



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie, darmspoelen
Zaaknummer : 201600810
Zittingsdatum : 7 december 2016

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

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 11 januari 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 februari 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.

3.4. Bij e-mailbericht van 8 augustus 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 september 2016 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 10 november 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon 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 18 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 2016125658) 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 gebleken van een medische noodzaak voor het PGB vv. Op basis van de beschikbare informatie komt het Zorginstituut tot de conclusie dat de zorg voor verzoeker planbaar is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 15 november 2016 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 7 december 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 8 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 14 december 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De behandelend revalidatiearts heeft op 27 juni 2012 ten aanzien van verzoeker verklaard: *"status na luxatiefractuur C6-C7 d.d. 02-01-2012 met als gevolg een incomplete dwarslaesie C7 AISD. (...) Patiënt komt voor een routinemeting na opname in het Radboud in verband met een dwarslaesie. Heeft nadien klinisch(...) gerevalideerd t/m april 2012 in de St. Maartenskliniek. Is nu thuis en oefent nog verder met fysiotherapie. Heeft inmiddels ook een dorsale C6-C7 spondylodese ondergaan. Is nu voor ADL thuis nog beperkt en heeft hulp nodig bij wassen en kleden, verder is hij zelfstandig, loopt korte afstanden zonder hulpmiddelen. [L]ange afstanden met rollator of met rolstoel. Mictie en defecatie is gestoord en heeft samenhang met zijn caudasyndroom uit het verleden. Hij wacht nog op een urostoma. Ontlasting door middel van darmspoelen. (...)".*
- 4.2. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"Zwaar gehandicapt ivm. prothese linkerarm, frozen shoulder rechts, caudasyndroom ten gevolge van compressie hematoom L5-S1-Ziekte van Bechterew - hypertensie - diabetes mellitus type II, incomplete dwarslaesie C5, AIS is luxatiefractuur C6-C7 - bestaande veg[et]atieve stoornissen. Bij tweede laesie stoornissen op het gebied van de mot[o]riek en sensibiliteit in zowel bovenste als onderste extremiteiten en gestoorde veg[et]atieve functies verder(...) artrosevorming aan beide(...) voeten etc. (...)".*
- 4.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het 'assessment' van 9 november 2015 ten aanzien van verzoeker toegelicht: *"1990 Bechterew, 1995 schouderprothese links, 2001 diabetes type 2, 2001 caudasyndroom, 2012 ongeval waardoor partieel dwarslaesie (nek vastgezet). Gezondheidsproblemen die [op] de voorgrond staan: pijn hele lichaam, suprapubisch katheter, incontinentie van faeces, vaak longontsteking, nierproblemen. Dhr rijdt in aangepaste auto. Kan korte stukken lopen, heeft ook rolstoel. (...) dhr heeft gemiddeld 180 min verpleging nodig (darmspoelen en vervangen PEG-katheter), en 60 min hulp bij ADL. (...) Dhr is incontinent van faeces. Daarom 3-4 keer per week darmspoelen mbv Braun apparaat. Hierbij heeft dhr hulp nodig. De verpleegtechnische handeling kost gemiddeld 45 min per keer. Daarbuiten nog kort hulp bij ADL, ongeveer 15 min. (...) Dhr heeft hulp nodig bij verwisselen suprapubisch katheter. Dit gebeurt ip eens in de 6 weken. Komt ook een aantal keer per jaar voor dat katheter extra vervangen moet worden. Kost ongeveer 30 minuten per keer. (...)".*

4.4. Verzoeker is bekend met de ziekte van Bechterew. In verband met een vergroeiing aan zijn rugwervel is hij in 2001 geopereerd. Deze operatie ging mis en leidde tot een hoge dwarslaesie. Uiteindelijk heeft de behandelend chirurg dit deels kunnen herstellen, waarna verzoeker een caudalaesie overhield. Daarna werd verzoeker vier weken in coma gehouden, en verbleef hij nog een half jaar op een revalidatieafdeling. In januari 2012 kwam verzoeker tijdens het uitlaten van zijn honden ten val, waarbij hij zijn nek brak. Aan deze val hield verzoeker een incomplete dwarslaesie over. Verzoeker wordt al tien jaar lang thuis verzorgd door een vaste zorgverlener, die gemiddeld driemaal per week bij hem een darmspoeling uitvoert en hem soms toucheert. Verder wordt verzoeker tweemaal per week gedoucht en gaat de zorgverlener mee naar bezoeken aan artsen en uitstapjes.

