



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar UA en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering
Zorgverzekeraar UA, beide te Tilburg

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

Zaaknummer : 201601165

Zittingsdatum : 18 januari 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

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

1. Partijen

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

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA te Tilburg, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA te Tilburg,
hierna gezamenlijk 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 Zorg-op-maatpolis (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 Basis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 9 december 2015 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 6 januari 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 29 augustus 2016 heeft verzoeker 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).
- 3.5. 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 3 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 november 2016 aan verzoeker gezonden.



3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 november 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 december 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.



3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.



3.9. Bij brief van 14 november 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 8 december 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016131383) 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 op medische gronden onplanbaar is. Verzoeker is in staat zelfstandig het toilet te bezoeken en de resterende zorgvraag heeft betrekking op planbare zorg ten aanzien van de algemene dagelijkse levensverrichtingen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 9 december 2016 aan partijen gezonden.



3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 januari 2017 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.



3.11. Bij brief van 20 januari 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 26 januari 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 verzoeker



4.1. De huisarts heeft het volgende over verzoeker verklaard: "(...) dhr. is afhankelijk van echtgenote mbt wassen, aankleden, douchen en afdrogen, ervaart incontinentieklachten voor ontlasting. Echtgenote verzorgt dhr dan. Verder is dhr beperkt in zijn mobiliteit en is rolstoelafhankelijk. Echtgenote begeleidt dhr. Geeft aan: verzorging door mw is noodzakelijk. (...)”



4.2. Verzoeker ontving tot voor kort van de ziektekostenverzekeraar een PGB vv voor Persoonlijke Verzorging omdat hij lichamelijke beperkingen heeft. De aanvraag voor verlenging van het PGB vv is door de ziektekostenverzekeraar echter afgewezen, omdat de zorg planbaar zou zijn. Verzoeker kan zich met deze beslissing niet verenigen.



4.3. Verzoeker heeft meer zorg nodig dan de ziektekostenverzekeraar aanneemt, en deze zorg is op verschillende tijden gedurende de dag vereist. Vanwege de klachten die verzoeker ervaart als gevolg van zijn lichamelijke beperkingen is hij aangewezen op hulp van anderen en is hij afhankelijk van een rolstoel. De klachten zijn (het gevolg van) versleten heupen en schouders, vijf versleten ruggenwervels, vijf versleten nekwervels en diabetes type 2. De huisarts onderschrijft deze klachten van verzoeker.
Verzoeker moet gedurende de nacht vaak drie tot vier maal naar het toilet en niet op vaststaande tijden. Het is voor hem dan ook niet mogelijk een thuiszorgorganisatie in te schakelen. Dit is eveneens niet mogelijk als verzoeker vóór acht uur in de ochtend moet opstaan en aangekleed moet worden omdat hij een afspraak heeft.



Volgens de ziektekostenverzekeraar kan de thuiszorgorganisatie in de woonplaats van verzoeker op afroep komen. Verzoeker betwijfelt echter of dit ook opgaat voor zijn zorgbehoefte gedurende de nacht.

Reeds vanwege het voorgaande is de zorg die verzoeker ontvangt in het geheel niet planbaar.

Verzoeker stelt dan ook dat hij voldoet aan de voorwaarden die gelden om in aanmerking te komen voor een PGB vv.

4.4. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt samengevat herhaald. Voorts is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat met name de hulp bij de toiletgang niet te plannen is. Met betrekking tot het advies van het Zorginstituut geldt dat verzoeker niet in staat is zelf alles te regelen. De zorg is sterk afhankelijk van de situatie. Dit geldt voor het douchen en de toiletgang, maar ook voor bijvoorbeeld het vervoer per rolstoel. De echtgenote van verzoeker staat hem hierin bij. Als verzoeker gebruik moet gaan maken van in te roepen hulp van buiten, wordt hij erg nerveus en dit verergert zijn klachten. Tot slot heeft verzoeker verklaard dat bij gebruik van een hulpmiddel als een toiletstoel, hij van het bed daarop moet komen. Dat de huisarts een verklaring heeft afgegeven waaruit blijkt dat er niet veel ongelukjes gebeuren, betekent niet dat het niet gebeurt. Feitelijk helpt de echtgenote van verzoeker hem met deze zorg, zodat zij hiervan op de hoogte is. Toiletbezoek is niet medisch, maar de beperkingen van verzoeker zijn wel medisch vastgesteld en deze hebben de beperkingen tot gevolg.

