



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 : Verpleging en verzorging, Persoonsgebonden Budget (PGB), indicatie

Zaaknummer : 201601362

Zittingsdatum : 8 februari 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en 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 waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend*** en Aanvullend Tand* afgesloten (hierna: 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 18 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 mei 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 29 september 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).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 december 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 januari 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 januari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 29 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 23 januari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016139534) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de zorgvraag enkel betrekking heeft op planbare zorg. De noodzaak tot zorg die 24 uur per dag beschikbaar is in de nabijheid of op afroep is niet aangetoond. Ook is er geen medische noodzaak voor het leveren van zorg door een vaste hulpverlener. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 26 januari 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 februari 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 9 februari 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 13 februari 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 huisarts heeft het volgende over verzoekster verklaard: *"(...) Patiënte is bekend met meerdere chronische aandoeningen. Sinds 2004 is patiënte bekend met diabetes mellitus type 2. Dit wordt op de huisartsenpraktijk met regelmaat gecontroleerd en laat een stabiel beeld zien. Dit zelfde geldt voor de hypertensie van patiënte. Sinds 2005 is patiënte bekend met COPD, welke met de jaren geleidelijk verslechter[t]. De laatste controle in november 2015 liet een Gold 2 classificatie zien. In november 2015 heeft patiënte een CABG met meerdere omleidingen ondergaan, waar voor patiënte nog steeds aan het revalideren is. Verder leiden osteopenie en artrose aan de handen bij patiënte ook tot dagelijkse beperkingen."* Nadien heeft de huisarts het volgende over verzoekster verklaard: *"(...) Patiënte heeft een aanvraag gedaan voor een PGB voor thuiszorg door de familie, deze is echter afgewezen, waarbij wel zorg in natura is toegekend. De achtergrond van patiënte is Roma; patiënte spreekt gebrekkig Nederland[s]. Dit geeft tijdens de zorg problemen in de communicatie, waarbij haar familie op de juiste manier met haar kan communiceren. Patiënte is erg wantrouwend naar onbekenden als het gaat om zorg en kan slecht om gaan met wisselende personen, zoals dat bij reguliere thuiszorg het geval is. Dit heeft [in] eerder problemen gegeven ten tijde dat patiënte was opgenomen in het ziekenhuis. (...)"*
- 4.2. Verzoekster kan zich niet vinden in de beslissing van de ziektekostenverzekeraar dat haar zorgvraag niet voldoet aan artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2016'. Verzoekster stelt dat er een noodzaak is voor een vaste zorgverlener - te weten haar dochter -, gelet op de specifieke zorgverlening. Ten eerste is van belang de culturele achtergrond van verzoekster. Daarnaast is er de taalbarrière. Niet valt in te zien waarom deze aspecten niet van belang zouden zijn bij de toekenning van een PGB vv. Uit de verklaringen van de huisarts blijkt duidelijk dat verzoekster erg wantrouwend is naar onbekenden als het gaat om zorg en dat zij slecht kan omgaan met wisselende personen zoals bij reguliere thuiszorg het geval is. Niet voor niets ondersteunt de huisarts de aanvraag voor een PGB vv. De reactie van de ziektekostenverzekeraar - inhoudende dat de verzekerde de regie en zeggenschap heeft en zijn/haar voorkeuren kan afstemmen met de zorgaanbieder - is zonder



nadere motivering, die ontbreekt, onbegrijpelijk. Er wordt immers slechts volstaan met de abstracte mededeling dat verzoekster haar voorkeuren kenbaar kan maken, hetgeen natuurlijk niet inhoudt dat ook daadwerkelijk met deze voorkeuren rekening wordt gehouden. De ziektekostenverzekeraar stelt niet dat er vaste zorgverleners beschikbaar zijn die in de taal van verzoekster kunnen communiceren, zoals nu het geval is bij de zorgverlening door de dochter van verzoekster. Voorts zijn uit het zorgplan andere zorgpunten te destilleren die passen bij de voorwaarden van artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar. Zo is sprake van hartfalen, obstipatie, artrose en enige vorm van incontinentie. Daarenboven verwijst verzoekster naar de verklaring van de huisarts waaruit blijkt dat zij lijdt aan COPD, en dat dit met de jaren verslechtert. Tevens blijkt uit de verklaring van de huisarts dat verzoekster in november 2015 een CABG (omleidingsoperatie) heeft gehad, waarvan zij in ieder geval in mei 2016 nog aan het revalideren was. Deze zorgvraag maakt dat sprake moet zijn van zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen. Hartfalen en (enige vorm van) incontinentie laten zich immers doorgaans niet leiden door het tijdstip. Voornoemde risico's maken ook dat er 24 uur per dag zorg beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep. De dochter van verzoekster is bij uitstek degene die deze zorg kan leveren.



