



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, Persoonsgebonden Budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201601805
Zittingsdatum : 19 april 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester 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, art. 6:96 BW)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Den Haag-pakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Herverzekeren Verplicht Eigen Risico Den Haag is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv), ingaande 1 mei 2016. Bij brief van 2 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 4 januari 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan hem met terugwerkende kracht tot 1 mei 2016 een PGB vv toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, alsmede de ziektekostenverzekeraar te veroordelen in de door hem gemaakte buitengerechtelijke kosten ten bedrage van € 1.040,-- en de proceskosten (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 ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 maart 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Bij brief van 7 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 20 maart 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017011185) de commissie bij wege van voorlopig advies 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. Er is geen medische noodzaak voor zorg op wisselende tijdstippen of locaties, of voor zorg door een vaste zorgverlener. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 22 maart 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren.
- 3.8. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 21 maart 2017 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut gestuurd.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 maart 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 maart 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.10. Verzoeker heeft bij faxbericht van 29 maart 2017 gereageerd op het advies van het Zorginstituut. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Tevens is een afschrift van de reactie aan het Zorginstituut gezonden met daarbij het verzoek een definitief advies uit te brengen.
- 3.11. Het Zorginstituut heeft de commissie bij brief van 3 april 2017 medegedeeld dat het nagekomen stuk geen aanleiding geeft het uitgebrachte advies te herzien, zodat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft een ernstige handicap; hij mist zijn gehele onderlichaam. Tot circa tien jaar geleden liep verzoeker op zijn handen. Vanwege diverse operaties aan zijn ellebogen is dat niet meer mogelijk. Thans maakt verzoeker binnenshuis gebruik van een rolstoel, en buitenshuis van een scootmobiel. Verzoeker is incontinent en het is voor hem, vanwege zijn handicap, onmogelijk zelf de nodige hygiënische maatregelen te treffen met betrekking hiertoe. Verzoeker is vanwege zijn incontinentie afhankelijk van hulpverlening. Van te voren kan niet worden afgestemd wanneer hij hulp nodig heeft. De voormalige en huidige huisarts hebben dit beiden bevestigd. Het komt vaak voor dat verzoeker zijn zorgverlener moet bellen, omdat hij zich in een moeilijke situatie bevindt waar hij niet zelfstandig uit kan komen. De zorgverlener is 24 uur per dag, zeven dagen per week bereikbaar en is binnen een half uur bij verzoeker thuis. Tezamen bepalen zij welke zorg, op welke manier en op welk moment nodig is. Het is voor verzoeker noodzakelijk dat 24 uur per dag zorg beschikbaar is.
Vanaf 2010 maakt verzoeker gebruik van een PGB. Hij heeft een vaste zorgverlener voor Persoonlijke Verzorging. Met deze - mannelijke - zorgverlener heeft hij een goede band en over de zorgverlening is verzoeker zeer tevreden. Verzoeker kampt met een schaamtegevoel in verband met zijn lichamelijke situatie. Hij is moslim en wil daarom niet verzorgd worden door vrouwen of andere mannen. Hij wenst de zorgverlening te continueren op de wijze zoals deze al jaren geschiedt. Verzoeker benadrukt dat hij geen familie heeft in Nederland. De zorgverlener is zeer belangrijk, aangezien hij dag en nacht bereikbaar is. Verzoeker kan het PGB vv goed beheren. Hij is als werkgever in staat de zorgverlener aan te sturen en de werkzaamheden op elkaar af te stemmen. Van psychische klachten is geen sprake. Vanaf 1 mei 2016 heeft verzoeker een bewindvoerder, en deze doet zijn administratie.

