



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), indicatie, specifieke zorgverlening

Zaaknummer : 201600473

Zittingsdatum : 22 juni 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)



(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: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 
- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
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 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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Top 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).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandarts is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

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 29 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 20 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. Bij brief van 18 februari 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. 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.
- 
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 mei 2016 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 17 mei 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 juni 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. 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.
- 3.8. Bij brief van 13 mei 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 26 mei 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016060629) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoekster geen indicatie heeft voor een PGB vv. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 juni 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 24 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies.
Bij brief van 6 juli 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft in zijn advies overwogen dat de zorg waarvoor verzoekster een PGB vv heeft aangevraagd, niet bijzonder of specifiek is. Dit leidt tot de vraag of er voor het verlenen van deze zorg specifieke kennis of kunde nodig is om te kunnen omgaan met de zintuiglijke en psychische beperkingen van verzoekster. In het algemeen moet het dan gaan om specifieke kennis en kunde die alleen kunnen worden verkregen bij een speciale opleiding. Voor zover het Zorginstituut kan beoordelen, is deze situatie bij verzoekster niet aan de orde. Indien bij verzoekster sprake is van een ernstig uitbehandeld psychiatrisch ziektebeeld, zou het mogelijk zijn dat een specifieke benadering mogelijk is. Dit is uitsluitend het geval bij een zeer ernstige psychiatrische voorgeschiedenis met herhaalde psychiatrische opnames. Een afschrift van dit advies is op 7 juli 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 18 juli 2016 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De huisarts heeft op 31 december 2015 ten aanzien van verzoekster verklaard: *"zij is idd zeer slechtiend ten gevolge van de congenitale amaurosis fugax van Leber. (...) ik kan mij voorstellen dat het voor patiënte prettig is gezien haar slechtiendheid om van vaste hulpverleners gebruik te maken. (...) patiënte is idd slechthorend. (...) de kno arts spreekt in zijn brief uit 2012 van een perceptief gehoorverlies. Audiometrie toon: in symmetrisch oplopend perceptief gehoorsverlies 20 tot 80 dB. Ik kan dat niet in een percentrage uitdrukken. (...) ik ben van mening dat haar fysieke beperkingen zeker mede invloed hebben op haar geestelijk welzijn, waaronder depressieve gevoelens en paniek. (...) zij heeft in verband met haar geestelijk welzijn begeleiding gehad van een psycholoog en gebruikt heden ten dage nog antidepressiva. (...) ik kan mij voorstellen dat het voor patiënte prettig is gezien haar meervoudige beperking en depressieve klachten om van een vaste zorgverlener gebruik te maken. (...) patiënte is bij mij bekend met urine incontinentie. (...) het is mij niet bekend welke zorgmiddelen patiënte nodig heeft ivm haar incontinentie om de gevolgen daarvan afdoende te ondervangen. (...)".*
- 4.2. De behandelend neuroloog heeft op 2 februari 2016 ten aanzien van verzoekster verklaard: *"Bovengenoemde patiënte is enkele jaren geleden uitvoerig onderzocht ivm ernstige functionele beperkingen. De vraag was of er sprake was van een zeldzame mitochondriële myopathie, die eveneens de andere beperkingen (blindheid, slechthorendheid, al vanaf jonge leeftijd) zou kunnen*

verklaren. Bij onze analyses kon een myopathie niet eenduidig worden vastgesteld, wel de forse beperkingen die patiënte ondervindt in het dagelijks leven ten gevolge ook van voornamelijk de slechthoortendheid en slechthoortendheid. Patiënte gaf op 28-01-2016 aan tijdens een telefonisch consult met mij, bij wisselende personen die bij haar in huis komen om te helpen met ADL, snel in paniek te raken, hetgeen haar kwaliteit van leven uiteraard fors doet afnemen. (...)"