4.5. 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 B.26. van de zorgverzekering is bepaald dat recht bestaat op verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. In dit artikel is ook de mogelijkheid opgenomen om voor wijkverpleging een PGB aan te vragen. De nadere voorwaarden die hiervoor gelden staan in het 'Reglement PGB vv 2015'. Deze voorwaarden zijn ontleend aan de bestuurlijke afspraken over de uitgangspunten en inhoud van het PGB vv die in 2014 zijn overeengekomen door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorgverzekeraars Nederland en Per Saldo. In artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2015' is bepaald dat een verzekerde een indicatie moet hebben voor verpleging en verzorging en langer dan een jaar op de zorg aangewezen moet zijn. Daarnaast moet een verzekerde in staat zijn de taken en verplichtingen die aan het PGB vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren, een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap en de ingeschakelde zorgverleners zo aan te sturen dat gesproken kan worden van verantwoorde zorg.

Voldoet een verzekerde aan het voorgaande, heeft hij de juiste indicatie en kiest hij er bewust voor geen gebruik te maken van zorg door zorgverleners die zijn gecontracteerd door de ziektekostenverzekeraar, dan bestaat aanspraak op een PGB vv als de zorgvraag aan minimaal één van de volgende voorwaarden voldoet (artikel 3 van het reglement):

- als vaak (meer dan drie keer per week) zorg nodig is op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties, of
- als de zorg slecht is in te plannen, omdat de zorg steeds op wisselende tijden, op korte momenten op de dag en/of op afroep nodig is, of
- een vaste zorgaanbieder noodzakelijk is vanwege de specifieke zorg die wordt verleend, of omdat gebruik wordt gemaakt van specifieke (eigen) hulpmiddelen, of
- zorg nodig is die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn of op afroep.

Indien een verzekerde niet behoort tot de doelgroep en/of niet voldoet aan de eisen wat betreft de zorgvraag, dan bestaat geen aanspraak op een PGB vv (artikel 4.7 van het reglement). In dat geval bestaat overigens wel recht op de zorg, maar deze kan niet door de verzekerde zelf worden ingekocht.

5.2. Verzoeker heeft een indicatie voor Persoonlijke Verzorging van zeven uren per week. Bij de indicatiestelling is toegelicht dat verzoeker hulp nodig heeft bij het wassen en douchen, het aan- en uitkleden en het verplaatsen.

De ziektekostenverzekeraar heeft begrip voor de wens van verzoeker gebruik te maken van zijn partner als zorgverlener. De genoemde benodigde hulp die dagelijks moet plaatsvinden is echter zeer goed planbaar en kan worden verricht door een gecontracteerde zorgaanbieder (zorg in natura door een thuiszorgorganisatie).

Voor de volledigheid heeft de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met Rinette Zorg, de instelling die de indicatie heeft gesteld in november 2015. De instelling heeft het intakeformulier overgelegd en daaruit blijkt dat tijdens de intake expliciet naar het toiletbezoek is gevraagd.

Verzoeker heeft verklaard dit alleen, en dus zonder ondersteuning te kunnen. Derhalve heeft verzoeker een indicatie voor de zorgactiviteiten douchen en aan- en uitkleden. Verder heeft de indicerende wijkverpleegkundige met verzoeker besproken dat deze zorg planbaar wordt geacht. Verzoeker heeft hierop medegedeeld dat dit niet altijd zo is, omdat hij soms tijdig weg moet. De wijkverpleegkundige heeft geconcludeerd dat dit geen grond is voor een PGB vv. De ziektekostenverzekeraar onderschrijft dit.

Uit de aanvraag volgde reeds dat de echtgenote van verzoeker hem bij veel zaken ondersteunt.

Door verzoeker is een overzicht overgelegd van de zorg en ondersteuning die dagelijks plaatsvindt. Met betrekking hiertoe stelt de ziektekostenverzekeraar dat de meeste van deze zaken, hoe belangrijk ook, niet vallen onder Persoonlijke Verzorging die kan worden vergoed ten laste van de zorgverzekering. Het gaat dan onder meer om huishoudelijke taken zoals de was en afwas, iemand helpen van zithouding te wisselen, het bereiden van eten, begeleiding bij het verlaten van de woning en het duwen van de rolstoel.

Ten aanzien van de wel geïndiceerde zorg merkt de ziektekostenverzekeraar het volgende op.

