



# ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, Persoonsgebonden Budget (PGB),  
doelgroep, indicatie

Zaaknummer : 201601642

Zittingsdatum : 7 december 2016



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



(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 Optimaal Aanvullend 3 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 19 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 23 mei 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. Bij brief van 11 juli 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 
- 3.4. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailbericht van 11 augustus 2016 aanvullende informatie gezonden.
- 
- 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 10 oktober 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 oktober 2016 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.9. Bij brief van 14 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 10 november 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016125190) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit het dossier niet blijkt dat de zorg niet planbaar is, gelet op de medische problematiek van verzoekster. Ook de medische noodzaak voor een vaste hulpverlener is niet onderbouwd. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 14 november 2016 aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 december 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 9 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 verzoekster
-  4.1. Verzoekster heeft een aanvraag ingediend voor een PGB vv. De ziektekostenverzekeraar heeft deze afgewezen omdat niet wordt voldaan aan de voorwaarden, meer specifiek artikel 3 lid 4 van het 'Reglement PGB vv 2016'. Wel is de looptijd van het eerder aan verzoekster toegekende PGB vv door de ziektekostenverzekeraar uit coulance verlengd tot 19 juni 2016. Verzoekster kan zich niet vinden in de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar en voert hiertoe het volgende aan.
-  4.2. Verzoekster lijdt aan diverse psychische en lichamelijke problemen, te weten een depressie, een angststoornis, diabetes type 1, een te hoog cholesterolniveau en een traag werkende schildklier. Daarnaast kampt zij met een hernia, waardoor sprake is van ernstige pijnklachten en verzoekster weinig mobiel is. Bovendien lijdt zij aan chronische spanningshoofdpijn en allergische klachten. Voorts is verzoekster cognitief beperkt, als gevolg waarvan zij geen besef van plaats en tijd heeft en snel gedesoriënteerd is. Met name de psychische problemen zorgen ervoor dat verzoekster moeite heeft mensen te vertrouwen. Bovendien wordt verzoekster beperkt door het feit dat zij analfabeet is en de Nederlandse taal bijna niet beheerst. Er bestaat een groot risico dat zij in een sociaal isolement geraakt. Verzoekster kan amper zelfstandig maaltijden bereiden. Daarnaast kan zij opeens last krijgen van een hoge bloeddruk of een schommelende suikerspiegel, waardoor een grote kans is op bewustzijnsverlies. Er is dagelijks sprake van rituele wassing. De cultuur waaruit verzoekster komt, maakt dat zij zich schaamt om zich bloot te geven. Bij het verlenen van zorg dient tevens rekening te worden gehouden met religieuze en culturele aspecten. Verzoekster heeft persoonlijke verzorging door vaste - vertrouwde - zorgverleners nodig. Zij wenst de mogelijkheid te hebben de voor haar noodzakelijke zorg in te kopen op de meest doelmatige



en verantwoorde wijze. Op grond van artikel 3 lid 4 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar dient aan haar een PGB vv te worden verstrekt.