Verzoekster benadrukt dat uit het zorgplan blijkt dat zij urine en ontlasting verliest. Derhalve is het voorstelbaar dat zij drie maal per dag moet worden gewassen.

- 
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat op het aanvraagformulier is aangevinkt 'langer dan een jaar'. De data hadden duidelijker kunnen worden vermeld, maar bedoeld is een PGB vv aan te vragen voor langer dan een jaar. Gelet hierop wordt, anders dan de ziektekostenverzekeraar meent, wel toegekomen aan de vraag of is voldaan aan artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2016'. Voorts heeft verzoekster herhaald dat geen sprake is van zorg die kan worden ingepland. De huisarts heeft de aanvraag voor een PGB vv ondersteund, mede gelet op het taalprobleem en de cultuur. Het gaat dus verder dan een persoonlijke voorkeur.

- 
- 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. Vanaf 1 januari 2015 is de wijkverpleging onderdeel van de Zorgverzekeringswet. De ziektekostenverzekeraar beoordeelt of aanspraak bestaat op een PGB vv of op zorg in natura. Artikel 28 van de voorwaarden van de zorgverzekering betreft Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal).

- 
- 5.2. Op 28 oktober 2015 is bij de ziektekostenverzekeraar een wijzigingsformulier voor het PGB vv ingediend. Bij brief van 2 november 2015 is aan verzoekster medegedeeld dat voor het PGB vv vanaf 1 januari 2016 een nieuwe indicatie moet worden gesteld. Verzoekster heeft hierop een aanvraagformulier PGB vv, gedateerd 21 januari 2016, ingediend. Dit aanvraagformulier bestaat uit het verpleegkundig deel, het verzekerde deel en een zorgplan. De ziektekostenverzekeraar heeft het aanvraagformulier ontvangen op 27 januari 2016.



Blijkens het aanvraagformulier heeft de wijkverpleegkundige bij verzoekster een indicatie gesteld van zeven uren per week persoonlijke verzorging voor de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 december 2016. Conform artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016' kan een PGB vv alleen worden toegekend indien de verzekerde langdurig, dat wil zeggen langer dan een jaar, is aangewezen op verpleging en/of verzorging. Daarvan is in casu geen sprake; de zorg is geïndiceerd voor een periode korter dan een jaar. De ziektekostenverzekeraar verwijst hierbij naar een vonnis van de voorzieningenrechter van de rechtbank Den Haag d.d. 8 juli 2016, waarin onder r.o. 4.3 het volgende wordt overwogen: *"Tot slot is niet gebleken van een indicatie die is afgegeven voor de periode van langer dan één jaar zodat ook op deze grond geen recht bestaat op toekenning van een PGB vv"*.

- 
- 5.3. Voor zover de commissie toetsing aan artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2016' van belang acht, voert de ziektekostenverzekeraar het volgende aan.

Het bij de aanvraag behorende zorgplan is gedateerd op 21 februari 2016. De ziektekostenverzekeraar denkt dat per abuis februari is vermeld in plaats van januari. In het zorgplan heeft de wijkverpleegkundige de zorgvraag als volgt omschreven:

- ochtendzorg: 30 minuten persoonlijke verzorging en medicatie aanreiken, helpen met douchen en aan- en uitkleden;
- avondzorg: douchen (20 minuten), begeleiding naar boven en beneden met de trap (2 x 5 minuten).

Verzoekster heeft op het aanvraagformulier vermeld dat de verzorging voor haar bestaat uit hulp bij het aan- en uitkleden, douchen, medicijnen geven en ontbijt maken.

In het dossier is een tweetal brieven van de huisarts, van 23 mei 2016 en 4 juli 2016, aanwezig waarin wordt verklaard dat verzoekster bekend is met diverse chronische aandoeningen waaronder diabetes, COPD, osteopenie en artrose. Ook heeft zij een bypass operatie ondergaan. De huisarts ondersteunt de aanvraag voor een PGB vv.

De ziektekostenverzekeraar stelt dat de zorg die verzoekster nodig heeft (hulp bij het douchen, aan- en uitkleden, transfers de trap op en af en het geven van medicatie) op vaste tijden kan worden verleend, en daarom planbaar is. Het gaat om ADL-zorg. Er is geen medische noodzaak voor zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep en de zorg is dus goed in te plannen. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar r.o. 9.3 van het bindend advies van de commissie van 12 oktober 2016 met nummer 201600438. Het bereiden van het ontbijt is geen verzorging als bedoeld in het 'Reglement PGB vv 2016'. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit kader naar r.o. 9.3 van het bindend advies van de commissie van 17 augustus 2016 met nummer 201600333. Op grond van het voorgaande geldt dat de zorgvraag van verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden van artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2016'.

Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat niet is gebleken van een medische noodzaak voor een vaste zorgverlener die specifieke zorg verleent of gebruik maakt van specifieke (eigen) hulpmiddelen. De door verzoekster naar voren gebrachte problemen in verband met de taalbarrière en het wantrouwen leiden niet tot een zodanige noodzaak. Het is voorstelbaar dat verzoekster het liefst zorg krijgt van iemand die dezelfde taal spreekt, maar taal en cultuur zijn geen redenen om een PGB vv toe te kennen. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar r.o. 9.4 van het bindend advies van de commissie van 17 augustus 2016 met nummer 201600473.

Verzoekster heeft tevens aangevoerd dat vanwege haar ziektebeeld, met name het hartfalen en de incontinentie, een noodzaak bestaat voor zorgverlening die 24 uur per dag op afroep beschikbaar is. De ziektekostenverzekeraar kan dit standpunt niet volgen. Niet is onderbouwd in welke zin het hartfalen de benodigde zorg onplanbaar maakt. Wat betreft de incontinentie geldt dat de wijkverpleegkundige in het zorgplan heeft opgenomen dat het douchen onderdeel is van de ochtend- en avondzorg. Hieruit is op te maken dat deze zorg op vaste tijdstippen plaatsvindt.

De ziektekostenverzekeraar meent dat de aanvraag van verzoekster voor een PGB vv op de juiste gronden is afgewezen.

- 5.4. De zorg die verzoekster krijgt bestaat voor een deel uit mantelzorg. Mantelzorg is de zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en hulpbehoevenden door naasten: familie, vrienden, kennissen en burens. Kenmerkend is de al bestaande persoonlijke band tussen de mantelzorger en zijn of haar naaste. Daarnaast gaat het om langdurige zorg die onbetaald is.
- Verzoekster kan gebruikmaken van zorg in natura. Zij kan zich daartoe aanmelden bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar heeft met de gecontracteerde zorgaanbieders afspraken gemaakt over de zorg. Deze afspraken zijn vastgelegd in een zorgcontract. Een zorgaanbieder komt met een verzekerde een zorgplan overeen. Artikel 4 van het zorgcontract tussen de ziektekostenverzekeraar en de zorgaanbieder betreft het zorgplan. Hierin zijn de volgende afspraken opgenomen:
- De zorgaanbieder maakt met de verzekerde afspraken over het moment (tijdstip en dag) en de aard, de omvang en de inhoud (soort) van de zorg die de zorgaanbieder biedt, de plaats waar deze zorg geleverd wordt en de functie van de medewerker die de zorg levert, en legt deze in het zorgplan vast.
 - In het zorgplan is vastgelegd of sprake is van mantelzorg en welke afspraken zijn gemaakt met de mantelzorger(s). Evenals de eventuele hulp die de mantelzorger aanvullend op de door de zorgaanbieder verleende zorg kan en wil bieden.

Een zorgplan is een set van afspraken tussen een verzekerde en een zorgaanbieder. Het gaat om afspraken over zorg en zorgmanagement. Een zorgplan bevat een aantal minimale eisen. De zorgaanbieder is zelf ervoor verantwoordelijk te zorgen dat oproepbare zorg en nachtzorg beschikbaar zijn. Als de zorgaanbieder niet in staat is de gewenste zorg te leveren, moeten met andere zorgaanbieders in de regio afspraken worden gemaakt.

Verzoekster kan derhalve met een gecontracteerde zorgaanbieder afspraken maken over de te leveren zorg, welke afspraken zijn gebaseerd op de individuele doelen, behoeften en de persoonlijke situatie. Verzoekster heeft aldus de mogelijkheid haar voorkeuren ten aanzien van de te leveren zorg met de gecontracteerde zorgaanbieder af te stemmen.

- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat sprake is van planbare zorg, en daarbij verwezen naar zijn brief van 27 december 2016. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar nogmaals erop gewezen dat de aanvraag is gedaan voor de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 december 2016. Deze periode is bepalend, zodat het niet gaat om een indicatie voor langer dan een jaar, zoals artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar eist.

- 5.6. 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 is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, 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 basisverzekeringen' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 28 van het onderdeel 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' 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:

"(...) 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.
(...)"

- 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.

(...)