- **Ochtendzorg op wisselende momenten (afhankelijk van de nachtrust)**

Een soms verminderde nachtrust is uiteraard vervelend, maar de ziektekostenverzekeraar ziet dit niet als grond dat de zorg redelijkerwijs op wisselende tijden moet worden ontvangen. De meeste mensen die worden verzorgd door professionele thuiszorg hebben bijvoorbeeld pijnklachten waardoor men wisselend slaapt. Er kan besproken worden vanaf of vóór welk tijdstip men het liefst wenst te worden verzorgd. Ook wisselende momenten van zorg, omdat men in verband met een afspraak buitenshuis eerder weg wil van huis, vormen geen grondslag voor een PGB vv.

Voorts zijn de volgende punten niet meegenomen in de indicatie, en daardoor ook niet door de ziektekostenverzekeraar betrokken in de beoordeling van de aanvraag voor een PGB vv. Deze punten kunnen naar hun aard wel onder Persoonlijke Verzorging vallen. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de zorg alleen geïndiceerd kan worden als men redelijkerwijs op de zorg is aangewezen en deze zorg met een bepaalde structuur en frequentie voorkomt.

- **Klaarzetten van medicijnen**

Het is voorstelbaar dat het klaarzetten van medicatie niet is meegenomen in de indicatie, omdat dit alleen mogelijk is als iemand dermate lichamelijk of geestelijk beperkt is dat de medicijnen niet zelfstandig kunnen worden ingenomen. De ziektekostenverzekeraar respecteert dat de echtgenote van verzoeker de voorgeschreven medicijnen dagelijks klaar legt voor verzoeker, ook gelet op zijn verminderde mobiliteit, maar dit maakt niet dat hij niet in staat is de medicatie zelf te verzorgen. Ook mensen in een rolstoel kunnen veelal zorgdragen voor hun medicatiegebruik. Daarbij zou ook *als* een indicatie voor deze zorg is gesteld, gelden dat het verzorgen van de medicatie in beginsel planbaar is. Volgens het door verzoeker overgelegde overzicht doet zijn echtgenote dit ook drie maal daags.

Als verzoeker bij pijnklachten tussendoor een keer extra medicijnen aangereikt moet krijgen, is het de vraag of daarvoor een indicatie kan worden gesteld. Gelet op hetgeen hiervoor is beschreven zou dan 1) duidelijk moeten zijn dat hij daar (ook als hij alleen zou zijn) echt niet toe in staat is, en 2) deze zorgactiviteit dan met een bepaalde structuur en frequentie moeten voorkomen. Als men in geval van een uitzonderlijke (pijn)aanval niet meer in staat zou zijn om zelf medicatie in te nemen, wordt de onvoorziene onplanbare zorg veelal meegenomen in de 10% marge op de wel planbare zorg die de thuiszorg verleent.

- **Ondersteuning bij naar het toilet gaan (afhankelijk van de dagsituatie, soms 's nachts)**

Soms kan begeleiding bij het toiletbezoek en/of verschonen na een ongelukje worden betrokken in de indicatie. Dit kan alleen nadat goed is gekeken of het toiletbezoek niet op andere wijze of met een hulpmiddel kan worden geregeld. Verder kan zorg, zo ook het verschonen na een ongelukje, alleen worden meegenomen als deze met een bepaalde frequentie voorkomt. In andere gevallen komt de thuiszorg uiteraard ook langs, maar dan op afroep binnen de genoemde 10% marge van de wel planbare en geïndiceerde zorg.

De ziektekostenverzekeraar licht toe dat niet wordt gesteld dat *als* een indicatie bestaat voor toiletbezoek of het wisselen van incontinentiemateriaal, dit altijd planbaar is. Bij de beoordeling van een aanvraag voor een PGB vv wordt gekeken naar de medische informatie die bekend is. Het is andersom ook niet zo dat een zorgvraag rondom toiletbezoek of het wisselen van incontinentiemateriaal automatisch niet planbaar wordt geacht. Of deze zorgactiviteit als grondslag voor een PGB vv wordt beschouwd, hangt dus af van de aanwezige medische informatie van de huisarts en/of de behandelend medisch specialist. Dit sluit volgens de ziektekostenverzekeraar ook aan bij eerdere bindende adviezen van de commissie.

