



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OHRA
Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg

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

Zaaknummer : 201502898

Zittingsdatum : 21 september 2016

 Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

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

 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,

 tegen

 OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

 2. De verzekeringssituatie

-  2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 15 mei 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
-  3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 27 augustus 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
-  3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
-  3.4. Bij brief van 20 april 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
-  3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 juni 2016 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 19 juli 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft medegedeeld eveneens 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 12 juli 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 28 juli 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016093600) bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld dat nader onderzoek nodig is naar de aard, frequentie, mogelijke oorzaak en behandel mogelijkheden van de aangegeven medisch bevestigde valpartijen, of wisselende uitval, zoals de reumatoloog heeft toegelicht. Als hiervoor frequent hulp nodig is op wisselende tijden en dit probleem niet behandelbaar is of voorkomen kan worden door aanpassingen, kan een indicatie aanwezig zijn voor het PGB. Het advies van het Zorginstituut is op 8 augustus 2016 aan partijen gezonden. De zorgverzekeraar is bij die gelegenheid gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies, binnen een termijn van twee weken uit te voeren en de commissie over de uitkomst hiervan te berichten. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 7 september 2016 medegedeeld het nader onderzoek te hebben verricht. Hierbij is hij tot de conclusie gekomen dat de eerdere afwijzing dient te worden gehandhaafd.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 21 september 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 23 september 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 6 oktober 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht, inhoudende dat het verzoek dient te worden afgewezen. Een afschrift van dit advies is op 7 oktober 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft - na uitstel - op 17 oktober 2016 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de zorgverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende vermeld: *"Ik heb verzorging van mijn dochter en dat vind(...) ik heel fijn ze kan mij helpen wanneer ik het wil. Door mijn ziekte voel ik mij niet altijd lekker. Ben vaak moe en stijf. Daarom is het belang(...)rijk voor mij dat daar rekening mee gehouden wordt, zodat ik zelf aan kan geven wanneer ik mijn hulp wil. Mijn dochter verzorg[t] mij al 4 jaar lang ze weet ook p[re]cies hoe ik gedo[u]cht wil worden en ze weet ook dat er ex(...)tra aandacht gegeven moet aan mijn huid. (...) omdat ik niet op de zelfde tijdstip uit bed kom, als ik me niet goed voel blijf ik door slapen (...) elke dag do[u]jchen 2 x per dag, 2 x per dag insmeren huidverzorging. Het verzorgen van voeten en nagels 1 x per week. Haarverzorging elke dag, en als ik echt niets meer kan, dan ook verzorging van bed instappen en uit bed hallen. Help mijn ook met aan en uittrekken van prot[h]ese. Heb een c[h]ro[ni]sche ziekte SLE + een hersenin[f]arkt gehad waar door elke dag verschillend is voor mijn (...)"*.
- 4.2. De behandelend reumatoloog heeft op 19 juni 2015 ten aanzien van verzoekster verklaard: *"Bovengenoemde patiënte werd op 19-06-2015 gezien op de polikliniek Reumatologie. Zij is sinds 1993 bekend op deze polikliniek met systemische lupus erythematosus (SLE). Dit is een auto-immuunaandoening waarbij verschillende orgaansystemen betrokken kunnen zijn in het ziekteproces. (...) Voor patiënte betekent haar SLE dat zij verminderd mobiel is ten gevolge van een doorgemaakt herseninfarct, zij een ernstige vorm van het syndroom van Raynaud heeft waardoor zij een lage tolerantie voor koude heeft en dat haar huid extreem gevoelig is voor de zon en bij zonexpositie exantheem krijgt met blijvende restschade (hyperpigmentatie). (...)"*. Op 19 september 2015 heeft de reumatoloog verklaard:

"Bij mij is bekend bovengenoemde patiënte met (...) systemische lupus erythematoses sinds 1993. De diagnose is gesteld op basis van vlinder-exantheem, chronisch discoïde lupus, artritis, positieve ANF, positieve anti-dsDNA en positieve anti-Sm. Als orgaanbetrokkenheid heeft zij in 1998 lupusnephritis WHO klasse IV-C gehad, waarvoor zij is behandeld met prednison en maandelijkse cyclofosfamide in trialverband, waarop remissie is bereikt. Daarna heeft zij in 2011 serositis gehad waarvoor zij is behandeld met prednison en azathioprine. De azathioprine is in de afgelopen maanden gestaakt ivm verhoogde transaminasen. Tevens heeft zij in 2009 een ischemisch CVA met hemiparese links (...) doorgemaakt. Zij heeft een ernstige loop stoornis waardoor zij hulp van een auto nodig heeft om van haar huis te reizen naar ziekenhuizen, winkels, etc. De ziekte kent een wisselend beloop waardoor zij de ene dag veel minder kan dan de andere dag. Het energieniveau per dag varieert bij deze ziekte enorm. Voor haar heen draagt zij een prothese die zij niet zelfstandig aan en uit kan doen, waarbij haar jongste dochter haar verzorgt. Door deze vorm van mantelzorg is zij in staat haar validiteit te behouden. Tevens heeft zij last van wisselende uitval waarbij zij af en toe valt en waarbij haar dochter haar overeind helpt. (...)".

