



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V.
te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201602322
Zittingsdatum : 22 maart 2017

 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: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

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

 2. De verzekeringssituatie

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

 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 7 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld hem geen PGB vv toe te kennen.

 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 28 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

 3.4. Bij brief van 29 november 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 8 februari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 februari 2017 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 maart 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Verzoeker heeft op 21 maart 2017 telefonisch 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 13 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 21 februari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017007375) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de zorgvraag enkel betrekking heeft op planbare zorg en geen medische noodzaak bestaat voor een vaste zorgverlener of voor 24-uurs zorg in de nabijheid of op afroep. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 6 maart 2017 aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 maart 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 22 maart 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 29 maart 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. Door een ernstig bedrijfsongeval ruim tien jaar geleden heeft verzoeker beschadigingen aan benen en voeten opgelopen. Verzoeker leeft dagelijks met hevige pijnen en als gevolg van de huidtransplantaties aan de onderkant van de voeten is sprake van extreme eeltvorming, waardoor hij lichamelijk beperkt is. Tevens ervaart verzoeker psychische problemen; hij is depressief en hij lijdt aan schaamtegevoelens. Hij verwijst in dit verband naar een verklaring van de behandelend psychiatrisch verpleegkundige van GGZuidland van 20 oktober 2016. Verzoeker is de eerste jaren na het ongeval verzorgd door zijn echtgenote. Omdat dit voor haar te zwaar werd, is een PGB vv aangevraagd en kon een gedeelte van de zorg worden overgenomen door een goede vriend van verzoeker. Door de schaamte staat verzoeker het niet toe dat anderen dan zijn echtgenote en goede vriend hem verzorgen. Naast hulp bij de persoonlijke verzorging heeft verzoeker hulp nodig bij de toiletgang. De lichamelijke situatie van verzoeker verschilt per dag waardoor de zorgbehoefte varieert. Verzoeker moet regelmatig 's avonds en in het weekend een beroep doen op zijn goede vriend om hem te verzorgen. Verzoeker stelt dat de zorg nodig is op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen zodat sprake is van niet planbare zorg. Ook dient de zorg 24 uur per dag op afroep beschikbaar te zijn. Hij verwijst naar verklaringen van de huisarts en de behandelend psychiatrisch verpleegkundige, en zijn patiëntjournaal bij de huisarts.
-  4.2. De behandelend psychiatrisch verpleegkundige van GGZuidland heeft bij brief van 19 juli 2016 over verzoeker het volgende verklaard: *"Via deze brief bevestig ik dat u, [verzoeker], vanwege uw handicaps afhankelijk bent van zorg op afroep en dit mogelijk op ongebruikelijke tijden. (...)".* De huisarts heeft op 15 juli 2016 het volgende over verzoeker verklaard: *"[Verzoeker] heeft zorg op afroep nodig, het gaat niet om vaste tijden".*