De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding van de verklaring van de huisarts, contact met hem opgenomen, omdat deze verklaring weinig duidelijkheid bood voor de beoordeling. De huisarts heeft toegelicht dat hem niet bekend is hoe frequent de ongelukjes voorkomen. Daarbij heeft hij verklaard dat in ieder geval tot op heden geen zorgvraag richting hem als huisarts is voorgelegd door verzoeker. Verzoeker is dan ook niet onderzocht dan wel doorverwezen voor deze problematiek. Wel acht de huisarts het aannemelijk dat verzoeker wat vaker dan een gemiddeld persoon een ongelukje zou kunnen hebben, gelet op de gediagnosticeerde chronische darmontsteking (waarvoor hij overigens wel medicatie krijgt) en zijn gebrekkige mobiliteit. Verzoeker kan volgens de huisarts zelfstandig naar het toilet, maar op een slechte dag zou toch sprake kunnen zijn van een extra zorgvraag. De huisarts kon niet inschatten hoe frequent dit voorkomt bij verzoeker. Op basis van de hem bekende informatie, kan de huisarts zich echter niet voorstellen dat dit zo frequent is als vier of meer keer per week, ook omdat dan eerder een duidelijkere zorgvraag richting hem te verwachten zou zijn. De huisarts zag desgevraagd geen duidelijke *medische* reden voor het niet proberen van professionele thuiszorg. Hij benadrukte wel dat verzoeker altijd heel goed wordt begeleid door zijn echtgenote en dat begrip bestaat voor het persoonlijke verzoek voor een PGB vv zodat de echtgenote de Persoonlijke Verzorging kan blijven doen voor verzoeker.

Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat bij zeer frequente ongelukjes (vier of meer keer per week) de verwachting is dat preventief incontinentiemateriaal wordt gedragen om op die manier de omvang van de verschoning en zorgbehoefte te beperken. Dit is echter niet bekend bij de huisarts en het blijkt ook niet uit de administratie van de ziektekostenverzekeraar.

Gelet op voorgaande overwegingen, is de vraag of in de situatie van verzoeker een indicatie voor deze zorgactiviteit te rechtvaardigen is. De zorg zou dan met een bepaalde frequentie en niet incidenteel moeten plaatsvinden. Nu ook de huisarts niet kan bevestigen dat de zorgvraag structureel en met een bepaalde frequentie voorkomt, zal een indicerend wijkverpleegkundige de ongelukjes lastig mee kunnen nemen, omdat het niet te objectiveren is vanuit de feitelijke situatie van de verzekerde dan wel het medisch dossier. Maar, ook *als* het geïndiceerd kan worden, zal het geen grondslag opleveren voor een PGB vv, tenzij dit leidt tot een zorgvraag op vier of meer momenten per week en dit lijkt in de situatie van verzoeker niet het geval.

Het is tevens begrijpelijk dat verzoeker het liefst geholpen wil worden op een door hem gewenst tijdstip. Dit betekent echter niet dat de zorg ook zorginhoudelijk gezien op wisselende tijdstippen moet plaatsvinden. De ziektekostenverzekeraar gaat ervan uit dat afspraken kunnen worden gemaakt met een gecontracteerde zorgaanbieder waarbij rekening wordt gehouden met de persoonlijke wensen van verzoeker.

Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar begrip voor het feit dat verzoeker 24 uur per dag iemand uit zijn nabije omgeving wil kunnen inschakelen voor zorg, te weten zijn echtgenote. De indicatie voor Persoonlijke Verzorging bedraagt echter zeven uur per week. Deze verzorging kan dan ook worden verricht door een professionele thuiszorgorganisatie en de ziektekostenverzekeraar kan dit vergoeden ten laste van de zorgverzekering. De in de woonplaats van verzoeker gecontracteerde zorgaanbieder Stichting Zuidzorg heeft op verzoek van de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat ook *als* verzoeker een ongelukje zou hebben, de thuiszorg op afroep kan komen. De marge van

10% voor incidentele zorg op afroep is bevestigd door de zorgaanbieder. De thuiszorg kan op afroep binnen twintig à dertig minuten (en veelal sneller) bij verzoeker zijn als hij een melding doet. Verzoeker hoeft zich dus geen zorgen te maken dat als hij Persoonlijke Verzorging nodig heeft, hij niet wordt geholpen door de thuiszorg.

5.3. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat de geïndiceerde Persoonlijke Verzorging die verzoeker nodig heeft, planbare zorg betreft. De zorgvraag van verzoeker voldoet hiermee niet aan de voorwaarden zoals gesteld in artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2015'. Hij heeft daarom geen aanspraak op een PGB vv.