Verzoeker stelt dat, anders dan de ziektekostenverzekeraar meent, wel degelijk sprake is van een medische noodzaak voor het leveren van zorg op wisselende en ongebruikelijke tijden. Zijn gezondheidstoestand brengt dit met zich. De zorgbehoefte van verzoeker heeft voor een groot deel betrekking op de incontinentie en deze hulp is zeer moeilijk in te plannen. Bovendien bestaat behoefte aan een vaste zorgverlener. Er wordt dan ook voldaan aan artikel 3 van het 'Reglement PGB vv' van de ziektekostenverzekeraar. Aan verzoeker dient met terugwerkende kracht een PGB vv te worden toegekend. Tevens dient de ziektekostenverzekeraar te worden veroordeeld tot betaling van de door verzoeker gemaakte buitengerechterlijke kosten als bedoeld in artikel 6:96, tweede lid, aanhef en sub b en c BW, tot een totaalbedrag van € 1.040,--, alsmede tot betaling van de proceskosten.

- 4.2. De voormalige huisarts heeft over verzoeker het volgende verklaard: "[Verzoeker] heeft erg veel beperkingen door zijn ernstige handicap. Hij mist zijn gehele onderlichaam, loopt op zijn handen, en kan geen huishoudelijke taken zelfstandig doen. Hij is dus nagenoeg compleet afhankelijk van derden voor huishoudelijke taken. Voorts tevens voor persoonlijke verzorging. Hij heeft tevens verergerde pijnklachten in zijn armen schouders en ellebogen. Hij is hiermede zeer overbelast voor zijn enige twee ledematen en heeft op korte termijn huishoudelijke hulp uitbreiding nodig en persoonlijke hulp uitbreiding nodig. Zijn beperkingen zijn blijvend en levenslang is hij zorgbehoefstig. (...)"
- 4.3. De huidige huisarts heeft over verzoeker het volgende verklaard: "[Verzoeker] is bekend met aangeboren afwijkingen van zijn onderlichaam. Hij mist zijn hele onderlichaam waardoor [hij] heel erg beperkingen heeft in zijn dagelijks leven. Hij is rolstoel afhankelijk, loopt thuis op zijn handen en kan geen huishoudelijke taken en persoonlijke verzorging zelfstandig doen. Hij is [dus] nagenoeg compleet afhankelijk van derden voor huishoudelijke taken en persoonlijke verzorging. Vanwege overbelasting van zijn boven ledematen heeft gescheurde spieren van zijn schouders en peesontstekingen van zijn ellebogen en polsen. Door overbelasting van boven ledematen worden zijn klachten van arm, ellebogen en schouders steeds erger en erger. Hij is ook incontinent voor urine en [ontlasting], gebruikt incontinentiemateriaal. Zijn beperkingen zijn blijvend, levenslang en verergerend. Hij is levenslang zorgbehoefstig. (...)"
- 4.4. Voorts licht verzoeker toe dat hij in het verleden een klacht heeft ingediend bij de SKGZ in verband met de afwijzing van een aanvraag voor een PGB vv door zijn vorige zorgverzekeraar. Ook toen was de reden dat hij niet zou voldoen aan artikel 3 van het betreffende reglement. Na tussenkomst van de SKGZ is uiteindelijk geconcludeerd dat de zorg in verband met de incontinentie niet-planbaar is, zodat werd voldaan aan artikel 3. Aan verzoeker is toen tot en met 30 april 2016 een PGB vv toegekend voor 27 uren en 30 minuten persoonlijke verzorging per week. De zorgbehoefte van verzoeker is sindsdien niet gewijzigd. Nog steeds heeft zijn zorgbehoefte grotendeels betrekking op hulp in verband met incontinentie en deze zorg is niet in te plannen.
- 4.5. Verzoeker heeft vanaf mei 2016 het loon van zijn zorgverlener niet betaald. De zorgverlening loopt evenwel tot op heden door.
- 4.6. Verder verwijst verzoeker naar de verklaring van zijn zorgverlener van 20 maart 2017. Hierin wordt toegelicht welke specifieke taken de verzorging betreft. Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, wordt het incontinentiemateriaal van verzoeker door de zorgverlener verwisseld. Ook blijkt uit de verklaring dat verzoeker op wisselende, vooraf lastig in te plannen tijdstippen, zorg nodig heeft.
- 4.7. De huisarts heeft op 29 maart 2017 het volgende over verzoeker verklaard: "(...) [Verzoeker] is gehandicapt en mist zijn onderlichaam. Hij lijdt aan COPD/Emfyseem. Hij heeft slaap[p]roblemen en regelmatige leven. Hij gaat pas om 5.00 uur naar bed en slaapt tot 's middag[s]. Daarom kan hij alleen in de middag op mijn spreekuur als hij moet. Ik vind raar dat hij vaste tijdstip moet aangeven voor PGB-zorg ondanks zijn chronisch blijvende beperkingen. (...)"
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 
- 5.1. In artikel 13 van de zorgverzekering is de aanspraak op verpleging en verzorging geregeld. Het 'Reglement PGB vv 2016' maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden.
-
- Om aanspraak te kunnen maken op een PGB vv moet worden voldaan aan de voorwaarden zoals die zijn opgenomen in dit reglement. De zorgvraag van de verzekerde moet voldoen aan de voorwaarden als omschreven in artikel 3 lid 4 van het 'Reglement PGB vv 2016':
- de verzekerde heeft zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
 - de verzekerde heeft zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of 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 (in het geval van Intensieve Kindzorg of PTZ);
 - er is een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