- 4.3. Er bestaat een noodzaak voor vaste zorgverleners (de zoon en kleindochter van verzoekster). Dit wordt bevestigd door het advies van een arts van SCIO Consult (hierna: SCIO) van 24 september 2015. SCIO is een onafhankelijke organisatie die met behulp van medische specialisten iemands ondersteuningsbehoefte vaststelt. In het kader van een aanvraag op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (hierna: Wmo 2015) heeft de gemeente de opdracht gegeven aan SCIO om de ondersteuningsbehoefte van verzoekster in kaart te brengen. De inhoud van het advies ondersteunt tevens de aanvraag voor een PGB vv. Gelet op het onafhankelijke karakter van dit advies, dient daaraan bijzonder gewicht te worden toegekend.
- De wens van verzoekster voor een PGB vv is niet slechts of hoofdzakelijk gestoeld op een subjectieve voorkeur, waaraan redelijkerwijs kan worden voorbijgegaan, maar op een - objectieve - noodzaak. Verzoekster heeft immers psychische problemen die rechtstreeks leiden tot angst en wantrouwen bij contact met vreemden. Dit wordt bevestigd door het advies van SCIO én is alleszins invoelbaar in het licht van de ernstige functionele beperkingen van verzoekster. De serieuze verslechtering van de geestelijke toestand van verzoekster die verwacht mag worden als haar vaste zorgverleners worden vervangen door onbekende en/of wisselende zorgverleners van de thuiszorg, vormt bij uitstek een reden om tot het oordeel te komen dat zij vaste zorgverleners nodig heeft. Verzoekster wijst op artikel 11 Zvw waarin de zorgplicht van de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden is neergelegd. Deze zorgplicht houdt in dat de zorgverzekeraar verplicht is om de verzekerde prestaties in natura te leveren of de kosten van die prestaties te vergoeden. De zorgverzekeringsovereenkomst - dus ook het 'Reglement PGB vv 2016', dat daarvan deel uitmaakt - dient krachtens artikel 1 sub d Zvw in overeenstemming te zijn met de Zvw. Hieruit volgt dat het reglement moet worden uitgelegd op de wijze die het meest in overeenstemming is met de zorgplicht van de zorgverzekeraar. Dit betekent dat bij de beoordeling van een aanvraag de vraag centraal dient te staan of het verzekerde risico zich voordoet en dus of de verzekerde aanspraak heeft op zorg in natura dan wel vergoeding van de kosten van die zorg. De zorgverzekeraar dient zich in te spannen om deze beoordeling deugdelijk en behoorlijk uit te voeren.
- 4.4. Voorts geldt dat de verzorging die verzoekster nodig heeft niet planbaar is, omdat deze op verschillende tijden, op korte momenten en op afroep nodig is. De ziektekostenverzekeraar gaat daarentegen ervan uit dat de zorg wel degelijk planbaar is omdat de zoon van verzoekster deze verleent naast zijn veronderstelde 40-urige werkweek. Hiermee wordt in de eerste plaats miskend dat de zorg tevens wordt verleend door de studerende kleindochter van verzoekster op de momenten dat de betreffende zoon op zijn werk is. De zoon van verzoekster werkt 32 uur per week en hij kan zijn werktijden afstemmen op de zorgverlening voor zijn moeder en wel zo dat altijd hij of de kleindochter van verzoekster op afroep beschikbaar is. De besluitvorming van de ziektekostenverzekeraar in deze is dan ook niet zorgvuldig is geweest.
- Daarnaast leiden de stemmings- en angststoornissen van verzoekster ertoe dat de zorg op wisselende momenten moet worden geboden. De zorg wordt logischerwijs afgestemd op haar klachten, die gedurende de dag wisselen in intensiteit. Verzoekster wordt verzorgd op momenten dat haar klachten dit toelaten, en wanneer dat is, laat zich moeilijk voorspellen.
- Bovendien blijkt uit het zorgplan van de wijkverpleegkundige dat een risico bestaat op uitdroging omdat verzoekster door vergeetachtigheid niet zelfstandig drinkt. Dit leidt tot een behoefte aan verzorging op korte momenten.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verder aan zijn afwijzende beslissing ten grondslag gelegd dat ten aanzien van een deel van de benodigde zorg sprake zou zijn van mantelzorg. Deze afwijzingsgrond ontbeert elke basis in de van toepassing zijnde wetgeving en de polisvoorwaarden en mag daarom op geen enkele wijze in de weg staan aan het verstrekken van een PGB vv aan verzoekster.
- 4.6. Verzoekster maakt tevens aanspraak op een schadevergoeding ter zake van de kosten van rechtsbijstand. Deze kosten bedragen tot op heden € 750,-.