- 4.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het door haar op 7 april 2016 afgenomen assessment het volgende toegelicht: *"Dhr. heeft 10 jaar geleden een bedrijfsongeval gehad. Dhr. heeft een heftruck op zijn benen gekregen. Volgens zijn vrouw heeft dhr. sindsdien veel pijn. In 2012 heeft dhr. een terugslag gehad, veroorzaakt door een ontsteking in zijn been. Vanaf 2012 geeft dhr. veel pijn aan en lijkt geestelijk overbelast. Dhr. is onder behandeling bij de GGZWNB. Psychiater [xxx] en psycholoog [xxx] Mw. heeft altijd voor dhr. gezorgd, maar heeft de zorg nu 9 maanden geleden uit handen gegeven aan een goede kennis. Dit op verzoek van dhr. hij heeft schaamte volgens zijn vrouw en wil graag door een man geholpen worden, iemand die hij kent (...). Dhr. kan volgens zijn vrouw niet zelfstandig staan of lopen en moet 's avonds naar boven gedragen worden. Dhr. gebruikt op dit moment sederende medicatie (morphinepreparaten) e.a."*
De wijkverpleegkundige heeft bij verzoeker een indicatie gesteld voor zestien uren en dertig minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 4.4. Verzoeker beroept zich op de elementaire principes van mensenrechten zoals vastgelegd in het Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap (hierna: VRPH).
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 8 februari 2017 het bij verzoeker bestaan van een Post Traumatisch Stress stoornis (hierna: PTTS) in twijfel trekt, ondanks de verklaringen van de huisarts en de behandelend psychiatrisch verpleegkundige. Beide verklaringen zijn op dit punt duidelijk. Bovendien volgt uit deze verklaringen dat verzoeker zorg op afroep nodig heeft en dat de zorg niet op vaste tijdstippen kan worden verleend. Verzoeker merkt op dat hij niet aanwezig is geweest bij het gesprek tussen de ziektekostenverzekeraar en de huisarts, zodat hij niet weet wat toen is besproken.
Voorts heeft verzoeker benadrukt dat uit het assessment van de indicierend wijkverpleegkundige volgt dat verzoeker hulp nodig heeft bij de toiletgang en bij transfers. Toiletbezoek is niet planbaar. Verzoeker kan niet zelfstandig op het toilet zitten in verband met het niet kunnen buigen van zijn knie. Hij maakt gebruik van een door de gemeente verstrekte kruk. Daarnaast heeft hij voortdurend ondersteuning nodig. Dit maakt dat sprake is van een bijzondere omstandigheid. Verder voert verzoeker in reactie op het advies van het Zorginstituut aan dat hij heeft gewezen op zijn schaamtegevoelens. Zijn echtgenote mocht niet aanwezig bij het Bewust Keuze Gesprek (hierna: BKG). Verzoeker stond tijdens het BKG onder zware medicijnen en kan zich hetgeen toen is besproken niet meer herinneren. Verzoeker meent daarom dat sprake is van een "vertroebeld" onderzoek naar de aanspraak op een PGB vv.
Verder merkt hij nog op dat tijdens het contact tussen de ziektekostenverzekeraar en de huisarts zou zijn gesproken over valgevaar in verband met afgenomen spierkracht. Ook als het geen levensbedreigende situatie betreft, betekent dit niet dat hij niet direct geholpen dient te worden. Tot slot bestaat er een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met de PTTS en schaamtegevoelens.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. In artikel 13 van de zorgverzekering zijn de voorwaarden voor een PGB vv beschreven. In dit artikel wordt verwezen naar het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2016' (hierna: 'Reglement PGB vv 2016'). Aanspraak op een PGB vv bestaat indien de verzekerde voldoet aan één of meerdere voorwaarden zoals opgenomen in artikel 3 van het reglement. Deze voorwaarden luiden:
- verzekerde heeft vaak zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
 - verzekerde heeft zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
 - verzekerde heeft zorg nodig die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep (in het geval van Intensieve Kindzorg of PTZ);

- er is een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzekerde nodig heeft of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