- 
- 5.2. Verzoeker heeft een bewindvoerder, zodat wordt voldaan aan artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016'.
-
- De situatie van verzoeker voldoet echter niet aan artikel 3 lid 4 van het 'Reglement PGB vv 2016'. Er is op 27 mei 2016 en op 15 juli 2016 een Bewust Keuze Gesprek (hierna: BKG) gevoerd met de zorgverlener van verzoeker. Daaruit is naar voren gekomen dat verzoeker dagelijks rond 12:00 uur contact opneemt met de zorgverlener om te worden verzorgd. De zorgverlener blijft dan tot ongeveer 18:00 uur. Naast persoonlijke verzorging, verleent de zorgverlener ook huishoudelijke hulp en begeleidt hij verzoeker. Vervolgens komt de zorgverlener rond 20:00 uur terug om te kijken of verzoeker nog ergens hulp bij nodig heeft. De zorgverlener heeft verklaard dat verzoeker in het algemeen zelfstandig in en uit bed gaat, zijn incontinentiemateriaal zelf verwisselt (in verband met schaamtegevoel) en zelf kan eten en drinken. De zorg die dagelijks aan verzoeker wordt verleend betreft wassen, kleden, insmeren van de huid, scheren, tandverzorging, haarverzorging en het aanreiken van medicatie. De zorgverlener masseert verzoeker op drie vaste momenten per dag ter verlichting van de pijn. Indien nodig zorgt hij voor extra pijnmedicatie. Volgens de zorgverlener is het laatste zorgmoment het aanreiken van slaapmedicatie. Gedurende de nacht is er geen zorg nodig. Met betrekking tot de zorg in verband met incontinentie verwijst de ziektekostenverzekeraar naar het bindend advies van de commissie met nummer 201600163.
-
- De huisarts heeft verklaard dat verzoeker ernstig gehandicapt is en dat hij daardoor volledig afhankelijk is voor zowel huishoudelijke taken als voor persoonlijke verzorging. Verder heeft de huisarts toegelicht dat verzoeker op zijn handen loopt, wat zorgt voor overbelasting van de armen. Verzoeker heeft echter zelf in zijn brief van 28 juli 2016 aan de SKGZ medegedeeld dat hij is geopereerd aan beide ellebogen en dat hij zijn armen niet meer mag gebruiken.
-
- De ziektekostenverzekeraar concludeert dat de persoonlijke verzorging die verzoeker nodig heeft op vaste tijden kan worden verleend, en dat er geen medische noodzaak is voor het verlenen van zorg op wisselende tijden. Indien verzoeker op vaste tijden zorg krijgt, en soms even op hulp moet wachten, levert dit geen gezondheidsrisico op. Daarnaast is er geen medische noodzaak voor het hebben van een vaste zorgverlener.
-
- Het is duidelijk dat verzoeker een ernstige handicap heeft en het is begrijpelijk dat bij hem hierdoor sprake is van schaamte. Als echter wordt gekeken naar de zorg, kan worden vastgesteld dat verzoeker geen specifieke zorgverlening nodig heeft vanwege zijn beperking. De zorg betreft 'normale' algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Verzoeker heeft toegelicht dat hij vanwege zijn geloof niet door vrouwen wil worden geholpen en in verband met zijn schaamtegevoel niet door andere mannen. Verder heeft verzoeker verklaard dat hij de Nederlandse taal niet spreekt en dat hij met zijn huidige zorgverlener goed kan communiceren. De ziektekostenverzekeraar stelt vast dat geen specifieke zorgverlening nodig is, aangezien verzoeker eerder zorg in natura heeft ontvangen van een thuiszorgorganisatie. Taal en cultuur zijn geen redenen een PGB vv toe te kennen. In dit kader wordt verwezen naar het bindend advies van de commissie met nummer 201502227.

