeert derhalve dat de zorg die verzoekster nodig heeft niet voldoet aan de voorwaarden uit artikel 3 van het Reglement PGB vv 2015 van de ziektekostenverzekeraar.

9.4. 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 biedt geen dekking voor 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, 23 november 2016,

P.J.J. Vonk