



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Onderlinge
Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te
Leiden

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), indicatie, minder dan drie uren zorg

Zaaknummer : 201602115

Zittingsdatum : 22 februari 2017



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



(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



Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden,
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 Zorg Zeker Polis (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 AV-Gemeente-Top 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).

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 brieven van 18 april 2016 en 16 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.



3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Hierop heeft op 23 augustus 2016 bij de ziektekostenverzekeraar een hoorzitting plaatsgevonden, waarvan een verslag is gemaakt dat is overgelegd. In het dossier bevindt zich geen heroverweging.



3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de zaak in behandeling genomen, en heeft op 3 oktober 2016 aan de ziektekostenverzekeraar gevraagd of deze reeds een definitief standpunt heeft ingenomen. Bij e-mailbericht van 10 oktober 2016 heeft verzoeker de Ombudsman Zorgverzekeringen medegedeeld de klacht te willen intrekken, en de kwestie voor bindend advies te willen voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft hierop het dossier gesloten.



3.4. Verzoeker heeft de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) aansluitend 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. Verzoeker heeft de commissie vervolgens een afschrift gestuurd van de heroverweging van de ziektekostenverzekeraar, gedateerd 20 oktober 2016, die hem naar aanleiding van een verzoek hiertoe door de Ombudsman Zorgverzekeringen is toegezonden. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar in het kader van de onderhavige procedure de mogelijkheid 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 11 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 november 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 29 november 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 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 15 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 2016131592) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken dat de zorg voor verzoeker niet planbaar is, zodat hij geen aanspraak heeft op een PGB vv. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 9 december 2016 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 februari 2017 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 2 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 6 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar tweemaal het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend. Op het eerste formulier is, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: "(...) Osteoporose met als gevolg nekwerfels verschoven met doorstralingspijnen in de re. arm en in beide handen, beide heupen versleten en beginnende knieklachten. (...) Zeer grote moeite met de algemene dagelijkse levensverrichtingen. Alle beweging is pijn."
- Uit het eerste formulier wordt de gestelde indicatie niet duidelijk.
- Op het tweede formulier is toegelicht: "(...) aankleden, wassen, douchen, nagels knippen, toiletgang, scheren. (...) Had eerst ZIN, maar de thuiszorgmedewerkers wisselden vaak. Geen goed gevoel. Kon vaak niet bij de deur om deze te openen. Mijn tante is bestolen door een thuiszorgmedewerker. Ik heb daarna een PGB en het gaat goed. Ik weet wat het beste voor mij is. Heb een goede klik met zorgverlener. Ik heb op niet tevoren bepaalde tijden zorg nodig en dat is geen probleem. (...) Zonder deze zorg zou ik vervuilen, nog zieker worden. Verder zou ik zonder deze zorg meer pijn hebben. Ook neem ik door deze zorg mijn medicijnen regelmatig in. (...)".
- Op het tweede formulier is een indicatie vermeld van twaalf uren en vijftwintig minuten Persoonlijke Verzorging per week, met een ingangsdatum van 1 juni 2016.