Uit de BKG's en de stukken blijkt dat de zorgverlener van verzoeker hem helpt met persoonlijke verzorging, huishoudelijke hulp en begeleiding. Huishoudelijke hulp en begeleiding behoren tot het domein van de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo).

Verzoeker komt derhalve niet in aanmerking voor een PGB vv. Wel bestaat de mogelijkheid dat de zorg aan verzoeker wordt geleverd via een gecontracteerde zorgaanbieder (zorg in natura). De ziektekostenverzekeraar heeft thuiszorgorganisaties gecontracteerd die 24-uurszorg op afroep kunnen bieden door middel van bijvoorbeeld persoonsalarmering.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar is in 2015 niet betrokken geweest bij de aanvraag van verzoeker voor een PGB vv. Er kan dan ook niets worden gezegd over wat destijds de reden is geweest voor de vorige zorgverzekeraar om te concluderen dat door verzoeker werd voldaan aan artikel 3 van het betreffende reglement.

- 5.4. 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 aan verzoeker met terugwerkende kracht tot 1 mei 2016 een PGB vv toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, alsmede of de ziektekostenverzekeraar is gehouden hem de buitengerechtelijke kosten ten bedrage van € 1.040,-- en de proceskosten te vergoeden.

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. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntsysteem en casemanagement. 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, verzorgende niveau 3 en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

(...)

Bijzonderheden

 1. U hebt alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en verzorging hebt en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig hebt in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

(...)"

-  8.4. Artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 3 Toegang tot het pgb verpleging en verzorging

 Om voor een pgb verpleging en verzorging in aanmerking te komen moet u voldoen aan de navolgende voorwaarden:

 1. U bent in het bezit van een door een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot een van de doelgroepen zoals beschreven in artikel 2. Voor Intensieve Kindzorg moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.

(...)

 3. U moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgaanbieder(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 verpleging en verzorging, dan mag de indicatie maar door één zorgaanbieder 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 hebt op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- u zorg nodig hebt 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 hebt die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep (in het geval van Intensieve Kindzorg of PTZ);
- er een noodzaak is voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

-  8.5. Artikel 13 van de zorgverzekering en het 'Reglement PGB vv 2016' zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

-  8.6. 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 is 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 niet als zodanig bij wet geregeld.

8.7. 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.

8.8. Artikel 6:96 BW luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

2 Als vermogensschade komen mede voor vergoeding in aanmerking:

a. redelijke kosten ter voorkoming of beperking van schade die als gevolg van de gebeurtenis waarop de aansprakelijkheid berust, mocht worden verwacht;

b. redelijke kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid;

c. redelijke kosten ter verkrijging van voldoening buiten rechte.

(...)"

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. Vast staat dat verzoeker voldoet aan de voorwaarden zoals opgenomen in artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar. De vraag is of tevens wordt voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.