- 4.3. De behandelend reumatoloog heeft verklaard dat de aandoening van verzoekster een wisselend beloop kent, waardoor zij de ene dag veel minder kan dan de andere dag, en waarbij het energieniveau enorm varieert. Deze verklaring wordt bevestigd door de huisarts en de maatschappelijk werker van verzoekster. Verzoekster heeft ondersteuning nodig bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) op wisselende tijden. Haar beperkingen zijn elke dag anders. Vanuit de Wmo is zorg toegekend aan verzoekster in de vorm van een overdekte scooter. De zorgverzekeraar gaat aan dit argument van verzoekster geheel voorbij.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster verwezen naar een verklaring van de behandelend arts waaruit blijkt dat de aard en frequentie van het vallen wisselend zijn en dat hiervoor geen behandeling mogelijk is. De klachten zijn niet te voorkomen, zodat verzoekster is aangewezen op een PGB vv. De zorgverzekeraar bestrijdt dit en stelt dat het gaat om incidentele zorg. Dit blijkt echter niet uit het dossier. Het is aan de zorgverzekeraar hiervan bewijs te leveren. Gesteld wordt dat de zorg bestaat uit het helpen opstaan door de dochter, maar dit is niet juist. Als verzoekster met haar prothese valt, ontstaan er blauwe plekken die zij zelf niet voelt. Haar dochter kan dit controleren en kan de plekken insmeren, zodat deze niet zwart worden. Voorts wordt verwezen naar een gesprek tussen een medewerker van de zorgverzekeraar en de wijkverpleegkundige. Hiervan zijn evenwel geen stukken in het dossier aanwezig. De wijkverpleegkundige heeft tegen verzoekster gezegd dat wel sprake is van een wisselende zorgbehoefte. Verzoekster heeft een wisselend energieniveau; zij gebruikt medicatie tegen depressies, en kan daarom niet elke dag om acht uur stipt worden gedoucht.
- 4.5. Bij e-mailbericht van 17 oktober 2016 heeft verzoekster medegedeeld dat zij haar standpunt handhaaft dat sprake is van wisselende zorg, zodat zij in aanmerking komt voor een PGB vv. Zij verwijst naar hetgeen hieromtrent reeds eerder is toegelicht. Daarnaast meent verzoekster dat onvoldoende onderzoek is verricht door verzoekster. Indien en voor zover er nog vragen waren over de beperkingen van verzoekster, hetgeen zij overigens betwist, had nader onderzoek door een wijkverpleegkundige hierover opheldering kunnen bieden. De zorgverzekeraar heeft dit echter nagelaten.
Onduidelijk is of het Zorginstituut kennis heeft genomen van de verklaring van de behandelend arts van 23 augustus 2016. In deze verklaring wordt toegelicht dat de aanvallen wisselend van aard en frequentie zijn, zodat op wisselende tijden zorg dient te worden gegeven. De conclusie van het advies van het Zorginstituut staat hier haaks op.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 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 zorgverzekeraar.



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 zorgverzekeraar. 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 zorgverzekeraar 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. De zorgverzekeraar acht een wisselend energieniveau of een wisselende mate van klachten in beginsel geen grond voor toekenning van een PGB vv. Een wisselend energieniveau of wisselende mate van klachten (bijvoorbeeld pijnklachten) speelt een rol bij het grootste deel van de groep van verzekerden die is aangewezen op ondersteuning bij de persoonlijke verzorging of verpleging. In de praktijk blijkt dat vrijwel deze gehele groep door een thuiszorgorganisatie op goede wijze kan worden geholpen op geplande momenten, waarbij uiteraard rekening wordt gehouden met de klachten en belastbaarheid van de patiënt.



Hierop maakt de zorgverzekeraar een uitzondering in het geval dat de klachten dermate wisselen dat op voorhand aannemelijk is dat op de ene dag van de week meer hulp nodig zal zijn dan op de andere, dit ook te objectiveren is aan de hand van medische informatie, alsmede dit punt is betrokken in de indicatiestelling. Een andere uitzonderingsgrond is die waarbij betrokkene dermate ernstige klachten heeft dat hij of zij op geplande momenten (in de ochtend en avond) met regelmaat redelijkerwijs geen zorg vanuit een thuiszorgorganisatie kan ontvangen. Belangrijk hierbij is dat de patiënt juist in verband met deze klachten een indicatie voor persoonlijke verzorging of verpleging heeft.



De zorgverzekeraar heeft contact gehad met de wijkverpleegkundige, die heeft toegelicht dat bij verzoekster geen sprake is van een wisselende indicatie. Er wordt elke dag in de week gedurende een uur persoonlijke verzorging nodig geacht.