- 4.2. Verzoeker ontvangt reeds jarenlang een PGB vv. In januari 2016 was hij geïndiceerd voor twee uren en vijfenvijftig minuten Persoonlijke Verzorging per week. Op 18 april 2016 wees de ziektekostenverzekeraar de aanvraag af, omdat geen PGB vv wordt verstrekt indien minder dan drie uren zorg per week nodig zijn. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar deze voorwaarde niet mag stellen, en heeft hiertegen een klacht ingediend, waarop de ziektekostenverzekeraar niet tijdig heeft beslist. Op 26 april 2016 is verzoeker door een andere wijkverpleegkundige geïndiceerd voor twaalf uren en vijfentwintig minuten Persoonlijke Verzorging per week. De wijkverpleegkundige heeft de onderliggende stukken naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd, die stelt deze niet te hebben ontvangen. De stukken zijn daarom in juni 2016 opnieuw verzonden. Hierop volgde evenwel een nieuwe afwijzing, ditmaal op de grond dat niet is voldaan aan de criteria zoals gesteld in artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Wijkverpleging' van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker is van mening dat door hem wel aan deze criteria wordt voldaan.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij heeft begrepen dat de medisch adviseur van het Zorginstituut het verpleegkundige deel van de aanvraag heeft geraadpleegd, en tot de conclusie is gekomen dat de zorg planbaar is. Verzoeker heeft daarom gevraagd om het onderliggende medisch rapport, maar dit heeft hij niet gekregen. Hij vindt de conclusie bovendien haaks staan op de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige. Deze verpleegkundige heeft verzoeker gezien. Het is merkwaardig dat het onderliggende stuk niet wordt verstrekt, want nu kan hij dit niet laten toetsen door zijn medisch adviseur. Er is geen eenduidige formulering van het begrip 'planbare zorg'. Verzoeker heeft een verstoord slaapritme, en daarnaast heeft hij veel pijn. Dit is niet van tevoren te bepalen. Als er acuut zorg nodig is, is er ook iemand in de buurt die kan bijspringen. Het gaat om zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen. Vanuit een thuiszorgorganisatie kan deze zorg onmogelijk worden geleverd, aangezien wordt gewerkt met tijdschema's. Er is een indicatie gesteld voor twaalf uren en vijfentwintig minuten. Overigens kan de zorg aan niemand direct worden verleend. Het gebeurt ook in verpleeghuizen wel dat iemand zorg nodig heeft en dat deze niet direct wordt verleend. Verzoeker heeft begrepen dat de zorginhoudelijke criteria met ingang van 1 januari 2017 worden geschrapt. In dat geval dient de commissie hierop te anticiperen, waarbij verzoeker verwijst naar het arrest van de Hoge Raad in de zaak Lindenbaum/Cohen.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De eerste aanvraag voor het PGB vv is afgewezen op de grond dat het aantal benodigde uren zorg minder dan drie bedraagt. Gelet op het bepaalde in artikel 4.7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Wijkverpleging' van de ziektekostenverzekeraar wordt in een dergelijk geval geen PGB vv verstrekt. Hierop is een nieuwe aanvraag ingediend voor meer uren zorg, die eveneens is afgewezen. De betreffende afwijzing is gebaseerd op artikel 3 van genoemd reglement. Hierin is bepaald dat het moet gaan om één van de volgende situaties:
- de verzekerde heeft vaak zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of meerdere locaties;
 - de verzekerde heeft vaak zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. De zorg is nodig op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep.
 - de verzekerde heeft zorg nodig die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn of op afroep;
 - het is noodzakelijk dat de zorg wordt geleverd door vaste zorgverleners in verband met specifieke zorgverlening dan wel het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
- Aan deze voorwaarden is door verzoeker niet voldaan. Zulks blijkt onder andere uit het tweede aanvraagformulier, waarop de indicerende wijkverpleegkundige heeft ingevuld dat de vier criteria van artikel 3 niet van toepassing zijn. De wijkverpleegkundige heeft op 25 augustus 2016 desgevraagd op het formulier vermeld dat op niet van tevoren bepaalde zorgmomenten zorg nodig is, maar heeft hierbij niet toegelicht om welke zorg het gaat. Verder ontbreekt een toelichting waarom de zorg onplanbaar zou zijn. Uit de gestelde indicatie, alsmede uit hetgeen tijdens de hoorzitting is



verklaard, blijkt dat zorg nodig is bij het aankleden, wassen, douchen, nagels knippen, mond- en haarverzorging, toiletgang en scheren. Dit betreft naar zijn aard geen zorg die voldoet aan de criteria van artikel 3 van het reglement.



Overigens is aan verzoeker op basis van de verlengde overgangsregeling een PGB vv toegekend tot 1 april 2016.

- 
- 5.2. De overheid bepaalt welke zorgkosten worden gedekt door de zorgverzekering en onder welke voorwaarden. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij in de zorgverzekering een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van de Zvw is voorgeschreven. De ziektekostenverzekeraar mag wel bepalen wie de zorg dient te verlenen en op welke plaats (vgl. p. 42 van de Memorie van Toelichting bij de Zvw). Daarnaast is de ziektekostenverzekeraar vrij een verzekering aan te bieden in de natura- of restitutievariant, en mag deze eisen stellen aan de doelmatigheid van de zorgverlening. Tot slot is de ziektekostenverzekeraar gerechtigd bijkomende onderwerpen te regelen in de verzekeringsvoorwaarden, mits deze niet in strijd zijn met de Zvw of de onderliggende regelgeving. De ziektekostenverzekeraar mag daarom, anders dan verzoeker veronderstelt, in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Wijkverpleging' bepalen dat het aantal uren zorg meer dan drie dient te bedragen.

- 
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de eerste aanvraag is ingediend voor drie uren zorg per week, evenals de tweede aanvraag. Pas nadat hierover een hoorzitting was geweest, intern, is de laatste aanvraag gekomen voor twaalf uren en vijftientig minuten per week. Op het betreffende aanvraagformulier is niet omschreven welke zorg nodig is. Er wordt slechts toegelicht dat de zorg niet planbaar is. De wijkverpleegkundige dient toe te lichten welke zorg benodigd is, en dan wordt door de ziektekostenverzekeraar beoordeeld of het gaat om planbare zorg of niet. Verzoeker heeft heel erg behoefte aan de zorg die wordt verleend door zijn broer, maar de objectieve vraag ligt nu voor of sprake is van planbare zorg. Met betrekking tot het advies van het Zorginstituut geldt dat eveneens wordt gekeken naar de objectieve criteria. Het Zorginstituut zegt dat er meer informatie moet worden opgevraagd. Die lijn zou de ziektekostenverzekeraar echter niet willen volgen.
- 
- Met betrekking tot de 'motie Faber' merkt de ziektekostenverzekeraar op dat dit voor hem reden is geweest de voorwaarden aan te passen. Tussen de zorgverzekeraars is afgesproken dat het vereiste van planbaarheid vervalt. Het convenant is ergens in oktober 2016 afgesloten, en er is voor gekozen de nieuwe regelgeving te laten ingaan op 1 januari 2017. Bovendien geldt dat er ook mensen zijn die niet hebben geklaagd, en zij hebben voor 2016 evenmin een PGB vv gekregen. In geval van een nieuwe aanvraag moet ook naar de overige voorwaarden worden gekeken. Deze zijn vooralsnog niet getoetst. Een vereiste is bijvoorbeeld dat een Bewust Keuze Gesprek moet zijn gevoerd.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 
- 6.1. Gelet op artikel 37 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 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 5 tot en met 27 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 27 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging (wijkverpleging) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

Wat zijn de voorwaarden?