4.7. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het Zorginstituut niet is ingegaan op het voor haar belangrijkste punt, te weten het SCIO-rapport. Uit dit rapport blijkt van een objectieve noodzaak voor een PGB vv vanwege de psychische problematiek van verzoekster. Het gaat er dus niet om dat zij graag wil dat de zorg wordt verleend door een vaste zorgverlener. Voorts bestrijdt verzoekster dat de zorg planbaar is. Tot slot heeft verzoekster gesteld dat een wettelijke basis ontbreekt om mantelzorg aan te voeren als grond voor vermindering van het aantal uren. In het kader van de Zvw is mantelzorg geen begrip. Verzoekster begrijpt dan ook niet waar de ziektekostenverzekeraar zich in dit verband op baseert.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De wettelijke basis voor het PGB vv ligt in de artikelen 11 en 13 Zvw. Dit is door de commissie bepaald in bindend advies 201501127. De toepasselijke wet- en regelgeving en de daarop gebaseerde polisvoorwaarden gelden als uitgangspunt.

De rechtsverhouding tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar wordt beheerst door de Zorgverzekeringswet, het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de artikelen 10 en 11 Zvw en 2.1 en 2.10 Bzv.

Artikel 28 van de zorgverzekering betreft Verpleging en Verzorging in de eigen omgeving (extramuraal). Het 'Reglement PGB vv 2016' maakt deel uit van de overeenkomst. In casu zijn de artikelen 2, 3 en 11 van dit reglement van belang.

5.2. Blijkens het aanvraagformulier PGB vv van 21 januari 2016 is sprake van een wettelijk vertegenwoordiger, te weten de zoon van verzoekster. Het is de ziektekostenverzekeraar uit navraag gebleken dat een officiële verklaring hieromtrent niet voorhanden is. Deze verklaring is echter ook niet opgevraagd. De ziektekostenverzekeraar gaat er dan ook vanuit dat in casu sprake is van (wettelijke) vertegenwoordiging.

5.3. Blijkens de aanvraag heeft de wijkverpleegkundige bij verzoekster een indicatie gesteld voor Persoonlijke Verzorging voor veertien uur per week. In het zorgplan wordt beschreven op welke wijze de wijkverpleegkundige dit heeft vastgesteld. Het aanvraagformulier, het zorgplan en het advies van SCIO zijn voorgelegd aan de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Hieruit is het volgende naar voren gekomen.

Het gaat hier om een 79-jarige, alleenstaande vrouw van Marokkaanse afkomst. Zij heeft last van chronische rugpijn waardoor er ADL problemen zijn (moeite met wassen, douchen, aan- en uitkleden, transfers naar het toilet). Verder spreekt zij geen Nederlands, heeft zij een klein sociaal netwerk, is zij analfabeet, kent zij angstproblematiek en is zij somber. Daarnaast lijdt zij aan diabetes, heeft zij schildklierproblemen en een hoge bloeddruk (waarvoor diverse medicatie). De medisch adviseur zet vraagtekens bij de omvang van de geïndiceerde zorg, mede gelet op het advies van SCIO waarin is vermeld: "*In het kader van een WMO-aanvraag voor een rolstoel is de rolstoel binnenshuis afgewezen (wel een buitenrolstoel toegekend): verzekerde kan 50 - 100 meter lopen*". In dit advies wordt uitgekomen op een omvang van zorg van 10,5 uur. Nu dit niet eerder is betwist, gaat de ziektekostenverzekeraar uit van hetgeen de wijkverpleegkundige heeft gesteld. De zorg die verzoekster nodig heeft, kan op vaste tijden worden verleend, en is derhalve planbaar. Er is geen medische noodzaak voor zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep. Verzoekster krijgt medicatie voor diverse chronische aandoeningen. Zij is daardoor in balans en deze aandoeningen genereren geen ADL-tekorten. De mobiliteit is beperkt vanaf 50 meter, zodat in huis geen sprake is van een beperking, behalve de rugpijn. Ook is er geen medische noodzaak voor een vaste zorgverlener die specifieke zorg verleent of gebruik maakt van specifieke hulpmiddelen. Er bestaan sociaal-culturele redenen waardoor verzoekster een uitgesproken voorkeur heeft voor een vaste zorgverlener met een specifieke achtergrond (maar geen specifieke zorg).