De medisch adviseur van de zorgverzekeraar heeft het dossier van verzoekster bestudeerd, en heeft medegedeeld dat de aandoening SLE weliswaar heel vervelend is, maar geen bijzondere situatie oplevert waarbij aannemelijk is dat verzoekster geen thuiszorg vanuit een organisatie kan ontvangen.



Hoewel de zorgverzekeraar begrip heeft voor het feit dat verzoekster liever wil worden geholpen door haar dochter, is deze wens onder de zorgverzekering geen grond (meer) voor toekenning van een PGB vv.

- 
- 5.4. Bij brief van 7 september 2016 heeft de zorgverzekeraar medegedeeld dat bij een verhoogd risico op vallen een personenalarmering aangewezen kan zijn. De navolging hiervan is in beginsel geen wijkverpleging, maar ligt eerder in de sfeer van de mantelzorg. Alleen zorg die expliciet is meegenomen in de indicatie kan worden meegewogen in de beoordeling of de verzekerde voor
- 



deze geïndiceerde zorg ook in aanmerking komt voor een vergoeding door middel van een PGB vv. Uit de aanvraag en het telefoongesprek met de indicierend wijkverpleegkundige volgde dat het ging om één uur per dag aan Persoonlijke Verzorging, voor de ADL, die op zichzelf planbaar was op vaste momenten. Er is geen sprake van een wisselende indicatie. Ondanks dat de persoonlijke wens van verzoekster voor een PGB vv samenhangt met lichamelijke klachten, is niet aannemelijk dat verzoekster de zorg medisch gezien niet op vaste geplande momenten kan ontvangen.



5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar verwezen naar de brief van 7 september 2016. Uit de verklaring van de behandelend arts blijkt niet dat het vallen frequent is. Er blijkt ook niet dat sprake is van blauwe plekken na een val, die direct moeten worden behandeld. De zorgverzekeraar is het niet eens met het advies van het Zorginstituut. Het enkele valrisico kan niet worden meegenomen in het kader van de beoordeling van de aanspraak op verpleging en verzorging. Dit was ook onder de AWBZ niet het geval. Bovendien vormt het vallen in de situatie van verzoekster geen onderdeel van de indicatiestelling. Er zijn veel aanvragers van een PGB vv die - vaak - vallen. Het helpen bij het opstaan hoort bij de mantelzorg en eventueel kan een aanvraag worden gedaan voor personenalarmeringsapparatuur. In dit geval staat de valfrequentie niet vast op basis van objectieve gegevens. Ten aanzien van de verklaring van de wijkverpleegkundige geldt dat een medewerker van de zorgverzekeraar heeft gebeld. Dit is toegestaan en gebeurt vaker. Verzoekster had de wijkverpleegkundige kunnen vragen naar de achtergrond van het - kennelijk - gewijzigde standpunt, maar dit is niet gedaan. Voor het gestelde betreffende het energieniveau van verzoekster verwijst de zorgverzekeraar naar het advies van het Zorginstituut en het eerder door de zorgverzekeraar ingenomen standpunt.



5.6. De zorgverzekeraar 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 is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil



7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog aan verzoekster toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van 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 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.28. 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 b 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 vergoeding van de kosten van 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 zorgverzekeraar 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 verzoekster behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging'. Rest de vraag 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, het aan- en uitkleden en de lichamelijke verzorging, bestaande uit het insmeren van de huid en de verzorging van het haar, het gezicht en de nagels. Verder heeft zij in sommige gevallen hulp nodig bij het in en uit bed komen en wordt zij geholpen bij het aan- en uittrekken van haar beenprothese. Dit betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan plaatsvinden. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen of wisselende locaties nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Dat de aandoening van verzoekster gepaard gaat met een variabel energieniveau, is onvoldoende om tot een andere conclusie te komen. Een en ander is meegewogen in de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige, die volgens de zorgverzekeraar heeft medegedeeld dat iedere dag een uur Persoonlijke Verzorging moet worden verleend aan verzoekster, zodat het niet gaat om een wisselende indicatie. Dit laatste is door verzoekster niet bestreden, en blijkt tevens uit de indicatiestelling. Dat de beperkingen per dag kunnen variëren maakt het voorgaande niet anders. Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn, mede gelet op de hoogte van de gestelde indicatie voor Persoonlijke Verzorging van zeven uren per week. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van haar dochter, betekent dit niet dat formele zorgverleners geen rekening kunnen houden met haar problematiek en de gevolgen hiervan, onder andere tot uitdrukking komend in het tijdstip waarop en de mate waarin de zorg nodig is.
Het voorgaande leidt ertoe dat verzoekster geen aanspraak heeft op het PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.4. Dat verzoekster van de gemeente een overdekte scooter heeft gekregen, brengt hierin geen verandering, omdat het hierbij gaat om een verstrekking ten laste van een andere regeling, te weten de Wmo, waarbij andere criteria van toepassing zijn.

Conclusie

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



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 26 oktober 2016,



H.A.J. Kroon