- 4.3. Verzoekster heeft al vanaf haar kindertijd moeite met zien. Vanaf haar 30ste levensjaar ging haar vermogen om (trap) te lopen steeds verder achteruit. De klachten zijn steeds erger geworden. In dit kader is verzoekster enkele jaren geleden uitvoerig onderzocht, teneinde te bezien of sprake was van een zeldzame mitochondriële myopathie. De oorzaak van de ernstige functionele beperkingen waaraan verzoekster lijdt, kon echter niet worden vastgesteld. Zij zit thans in een rolstoel. Verder is zij volledig blind als gevolg van congenitale aumrosis fugax van Leber (een erfelijke oogaandoening), en is zij slechthoortend. Mede vanwege haar meervoudige fysieke beperkingen heeft verzoekster depressieve gevoelens en paniekaanvallen. Hiervoor heeft zij begeleiding gehad van een psycholoog en gebruikt zij antidepressiva. Omdat de zelfredzaamheid van verzoekster achteruit gaat, hecht zij erg aan vaste personen om haar heen, die weten waar alles staat en hoe moet worden gehandeld. Bij een vreemde raakt verzoekster het overzicht kwijt, hetgeen zich uit in paniekaanvallen en depressie. Een en ander is bevestigd door haar behandelend arts.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar is bij zijn afwijzing niet ingegaan op de problematiek van verzoekster, in het bijzonder met betrekking tot het argument dat zij vaste zorgverleners nodig heeft. De ziektekostenverzekeraar dient te motiveren wat de reden is van de afwijzing.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat in het voorlopig advies van het Zorginstituut nauwelijks wordt ingegaan op de kern van het betoog. Vanwege haar meervoudige beperkingen is er een noodzaak voor een vaste zorgverlener. Het gaat hierbij niet om een subjectieve wens. Het Zorginstituut besteedt aandacht aan de planbaarheid, maar gaat niet in op de specifieke situatie van verzoekster. Zij is slechthoortend, slechthoortend en gebruikt een rolstoel. Daarnaast is er een geschiedenis van depressies, paniekaanvallen en straatvrees. De omgeving en de huisarts vrezen dat verzoekster niet kan omgaan met wisselende zorgverleners. Het gaat verzoekster om de uitleg van het begrip 'specifieke zorgverlening'. Die uitleg moet breder zijn dan waar de ziektekostenverzekeraar van uitgaat. De vraag is hoe met de beperkte uitleg van de ziektekostenverzekeraar ooit nog wordt toegekomen aan toekenning van het PGB vv.
- 4.6. Bij brief van 18 juli 2016 heeft verzoekster, in reactie op het definitief advies van het Zorginstituut, medegedeeld dat het Zorginstituut het begrip "zorg" als niet meer ziet dan de concrete zorghandelingen. In de optiek van het Zorginstituut zal dus slechts aan het criterium van een 'specifieke zorgverlening' worden voldaan indien de zorghandelingen een bepaalde mate van vakkennis vergen die de gemiddelde zorgverlener niet in huis heeft. Deze uitleg staat echter op gespannen voet met de uitleg die aan het begrip "zorg" wordt gegeven in de rechtspraak en de wetsgeschiedenis. Zo heeft de Centrale Raad van Beroep bij herhaling geoordeeld dat voor de beoordeling van kwalitatief verantwoorde zorg een materieel criterium dient te worden aangelegd. Volgens dat criterium dient de verleende zorg te zijn: "zorg van goed niveau, die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op het individu en de reële behoefte van de patiënt". Een vergelijkbare definitie van goede zorg is te vinden in artikel 2 van de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Zorg dient derhalve niet slechts van een (technisch) goed niveau te zijn, maar moet ook zijn afgestemd op het individu. Zoals verzoekster herhaaldelijk naar voren heeft gebracht, heeft zij door haar meervoudige beperkingen grote moeite met veranderingen en wisselende contacten. Als zij hieraan wordt blootgesteld, krijgt zij depressies en paniekaanvallen. Van goede zorg, in de zin dat de zorg is afgestemd op de specifieke behoeften van verzoekster, kan dan redelijkerwijs niet meer worden gesproken.

 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen. Verder vordert verzoekster een schadevergoeding ter zake van de kosten van rechtsbijstand, die € 750,-- bedragen.

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

 5.1. Verpleging en verzorging in de thuissituatie maken vanaf 1 januari 2015 deel uit van de zorgverzekering. Een en ander is geregeld in artikel 2.10 Bzv. Deze wijziging houdt in dat verzoekster met ingang van 1 januari 2015 de geïndiceerde zorg ontvangt via de ziektekostenverzekeraar.

In artikel B.26 van de zorgverzekering is geregeld in welke gevallen aanspraak bestaat op verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. In het artikel is ook de mogelijkheid van het PGB vv opgenomen. De nadere voorwaarden voor het PGB vv zijn omschreven in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Deze voorwaarden zijn gebaseerd op bestuurlijke afspraken over de uitgangspunten en de inhoud van het PGB vv, die in 2014 zijn gemaakt tussen het Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Per Saldo.

In het reglement is opgenomen dat een indicatie dient te bestaan voor verpleging en verzorging, waarbij de verzekerde langer dan een jaar op de zorg is aangewezen. De verzekerde moet daarnaast in staat zijn de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden, op verantwoorde wijze uit te voeren, een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap en de ingeschakelde zorgaanbieders zo aan te sturen dat kan worden gesproken van verantwoorde zorg.