Met betrekking tot de transfers naar het toilet vraagt de ziektekostenverzekeraar aandacht voor het volgende. In een soortgelijke zaak heeft de commissie het volgende toegelicht: "*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." In casu is door de wijkverpleegkundige een indicatie voor toiletbezoek gesteld. Niet is gebleken van bijzondere omstandigheden die gelegen zijn in de persoon dan wel de sociale context. Uit het dossier is op te maken dat verzoekster wordt ondersteund door haar zoon en kleindochter, die altijd op afroep beschikbaar zijn voor haar. Van incontinentieproblematiek bij verzoekster is geen sprake.*



Voorts blijkt uit het dossier dat verzoekster de Nederlandse taal bijna niet machtig is. De commissie heeft in soortgelijke zaken toegelicht dat het niet machtig zijn van de Nederlandse taal geen noodzaak geeft voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die iemand nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Alhoewel het voorstelbaar is dat verzoekster een voorkeur heeft voor de haar vertrouwde zorgverleners (zoon en kleindochter), blijkt niet dat formele zorgverleners geen rekening kunnen houden met de problematiek van verzoekster dan wel haar de noodzakelijke zorg niet kunnen verlenen. Indien verzoekster 's nachts het toilet moet bezoeken, kan naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar haar zoon of kleindochter haar hierin als mantelzorger bijstaan. Mantelzorg is 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 heeft nog toegelicht dat het risico op verwaarlozing en sociaal isolement groot is. Tevens is er een kans dat zij last krijgt van een hoge bloeddruk en een schommellende suikerspiegel. De ziektekostenverzekeraar kan echter alleen kijken naar de huidige situatie. Daarnaast heeft de zoon van verzoekster verklaard 40 uur per week te werken. Verzoekster krijgt voor en na zijn werkdag zorg van hem. De zorg wordt op vaste momenten gegeven en is hierdoor planbaar. Uit de aanvraag en het Bewust Keuze Gesprek (hierna: BKG) blijkt dat de zoon van verzoekster de zorg alleen uitvoert. Hij heeft verklaard dat hij de zorg altijd buiten zijn werktijden moet verlenen. Hieruit blijkt dat verzoekster geen zorg op afroep ontvangt. Daarnaast is er geen tijd geïndiceerd rondom een hoge bloeddruk en een schommellende suikerspiegel. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom deze zorg niet meegenomen in zijn beslissing. Het bereiden van maaltijden valt niet onder Persoonlijke Verzorging. Daarom is ook deze zorgvraag niet meegenomen in de besluitvorming.



De ziektekostenverzekeraar concludeert dat de aanvraag voor een PGB vv terecht is afgewezen omdat de zorgvraag van verzoekster niet aansluit bij de voorwaarden die gelden voor een PGB vv, zoals opgenomen in artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2016'.



Verzoekster kan gebruik maken van zorg in natura. Zij kan zich aanmelden bij een gecontracteerde zorgaanbieder. Deze kan worden gevraagd rekening te houden met haar taal en cultuur.

- 
- 5.4. Uit coulance is aan verzoekster tot 19 juni 2016 een PGB vv toegekend. De achtergrond hiervan is dat zij op deze manier de tijd had om het contract met haar huidige zorgverlener(s) op te zeggen en de zorgverlener(s) te betalen.
- 
- 5.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen mogelijkheid voor toekenning van een PGB vv.
- 
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat zijn medisch adviseur het dossier van verzoekster heeft bekeken, en dat kennis is genomen van het SCIO-rapport. Omdat verzoekster medicatie gebruikt voor haar psychische problematiek, is de zorg planbaar. Ook het Zorginstituut concludeert dat een medische onderbouwing voor het niet-planbaar zijn van de zorg ontbreekt. Voorts geldt dat wel degelijk naar mantelzorg mag worden gekeken. Dit speelt met name bij incontinentieklachten. De noodzakelijke zorg kan worden geleverd door de zoon en de kleindochter van verzoekster.
- 

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog aan verzoekster toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, en of de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een schadevergoeding ter zake van de kosten van rechtsbijstand dient te verlenen.