4.5. Volgens de SVB kan iemand die een handicap heeft en zelf wil bepalen wie hem verzorgt een PGB vv krijgen. Van het CIZ heeft verzoeker een indicatiebesluit ontvangen. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag voor een herindicatie echter niet gehonoreerd en beroept zich hierbij op het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015'. Hieruit volgt volgens de zorgverzekeraar dat geen indicatie aanwezig is, omdat de zorg die verzoeker nodig heeft, in natura kan worden geleverd door een thuiszorgorganisatie. Verzoeker vindt het erg onmenselijk en beschamend om iedere keer door een vreemde te worden bekeken en geholpen. Verder geldt dat als verzoeker niet op tijd wordt geholpen met het darmspoelen, hij volledig vastlopende faeces krijgt. In de tijd die hij heeft doorgebracht op de revalidatieafdeling, hebben de gespecialiseerde verpleegkundigen van het ziekenhuis verzoeker niet eenmaal gepland kunnen helpen met darmspoelen. De zorgverlener van verzoeker is gedurende zeven dagen per week, 24 uur per dag, beschikbaar om verzoeker te helpen met de darmspoeling. In de afgelopen veertien jaar is het nog nooit gebeurd dat deze spoelingen planbaar waren. Zo komt het voor dat verzoeker om elf uur 's ochtends wordt gespoeld, en zich een half uur later in het incontinentiemateriaal ontlast. Daarna kan het dezelfde dag weer misgaan. Verzoeker moet zich soms drie- tot viermaal per dag spoelen om volledig leeg te zijn. Op deze situatie kan een thuiszorgorganisatie niet inspelen.

4.6. Ter zitting is door verzoeker toegelicht dat hij ook nog carpaal tunnelsyndroom heeft gekregen in beide handen. Hij vindt het bedroevend en beschamend dat hij door een vreemd persoon geholpen gaat worden in de toekomst. Het darmspoelen vindt ten minste drie tot viermaal per week plaats, maar soms wel twaalf keer. Dit duurt per keer gemiddeld drie kwartier, maar er zijn ook keren geweest dat het een halve dag heeft geduurd. Verzoeker heeft hele slechte ervaringen met de thuiszorg, die zorg in natura levert. Door de onkunde van de wijkverpleegkundigen heeft hij al diverse blaasontstekingen en longontstekingen opgelopen. Nu heeft hij al tien jaar dezelfde zorgverlener. Verzoeker gaat bovendien ook wel eens naar het buitenland of naar het theater. Dat is niet op te lossen door een thuiszorgorganisatie. De zorgverzekeraar houdt zich aan de regels, maar moet ook naar het individu kijken.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Om aanspraak te kunnen maken op een PGB vv, waarmee verzoeker zelf zijn zorg kan inkopen, moet zijn voldaan aan de voorwaarden van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de zorgverzekeraar. De zorgvraag moet dan aansluiten bij één van de volgende voorwaarden:

- de verzekerde heeft vaak (meer dan drie maal 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 omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op 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 vanwege de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

- 5.2. De zorgverzekeraar heeft op 18 februari 2016 met verzoeker een Bewust Keuze Gesprek gevoerd. Hiervan zijn, voor zover hier van belang, de volgende aantekeningen gemaakt: "Frozen s(...)houlder rechts, hypertensie, diabetes, incomplete dwarslaesie, artrose aan voeten, motoriekproblemen. (...) Aanvraagformulier: De zorg die meneer nodig heeft, is darmspoelen, katheter verwisselen, hulp bij douchen. Telefonisch gesprek met verzekerde de eerste beoordeling: dhr heeft hulp nodig met darmspoelen douchen en de suprapubisch[e] katheter vervangen dit is 1 keer per maand. [H]et darmspoelen is volgens de heer wisselend dit gebeur[t] als hij aandrang heeft geeft hij aan hij kan niet aangeven hoe vaak als ik aangeef(...) hoe vaak dit is geïndiceerd blijft hij er onduidelijk over hij belt wanneer het nodig is. [O]ok was het voor mij even niet duidelijk wie de zorg levert en dhr leek niet goed te weten wat er was geïndiceerd hij had het steeds over 3:15 uur pv verzorging. [U]iteindelijk is mij duidelijk(...) geworden dat zgz zorggroep dan 1 keer per maand komt voor de katheter te vervangen. Telefonisch gesprek met de verpleegkundige tijdens de eerste beoordeling: de zorg is volgens haar niet onplanbaar de thuiszorg zou deze ook kunnen leveren verder is er medisch gezien geen noodzaak voor een vaste zorgverlener is een voorkeur van dhr. Bezwaarschrift: [']s (...) nachts kan ZZG groep niet komen, ik heb geen vertrouwen in de zgz groep, ik ben op twee locaties, kosten zijn hoger en ik vind het een persoonlijke handeling en dhr wil niet dat iedereen dit doet. Telefonisch gesprek met verzekerde tijdens de heroverweging: [m]eneer geeft aan dat hij dezelfde persoon wil die hem verzorg[t] en niet telkens door iemand anders, omdat het een zeer intieme handeling is het darmspoelen. Het is wisselend per week hoe vaak het nodig is. Hij doet dit bij hemzelf of bij zijn vriendin, afhankelijk waar hij is. [H]et verwisselen van de suprapubische katheter wordt gedaan door de zgz zorggroep. Als zijn vriendin het niet kan doen, dan kan zijn zoon het eventueel doen. (...) De zorg die meneer nodig heeft, kan worden overgenomen door een thuiszorgorganisatie. Het [is] begrijpelijk dat meneer graag dezelfde zorgverlener wil hebben die de zorg levert, maar hiervoor is geen medische noodzaak. Om deze reden voldoet dhr. niet aan artikel 3 en wordt de heroverweging afgewezen".
- 5.3. Een arts van de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling heeft het dossier van verzoeker beoordeeld, en heeft toegelicht dat darmspoelen valt onder de functie Verpleging. Het darmspoelen dient plaats te vinden als verzoeker aandrang voelt. Op het moment dat hij aandrang voelt, kan contact worden opgenomen met een thuiszorgorganisatie, die het darmspoelen direct kan inplannen in de route. Hoewel het moment dat moet worden gespoeld niet bekend is, betekent dit niet dat een thuiszorgorganisatie niet in staat is hierin adequaat te handelen binnen afzienbare tijd. Het is vervelend dat verzoeker de beleving heeft dat het onmenselijk en beschamend is steeds door vreemden te worden bekeken en verzorgd, maar het gaat om professionele zorgverleners, die rekening dienen te houden met de eventuele gêne van de zorgvrager. Bovendien zal het aantal wisselende personen meevallen. De zorgverzekeraar kan verzoeker bemiddelen naar een organisatie die kleinschalig is georganiseerd.
- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar het standpunt herhaald dat de zorg volgens hem planbaar is. Ook de darmspoelingen kunnen worden ingepland. Als verzoeker aandrang heeft, kan hij contact opnemen met de thuiszorgorganisatie, die tussendoor langs kan komen.
- 5.5. De zorgverzekeraar 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 is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog aan verzoeker toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering.