 5.2. Indien een indicatie bestaat en er bewust voor wordt gekozen geen gebruik te maken van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders, kan men in aanmerking komen voor een PGB vv indien is voldaan aan één van de volgende voorwaarden:

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

 5.3. Verzoekster heeft een indicatie voor Persoonlijke Verzorging van tien uren per week. Zij heeft hulp nodig bij het wassen en douchen, het aan- en uitkleden, het aanreiken van medicatie en het druppelen van de ogen. Zij heeft toegelicht dat sprake is van zorg die vooraf slecht is in te plannen en plaatsvindt op wisselende tijdstippen. Vanwege haar incontinentie is het belangrijk dat verzoekster op korte termijn hulp krijgt bij het wassen en het verschonen van kleding en beddengoed. Voor haar geestelijke gesteldheid is vertrouwdsheid met vaste zorgverleners belangrijk.

De zorg die verzoekster nodig heeft, is goed planbaar. De hulp bij verschoning in verband met incontinentie is niet geïndiceerd. Uit de administratie blijkt overigens dat verzoekster gebruik maakt van incontinentiemateriaal. Dit maakt dat ook deze zorg planbaar is. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoekster vanwege haar geestelijke gesteldheid gebruik wenst te maken van vaste en vertrouwde zorgverleners. Dit levert echter geen grond op voor verstrekking van een PGB vv. Ook is niet komen vast te staan dat de specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft, of de zorg in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen, niet kan worden geleverd door een zorgverlener van een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.

 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het reglement duidelijk is. Het gaat om de zorg die is geïndiceerd. In dit geval is de geïndiceerde zorg niet specifiek. Het gaat om wassen, aan- en uitkleden en dergelijke. Dit komt in alle PGB-aanvragen voor.

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 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 gehouden is het PGB vv alsnog aan verzoekster toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, alsmede haar een schadevergoeding van € 750,-- 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 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. (...)

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. (...)

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' 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 Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' 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 Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

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

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

Het PGB was ten tijde van het geschil 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. Niet in geschil is dat verzoekster behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. De vraag is of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoekster ontvangt bestaat uit hulp bij het douchen, wassen, aan- en uitkleden, het aanreiken van medicatie en het druppelen van de ogen. Verder heeft zij te maken met incontinentie, waarvoor zij hulp nodig heeft bij het verschonen van kleding en beddengoed. Verzoekster gebruikt incontinentiemateriaal.
De aan verzoekster te verlenen zorg betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Ook het verschonen in verband met incontinentie kan - nu gebruik wordt gemaakt van incontinentiemateriaal - goed worden ingepland, maar kan tevens op afroep beschikbaar worden gesteld. Het gaat naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn. Dit blijkt onder andere uit de indicatie van tien uur Persoonlijke Verzorging per week die door de wijkverpleegkundige is gesteld.
- 9.4. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Volgens het Zorginstituut is eerst sprake van 'specifieke zorgverlening' indien specifieke kennis en kunde benodigd is, die enkel kan worden verkregen bij een speciale opleiding, en niet behoort tot de basisvaardigheden van de wijkverpleegkundige. Dit is volgens het Zorginstituut uitsluitend het geval bij een zeer ernstige psychiatrische voorgeschiedenis, met herhaalde psychiatrische opnames. Hiervan is bij verzoekster niet gebleken. De commissie sluit zich aan bij het advies van het Zorginstituut, en neemt de conclusie hiervan over.
Verzoekster heeft nog aangevoerd dat het begrip "zorg" ruimer dient te worden uitgelegd dan enkel de concrete zorghandelingen. De zorg moet niet alleen technisch goed zijn, maar moet ook passen bij de behoeften van de patiënt. Uit het advies van het Zorginstituut valt op te maken dat dit aspect in de afweging is betrokken. Bij de behoeften van de patiënt gaat het echter niet om diens persoonlijke voorkeuren, maar om de objectief te bepalen noodzaak van een bepaald soort zorgverlening. Door verzoekster is gesteld dat de wisselende contacten kunnen leiden tot depressies en paniekaanvallen. Deze psychische problematiek is - zoals hiervoor is overwogen - niet zodanig ernstig dat de inzet van specifieke zorgverlening, dat wil zeggen anders dan op het niveau van de wijkverpleegkundige, hierdoor wordt gerechtvaardigd.
Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van vaste zorgverleners, betekent dit niet dat zorgverleners van een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie haar de noodzakelijke zorg niet kunnen verlenen, daarbij rekening houdend met haar problematiek.
Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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



Conclusie



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



9.7. Aangezien het verzoek tot toekenning van een PGB vv wordt afgewezen, is er geen aanleiding tot toewijzing van de door verzoekster gevorderde schadevergoeding van € 750,-- ter zake van de kosten van rechtsbijstand.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 17 augustus 2016,



J.A.M. Strens-Meulemeester