Benadrukt zij dat geenszins wordt gesteld dat verzoeker geen ondersteuning nodig heeft bij zijn persoonlijke verzorging. De inzet van professionele thuiszorg lijkt echter het meest zorgvuldig en adequaat.

5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat het gaat om de planbaarheid van de zorg. Verzoeker legt thans de nadruk op het toiletbezoek en hierop is bij brief van 17 juli 2016 reeds ingegaan. Er ligt geen medische verklaring waaruit volgt dat met betrekking tot de toiletgang iets aan de hand is waardoor deze zorg geïndiceerd is. De ziektekostenverzekeraar heeft contact gehad met de huisarts van verzoeker, en hem is niet bekend dat er vaak ongelukjes gebeuren. Er is ook gesproken over hulpmiddelen die kunnen worden gebruikt als de zorg in de nacht een probleem is. Daarnaast is er ook nog mantelzorg. Daarom bestaat geen indicatie voor een PGB vv.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. 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 het PGB vv alsnog aan verzoeker toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.26. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.26. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op wijkverpleging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering of een hoog risico op die zorg.

*De zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement.
(...)*

Voorwaarden

Algemeen

*In bepaalde gevallen kunt u voor wijkverpleging ook een PGB (Persoons Gebonden Budget) aanvragen bij ons. In het Reglement PGB Verpleging & Verzorging, wat deel uit maakt van deze verzekeringsvoorwaarden leest u daar meer over.
(...)*

Zorgverlener

(...)

Indicatiestelling

*De indicatie wordt gesteld door de verpleegkundig specialist (artikel 14, wet BIG, hbo-master) of een verpleegkundige niveau 5 (artikel 3, wet BIG, hbo-bachelor).
(...)"*

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2015' 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:
(...)*

2. U langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. Hierbij zijn de functiebeperkingen niet veroorzaakt door normale verouderingsprocessen.

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger (ouder, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt o.a. in contracten afsluiten en controleren met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten;*
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw wettelijk vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap.*
- dat u in staat bent de zorgverleners die u heeft gecontracteerd op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg."*

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Hebt u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én kiest u er bewust voor om geen gebruik te maken van zorgverleners die door ons zijn gecontracteerd? Dan kunt u in aanmerking komen voor een pgb vv. Hiermee kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb vv. Hierbij moet uw zorgvraag aansluiten bij een of meer van de volgende voorwaarden:

- u hebt vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;*
- u hebt zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;*
- u hebt zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;*
- er is een noodzaak voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."*

- 8.6. Artikel B.26. van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement PGB vv 2015' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de

 Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

-  8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Verpleging en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv.
Het PGB vv was ten tijde van het geschil als zodanig niet bij wet geregeld.

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

-  9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

-  9.1. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.
-  9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2015' van de ziektekostenverzekeraar. De vraag die dient te worden beantwoord is of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
-  9.3. De zorg die verzoeker ontvangt bestaat uit hulp bij het douchen, aan- en uitkleden, persoonlijke verzorging, het klaarmaken en opdienen van maaltijden, ondersteuning bij de toiletgang, het klaarzetten van medicijnen, het doen van de (af)was en hulp bij verplaatsingen binnenshuis en buitenshuis.
Met betrekking tot het klaarmaken en opdienen van maaltijden, het klaarzetten van medicijnen, het doen van de (af)was en hulp bij verplaatsingen buitenshuis geldt dat dit geen verzekerde zorg 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.
Verder gaat het bij verzoeker 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 zeven uren per week. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft, dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker de voorkeur geeft aan van zijn echtgenote te ontvangen zorg, betekent dit niet dat een thuiszorgorganisatie de zorg niet aan verzoeker kan verlenen.
-  9.4. Met betrekking tot het door verzoeker gestelde aangaande het toiletbezoek, 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 het geval van verzoeker vormt het toiletbezoek geen onderdeel van de indicatiestelling, zodat dit door de ziektekostenverzekeraar terecht niet is meegenomen in de beoordeling van de aanvraag voor het PGB vv.



Ten aanzien van het verschonen na een ongelukje is door de ziektekostenverzekeraar gesteld, en door verzoeker niet bestreden, dat dit niet frequent aan de orde is. Van het gebruik van incontinentiemateriaal door verzoeker is niet gebleken.

- 
- 9.5. Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering.



Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen mogelijkheid voor toekenning van een PGB vv, zodat het verzoek niet op grond 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, 22 februari 2017,



A.I.M. van Mierlo