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. (...)

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 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

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

- 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 verpleging en verzorging verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt o.a. in contracten afsluiten en controleren met zorgaanbieders 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 zorgaanbieders die u heeft gecontracteerd op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg.”*

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de zorgverzekeraar 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."*

- 8.6. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de zorgverzekeraar zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11 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 zorgverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.
- 9.2. Niet in geschil is dat verzoeker behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de zorgverzekeraar. De vraag is of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.

-  9.3. De zorg die verzoeker ontvangt betreft 180 minuten Verpleging per week, bestaande uit darmspoelen en het vervangen van de PEG-katheter, en 60 minuten Persoonlijke Verzorging per week, bestaande uit hulp bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), waaronder het douchen, wassen en aan- en uitkleden. Hulp bij het douchen, wassen en aan- en uitkleden betreft 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. Ook gaat het niet om zorg die 24 uur per dag beschikbaar moet zijn of waarvoor een vaste zorgverlener is aangewezen. Hetzelfde geldt voor het vervangen van de PEG-katheter. Naar de commissie begrijpt, wordt deze handeling gemiddeld éénmaal per zes weken uitgevoerd door een professionele zorgverlener en daarnaast zo vaak als tussentijds nodig is, dat wil zeggen enkele malen per jaar.
-  9.4. Verzoeker heeft aangevoerd dat de hulp die hij nodig heeft bij het darmspoelen, op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is, en daarom slecht is in te plannen. Het gaat volgens verzoeker tevens om zorg die 24 uur per dag direct in de nabijheid of op afroep beschikbaar moet zijn. Indien zijn darmen niet op tijd worden gespoeld, heeft dit voor verzoeker vérgaande consequenties. De zorgverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat deze zorg weliswaar niet vooraf op vaste tijden is in te plannen, maar dat een thuiszorgorganisatie deze zorg wel kan overnemen. Verzoeker dient dan bij aandrang contact op te nemen met de thuiszorgorganisatie, waarna binnen een kort tijdsbestek een zorgverlener bij verzoeker langs komt, die de darmspoeling kan uitvoeren.
-  9.5. De problemen met de ontlasting zijn gelegen in de persoon van verzoeker zelf. De darmspoeling neemt volgens de wijkverpleegkundige gemiddeld 45 minuten in beslag, en door verzoeker is ter zitting verklaard dat dit soms wel een halve dag kan duren. Door de zorgverzekeraar is niet bestreden dat de darmspoeling minimaal drie- tot viermaal tot maximaal twaalf keer per week dient plaats te vinden. Mede in ogenschouw nemend de consequenties voor verzoeker door het uitblijven van een tijdige darmspoeling, kan niet van hem worden gevergd dat hij zich afhankelijk stelt van het al dan niet op tijd verschijnen van een medewerker van een thuiszorgorganisatie. Gelet op het vorenoverwogene heeft verzoeker naar het oordeel van de commissie aanspraak op een PGB vv, voor zover het de hulp bij het darmspoelen betreft. Voor de overige zorg is door verzoeker niet voldaan aan de in artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de zorgverzekeraar genoemde criteria, zodat hij voor die onderdelen geen aanspraak heeft op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

 Conclusie

-  9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.5. Het meer of anders gevorderde dient te worden afgewezen.
-  9.7. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
-  10. Het bindend advies
-  10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is bepaald onder 9.5. Het meer of anders gevorderde wijst de commissie af.

- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 21 december 2016,

P.J.J. Vonk