- 5.2. Op 27 mei 2016 heeft telefonisch contact plaatsgevonden met de indicierend verpleegkundige. Deze heeft verklaard dat zij de situatie van verzoeker kwetsbaar vindt. Hij is ernstig ziek en de geleverde zorg is onvoldoende. Ondanks de geleverde zorg verslechtert de situatie van verzoeker. De verpleegkundige heeft contact gehad met de huisarts van verzoeker. Deze heeft toegezegd zich in verbinding te stellen met verzoeker teneinde een revalidatietraject met hem te bespreken. Verder ervaart de verpleegkundige de situatie van verzoeker als zeer zorgelijk. Tijdens het stellen van de indicatie is zorg in natura besproken. Hier staat verzoeker echter niet voor open. De verpleegkundige heeft alleen de Persoonlijke Verzorging geïndiceerd. De begeleiding van verzoeker is niet meegenomen in de indicatiestelling. De verpleegkundige is uitgegaan van de vorige indicatie en heeft het aantal uren verhoogd op basis van de informatie die tijdens het huisbezoek is verstrekt.
- Op 1 juni 2016 heeft met verzoeker een BKG plaatsgevonden. Verzoeker heeft verklaard dat hij met behulp van hulpmiddelen kan staan. De zorg die hij van zijn zorgverlener ontvangt start 's ochtends tussen kwart voor negen en negen uur. Hij wordt geholpen met het wassen van het onderlichaam, het aankleden, het insmeren van zijn been en het aantrekken van de steunkous. Voorts ontvangt verzoeker hulp bij transfers van de trap en het klaarleggen en aanreiken van medicijnen. 's Middags wordt de steunkous uitgetrokken zodat het been opnieuw kan worden ingesmeerd, daarna wordt de steunkous weer aangetrokken. In de avond krijgt verzoeker hulp bij transfers van de trap en het klaarmaken voor de nacht. Verzoeker heeft verklaard een goede band te hebben met zijn zorgverlener en vindt het moeilijk door anderen te worden verzorgd.
- Tijdens de herbeoordeling zijn stukken opgevraagd van de huisarts en de behandelend psycholoog opgevraagd. Zowel de huisarts als een HBO verpleegkundige van de GGZ-instelling waar verzoeker wordt behandeld stellen dat sprake is van zorg op afroep en zorg op wisselende tijden. Naar aanleiding van de brief van de huisarts is op 26 juli 2016 telefonisch contact met de huisarts opgenomen. Deze heeft verklaard dat de zorg die op afroep nodig is de Persoonlijke Verzorging betreft. Als voorbeeld werd gegeven dat als verzoeker gevallen is zo snel mogelijk hulp ter plaatse moet kunnen komen. Volgens de huisarts is geen sprake van spoed vanwege levensbedreigende omstandigheden.
- Verzoeker stelt dat het voor hem niet ongebruikelijk is zijn zorgverlener laat in de avond en/of op zondag op te roepen voor zijn verzorging. Dit betreft Persoonlijke Verzorging en hulp bij de toiletgang. Daarnaast komt het voor dat het lichamelijk plotseling erg slechts gaat met verzoeker waardoor hij extra medicatie of een massage van de benen nodig heeft. Ook bezoekt verzoeker regelmatig de huisartsenpost vanwege ondraaglijke pijn. Verzoeker stelt dat hierdoor sprake is van onplanbare zorg. Uit het schrijven van de HBO verpleegkundige en het telefonisch contact met de huisarts blijkt niet dat voorgaande de zorg niet planbaar maakt.
- Gelet op de geïndiceerde zorg ziet de ziektekostenverzekeraar geen medische noodzaak voor zorg op wisselende tijden. Het begeleiden van verzoeker bij een bezoek naar de huisartsenpost en het masseren van de benen valt niet onder wijkverpleging in de zin van de zorgverzekering. Voorts geldt dat regelmatig toiletbezoek inherent aan de menselijke natuur is en in die zin niet onderscheidend als het gaat om de vraag of dit onderdeel van de zorg al dan niet planbaar is. Er dient immers sprake te zijn van bijzondere omstandigheden die gelegen zijn in de persoon zelf, dan wel de sociale context van de betrokkene. Verwezen wordt naar een eerder bindend advies van de commissie (SKGZ.201600163). Tot slot is het mogelijk bij een gecontracteerde thuiszorgorganisatie personenalarmering aan te schaffen. Hiermee kan verzoeker, wanneer hij door ernstige pijnklachten behoefte heeft aan extra medicatie, professionele hulp inschakelen. Ook kan de medicatie, op basis van mantelzorg, door de partner van verzoeker worden aangereikt.
- 5.3. Er is door verzoeker - in diens bezwaarschrift -, de indicierend verpleegkundige en de huisarts geen nadruk gelegd op de noodzaak van een vaste zorgaanbieder. Verzoeker heeft slechts verklaard dat hij het moeilijk vindt door anderen te worden verzorgd. Ook uit de ontvangen informatie van de HBO verpleegkundige en de huisarts is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgaanbieder. Tijdens de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen spreekt de HBO verpleegkundige over het bij verzoeker bestaan van een depressieve stoornis, eenmalige episode. Voorts is vastgesteld dat verzoeker lijdt aan een posttraumatische stressstoornis en een pijnstoornis gebonden aan zowel



psychische factoren als de somatische aandoening. Voorgaande is echter niet onderbouwd door de huisarts. De verklaring geeft daarom onvoldoende aanleiding aan te nemen dat bij verzoeker daadwerkelijk een diagnose is gesteld in verband met zijn psychische situatie.



Verder verklaart de HBO verpleegkundige dat de problemen met praten en nadenken (als gevolg van de medicatie) worden teruggezien tijdens de gesprekken met verzoeker. Ook beletten sterke schaamtegevoelens verzoeker het achterste van zijn tong te laten zien. Het winnen van vertrouwen blijkt een langere periode te vragen. Uit de verklaring van de HBO verpleegkundige wordt niet duidelijk wat de reden is dat de problemen met betrekking tot het praten, nadenken en de schaamtegevoelens niet kunnen worden opgevangen door een gecontracteerde thuiszorgorganisatie. De verzorgers en verpleegkundigen van een thuiszorgorganisatie zijn immers dusdanig goed opgeleid dat zij rekening kunnen houden met onder andere de schaamtegevoelens van verzoeker. Ook kunnen zij met verzoeker tot een juiste afstemming van de zorg komen. De wens van verzoeker door zijn huidige zorgverleners te worden verzorgd is begrijpelijk, maar niet is gebleken van een medische noodzaak voor een vaste zorgverlener.