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 de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 28 van de '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.  
(...)"*

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

*Een wijkverpleegkundige (niveau 5) moet een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Dit wordt samen met u uitgewerkt in een zorgplan. In het zorgplan wordt onder andere een onderverdeling vastgesteld in het aantal uur verzorging en aantal uur verpleging.*

**Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft**

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

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, voor zover hier van belang:

"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. De artikelen 28 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering en 2 en 3 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1.1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Verpleging en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv.

Het PGB was ten tijde van het onderhavige geschil als zodanig niet bij wet geregeld.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het onderhavige geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.
- 9.2. De aanvraag voor het PGB vv is ondertekend door de zoon van verzoekster als (wettelijk) vertegenwoordiger. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen officiële stukken voorhanden zijn waaruit deze wettelijke vertegenwoordiging blijkt. Desondanks wordt door de ziektekostenverzekeraar aangenomen dat verzoekster beschikt over een (wettelijk) vertegenwoordiger. De commissie stelt zodoende vast dat verzoekster behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar.
- 9.3. De volgende vraag is of wordt voldaan aan de voorwaarden uit artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar. De zorg die verzoekster ontvangt bestaat uit hulp bij het wassen, douchen, aan- en uitkleden, het bereiden van maaltijden, hulp bij het eten en drinken, en ondersteuning bij transfers binnenshuis, het bestellen en toedienen van medicatie, en rituele wassingen. Met betrekking tot het bereiden van maaltijden en hulp bij het uitvoeren van rituele wassingen geldt dat dit geen Persoonlijke Verzorging is die ten laste van de zorgverzekering kan worden gebracht. Voor het overige betreft het zorg die naar zijn aard op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Verzoekster heeft aandacht gevraagd voor het risico op bloedsuikerschommelingen en hoge bloeddruk. De wijkverpleegkundige heeft het risico op hyper- of hypoglykemie opgenomen in het zorgplan. Hiermee is derhalve rekening gehouden bij de indicatiestelling. Dat plotseling sprake kan zijn van hoge bloeddruk vindt, hoe zeer dit ook het geval kan zijn, geen steun in het door de wijkverpleegkundige opgestelde zorgplan. Hiermee kan derhalve geen rekening worden gehouden bij de beoordeling. Verder gaat het bij verzoekster naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn, mede gelet op de gestelde indicatie voor Persoonlijke Verzorging van veertien uren per week. 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. Het bestaan van een taalbarrière en cultuurverschillen vallen hier niet onder. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft zorg te ontvangen van haar zoon en kleindochter, omdat zij kunnen inspelen op haar specifieke wensen en behoeftes en rekening houden met religieuze en culturele aspecten, betekent dit niet dat een thuiszorgorganisatie de zorg niet aan verzoekster kan verlenen.
- 9.4. Met betrekking tot het door verzoekster gestelde aangaande de transfers naar het toilet, 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. In dit geval vormt het toiletbezoek weliswaar onderdeel van de indicatiestelling, maar is niet gebleken van voornoemde bijzondere omstandigheden, zodat niet kan worden gesproken van niet-planbare zorg. De commissie tekent hierbij aan dat de feitelijke situatie is dat mantelzorg aanwezig is en dat hiervan door verzoekster ook gebruik wordt gemaakt. Dat mantelzorg in het kader van de Zvw geen begrip is, doet aan deze feitelijke situatie niet af.



Verzoekster heeft derhalve geen aanspraak op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd, met name ten aanzien van het advies van SCIO en de zorgvuldigheid van besluitvorming door de ziektekostenverzekeraar, kan niet leiden tot een andere uitkomst.



### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

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



### **Kosten rechtsbijstand**

- 
- 9.6. Verzoekster heeft tevens aanspraak gemaakt op vergoeding van de door haar gemaakte kosten van rechtsbijstand. De commissie ziet, gelet het feit dat hiervoor is overwogen dat zij geen aanspraak heeft op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering, geen grond voor toekenning van de betreffende kosten.



### **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, 21 december 2016,



P.J.J. Vonk