9.3. De zorg die verzoeker ontvangt bestaat uit hulp bij het wassen, insmeren, aan- en uitkleden, scheren, koken, eten en drinken, en ondersteuning bij het innemen van medicatie. Verzoeker krijgt tevens hulp bij huishoudelijke taken en begeleiding. Koken, huishoudelijke hulp en begeleiding vallen onder de Wmo, en niet onder de Zvw. Zodoende bestaat hierop geen aanspraak ten laste van de zorgverzekering. Voor het overige betreft het zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland, zoals wordt bevestigd door het met de zorgverlener van verzoeker gevoerde BKG. 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. In dit kader zijn de verklaringen van de zorgverlener van verzoeker tijdens de BKG's eveneens relevant. Deze heeft namelijk niet alleen verklaard dat verzoeker dagelijks op dezelfde momenten zorg nodig heeft, maar ook dat hij delen van de persoonlijke verzorging en de huishoudelijke taken zelfstandig kan uitvoeren. Gedurende de nacht heeft verzoeker volgens de zorgverlener geen zorg nodig. Verder merkt de commissie in dit verband op dat verzoeker in noodgevallen mogelijk gebruik kan maken van persoonsalarmering, indien hiervoor een indicatie wordt gesteld.

Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. De door verzoeker naar voren gebrachte aspecten van schaamte, religie en taal, en de wens zorg te krijgen van een voor hem bekende en vertrouwde zorgverlener zijn weliswaar invoelbaar, maar leiden niet tot de conclusie dat formele zorgverleners verzoeker niet de noodzakelijke zorg kunnen verlenen, daarbij rekening houdend met zijn specifieke wensen. Verzoeker heeft nog een verklaring van de huisarts van 29 maart 2017 overgelegd ter ondersteuning van zijn standpunt. De huisarts maakt melding van onder meer slaapproblemen en chronische

beperkingen van verzoeker. De betreffende verklaring maakt echter niet aannemelijk dat de zorg die verzoeker ontvangt niet planbaar is, dat deze 24 uur per dag beschikbaar moet zijn of dat er een noodzaak voor een vaste zorgaanbieder is, zoals door hem is gesteld.

- 9.4. Ten aanzien van de zorg in verband met de toiletgang 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. Met betrekking tot 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 de zorg in verband met de toiletgang onderdeel van de indicatiestelling. Meer specifiek is opgenomen dat verzoeker hulp nodig heeft bij het verwisselen van het incontinentiemateriaal. Gelet hierop staat vast dat verzoeker het probleem met de toiletgang 'oplost' door het gebruik van incontinentiemateriaal. Het verwisselen van het incontinentiemateriaal is zorg die op vaste tijdstippen/momenten op de dag kan plaatsvinden, hetgeen thans ook de praktijk lijkt te zijn, omdat de zorgverlener dagelijks tussen 12.00 uur en 18.00 uur, en vervolgens om 20.00 uur bij verzoeker langs komt, naar mag worden aangenomen om op die momenten ook het incontinentiemateriaal te verwisselen. Deze aanname wordt bevestigd door de verklaring van de zorgverlener van 20 maart 2017, die door verzoeker is overgelegd. Hieruit blijkt dat de zorgverlener en verzoeker overdag altijd samen zijn, dat de zorgverlener in de avonden en weekenden bij verzoeker langs gaat, en dat de zorgverlener dan het incontinentiemateriaal van verzoeker verwisselt.

- 9.5. Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen overigens door verzoeker 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 die grond kan worden toegewezen.

Buitengerechtelijke kosten en proceskosten

- 9.7. Verzoeker wenst een vergoeding te ontvangen voor de door hem gemaakte buitengerechtelijke kosten ten bedrage van € 1.040,--, een en ander conform artikel 6:96 lid 2 BW. Voorts maakt verzoeker aanspraak op vergoeding van de proceskosten, naar de commissie begrijpt het door hem betaalde entreegeld van € 37,--.
- Aangezien het verzoek wordt afgewezen, bestaat voor toekenning van een vergoeding voor buitengerechtelijke kosten en proceskosten geen grond.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 april 2017,

A.I.M. van Mierlo