Op grond van de bij de ziektekostenverzekeraar bekende gegevens voldoet verzoeker niet aan één of meerdere voorwaarden van artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2016'. Verzoeker kan gebruik maken van zorg in natura.

- 
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de voorwaarden voor de aanspraak op een PGB vv in 2016 zijn aangescherpt. Op basis van de aanvraag en het assessment is geconcludeerd dat sprake is van planbare zorg. De persoonlijke verzorging betreft hulp bij Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (hierna: ADL). Dat de zorg planbaar is wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut. Dat verzoeker als gevolg van het ernstige bedrijfsongeval hulpbehoevend is wordt niet betwist. Ook is invoelbaar dat verzoeker vanwege schaamtegevoelens wenst te worden verzorgd door een man. Een voorkeur voor een vaste zorgaanbieder geldt echter voor veel zorgbehoevenden. Dit is geen reden om een PGB vv toe te kennen.



Naar aanleiding van de overgelegde verklaringen van de huisarts en de HBO verpleegkundige is telefonisch contact met de huisarts opgenomen. Deze heeft verklaard dat als verzoeker valt, hij zo snel mogelijk geholpen wil worden. Er is echter geen sprake van een levensbedreigende situatie. Bovendien is het valgevaar niet geïndiceerd door de wijkverpleegkundige.

- 
- 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 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoeker alsnog een PGB vv 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 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

*Uw recht op vergoeding van de kosten van verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntsysteem en casemanagement. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop.
(...)*

Persoonsgebonden budget (pgb)

*U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.
(...)*

Bijzonderheden

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

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

*"Als verzekerde een indicatie voor verpleging en verzorging heeft is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb verpleging en verzorging. Verzekerde komt in aanmerking voor het pgb verpleging en verzorging als:
(...)*

*3. verzekerde langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging is aangewezen.
(...)*

Hierbij geldt ook:

- dat verzekerde in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de verantwoordelijkheden en verplichtingen die bij het pgb verpleging en verzorging horen, uit te voeren. Een wettelijk vertegenwoordiger kan een ouder (voor kinderen tot 18 jaar), curator, bewindvoerder of mentor zijn. De verantwoordelijkheden en verplichtingen die verzekerde moet kunnen uitvoeren zijn bijvoorbeeld contracten afsluiten met een zorgaanbieder en deze controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten, zie hiervoor ook artikel 6;*
- dat verzekerde in staat is op eigen kracht of met hulp van de (wettelijk) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van het werkgeverschap;*
- dat verzekerde in staat is de zorgaanbieders die hij 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 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

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

1. Verzekerde is in het bezit van een door een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort tot een van de doelgroepen zoals beschreven in artikel 2. (...)

(...)

4. De zorgvraag moet aansluiten bij één of meer van de volgende voorwaarden. Uit de indicatie moet blijken dat:

- verzekerde vaak zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;

- verzekerde 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;

- verzekerde zorg nodig heeft die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep (in het geval van Intensieve Kindzorg of PTZ);

- er een noodzaak is voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzekerde nodig heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen".

8.6. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikelen 2.3 en 2.9 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 2016' van de ziektekostenverzekeraar. Rest de vraag 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 wassen en douchen, het aankleden, het innemen van medicatie, het verzorgen van de benen en het aantrekken van de steunkousen. Dit betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan plaatsvinden. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel slecht is in te plannen. Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn, mede gelet op de gestelde indicatie van zestien uren Persoonlijke Verzorging per week. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Verzoeker heeft met de door hem overgelegde verklaringen niet aannemelijk gemaakt dat een zodanige noodzaak bestaat. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker vanwege zijn schaamtegevoelens er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van zijn echtgenote en goede vriend, betekent dit niet dat formele zorgverleners geen rekening kunnen houden met zijn problematiek.
- 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 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.
- 9.5. Hetgeen door verzoeker verder is aangevoerd, daaronder begrepen het beroep op de elementaire principes van mensenrechten zoals neergelegd in het VRPH, leidt niet tot een andere uitkomst. Verzoeker heeft onvoldoende feiten en omstandigheden gesteld die aannemelijk maken dat in zijn situatie sprake is van schending van het VRPH, terwijl de commissie evenmin ambtshalve van oordeel is dat een dergelijke schending zich hier voordoet. 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 een PGB vv, zodat het verzoek niet op basis 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, 5 april 2017,

P.J.J. Vonk