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 4.8 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Toekennen pgb vv

- Uw aanvraag voor een pgb vv wordt beoordeeld aan de hand van de pgb-aanvraagformulieren-set en eventueel een "bewust keuze gesprek". Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden van dit Reglement, krijgt u toestemming voor een pgb vv. Wanneer u toestemming krijgt voor een pgb vv ontvangt u een schriftelijke toekenningsverklaring, dan wel een bevestiging via elektronische weg, waarin de periode van toekenning van het pgb vv is opgenomen en de hoogte van het budgetbedrag dat over de toegekende periode maximaal wordt vergoed. Een eventuele afwijzing van uw aanvraag wordt ook schriftelijk of per mail aan uw kenbaar gemaakt.
- De ingangsdatum van het pgb vv is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het pgb vv ook op een latere datum in laten gaan.
- (...)
- Het pgb vv wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van dat jaar.
- In de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen leggen wij de looptijd van uw pgb vv vast. Hierbij houden wij rekening met uw indicatie."

- 8.7. Artikel 28 van het onderdeel 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering en het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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.

- 8.9. 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 VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.
- 9.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een PGB vv. Het betreffende aanvraagformulier is ondertekend op 21 januari 2016. De ingangsdatum van de indicatie is 1 januari 2016 en de einddatum 31 december 2016. Ingevolge artikel 4.8 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar geldt als ingangsdatum van het PGB vv de datum waarop



de ziektekostenverzekeraar de compleet ingevulde en ondertekende aanvraag heeft ontvangen. Bij toekenning van een PGB vv wordt in de toekenningsverklaring onder meer de periode van toekenning van het PGB vv opgenomen. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de aanvraag is ontvangen op 27 januari 2016, én dat deze aanvraag compleet was. De commissie is om die reden van oordeel dat de ingangsdatum van het PGB vv - indien althans wordt vastgesteld dat verzoekster hiervoor in aanmerking komt - moet worden gesteld op 27 januari 2016.

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft, onder verwijzing naar artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016', aangevoerd dat verzoekster niet aan de gestelde voorwaarden voldoet, aangezien zij niet ten minste één jaar op verpleging en/of verzorging is aangewezen. De commissie merkt met betrekking hiertoe op dat de gestelde indicatie het gehele kalenderjaar 2016 betreft. Het is voorts niet aannemelijk dat de situatie van verzoekster zodanig zal verbeteren dat na 31 december 2016 geen indicatie voor verpleging en/of verzorging meer zal bestaan. Bovendien geldt dat indien het aanvraagformulier tegenstrijdige informatie bevat, de ziektekostenverzekeraar contact dient op te nemen met de wijkverpleegkundige, hetgeen in het onderhavige geval niet is gebeurd. De stelling van de ziektekostenverzekeraar moet om deze redenen worden gepasseerd.
- 9.4. De zorg die verzoekster krijgt bestaat uit hulp bij het douchen/wassen, het aan- en uitkleden, transfers binnens- en buitenshuis, het traplopen, het aanreiken van medicijnen en het bereiden van maaltijden. Dit betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland, hetgeen wordt onderschreven door de indicierend verpleegkundige, die op het aanvraagformulier heeft ingevuld: "*Zorg is inplanbaar*". Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn, mede gelet op de door de indicierend verpleegkundige gestelde indicatie voor persoonlijke verzorging van zeven uren per week. Overigens heeft verzoekster zelf acht à negen uren persoonlijke verzorging per week ingevuld op het aanvraagformulier. Aangezien dit niet wordt ondersteund door de indicierend verpleegkundige, gaat de commissie uit van een aanvraag voor zeven uren persoonlijke verzorging per week. 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. De door verzoekster naar voren gebrachte aspecten als haar culturele achtergrond, de taalbarrière en de wens zorg te krijgen van voor haar bekende mensen, zijn weliswaar invoelbaar, maar leiden niet tot de conclusie dat formele zorgverleners verzoekster niet de noodzakelijke zorg kunnen verlenen, daarbij rekening houdend met haar specifieke wensen.
- 9.5. Ten aanzien van hetgeen verzoekster heeft gesteld aangaande de problemen met betrekking tot de toiletgang - en het dientengevolge vaker douchen/wassen - 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. In het onderhavige geval vormt zorg in verband met de toiletgang geen onderdeel van de indicatiestelling. Het moet er daarom voor worden gehouden dat verzoekster het bestaande incontinentieprobleem kan oplossen door het gebruik van incontinentiemateriaal. 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

- 
- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen mogelijkheid voor toekenning van een PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 
- 9.7. 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 maart 2017,



A.I.M. van Mierlo