- de gecontracteerde wijkverpleegkundige bepaalt of er recht is op aanspraak en de omvang van de aanspraak;

- de zorg houdt verband met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop; de zorg gaat niet gepaard met verblijf zoals bedoeld in artikel 6.2 en artikel 18.5;

- de zorg betreft geen kraamzorg als bedoeld in artikel 7; (...)

27.1 Zvw-pgb bij verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Waar heb ik recht op?

Indien u aanspraak heeft op verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 27 kunt u, nadat door Zorg en Zekerheid is vastgesteld dat u voldoet aan de gestelde voorwaarden, in aanmerking komen voor een Zvw-pgb.

Wat zijn de voorwaarden?

- u heeft aanspraak op verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 27 en voldoet tevens aan de in dat artikel gestelde voorwaarden;

- u vraagt zelf vooraf schriftelijk toestemming bij Zorg en Zekerheid;

- het Reglement persoonsgebonden budget wijkverpleging is van kracht, u vindt dit op www.zorgenzekerheid.nl/brochures. In dit reglement vindt u onder welke voorwaarden u voor een Zvw-pgb in aanmerking komt.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U dient vooraf schriftelijk toestemming aan te vragen voor een Zvw-pgb.”

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Wijkverpleging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

“Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb vv. U komt in aanmerking voor het pgb vv als u onder één of meerdere van de hieronder beschreven doelgroepen valt:

(...)

3. U bent langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging aangewezen.

(...)

Hierbij geldt ook:

- dat de omvang van de indicatie meer dan 3 uur gemiddeld per week moet bedragen;

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de verantwoordelijkheden die bij het Zvw-pgb horen, uit te voeren. Een wettelijk vertegenwoordiger kan een ouder (voor kinderen tot 18 jaar), curator, bewindvoerder of mentor zijn. De verantwoordelijkheden die u moet kunnen uitvoeren zijn bijvoorbeeld contracten afsluiten en 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 u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van het werkgeverschap;

- dat u in staat bent de zorgaanbieders 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 Wijkverpleging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Om voor een pgb vv in aanmerking te komen moet u voldoen aan de navolgende voorwaarden:

1. U bent in het bezit van een door de gecontracteerde BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot een van de doelgroepen zoals beschreven in artikel 2. (...)
3. U moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgaanbieder(s) die door ons zijn gecontracteerd. Dit noemen [w]ij Zorg in Natura (ZIN). Indien u een combinatie wenst van Zorg in Natura met een pgb vv, dan mag de indicatie maar door één zorgaanbieder worden gesteld. Uit de indicatie moet blijken hoe u de geïndiceerde zorg verdeelt over ZIN en pgb vv.
4. Uw zorgvraag [moet] aansluiten bij één of meer van de volgende voorwaarden. Uit de indicatie moet blijken dat:
 - u vaak zorg nodig hebt op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties,
 - u zorg nodig hebt die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
 - u zorg nodig hebt die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
 - er een noodzaak is voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met [het] gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

8.6. Artikel 4.7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Wijkverpleging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"U krijgt geen pgb vv als u:
(...)
- de omvang van de indicatie 3 uur of minder per week bedraagt; (...)"

8.7. Artikel 27 van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3 en 4.7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Wijkverpleging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.8. 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 onderhavige geschil als zodanig niet bij wet geregeld.

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

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het onderhavige geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.
- 9.2. Naar de commissie uit de stukken opmaakt had verzoeker, op grond van de verlengde overgangsregeling, een PGB vv tot 1 april 2016. Uit de eerste aanvraag blijkt niet welke indicatie is gesteld zodat deze, als zijnde incompleet, ter zijde moet worden gelegd. Dit geldt evenzeer voor de tweede aanvraag. Eerst met de derde aanvraag voor Persoonlijke Verzorging van twaalf uren en vijftientig minuten per week is door verzoeker voldaan aan het criterium dat sprake dient te zijn van méér dan drie zorguren per week. De ingangsdatum van deze aanvraag is 1 juni 2016. Naar de commissie begrijpt, is hiermee niet langer in geschil of verzoeker behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld, als omschreven in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Wijkverpleging' van de ziektekostenverzekeraar. De commissie zal zich bij de beoordeling daarom beperken tot de vraag of tevens is voldaan aan het bepaalde in artikel 3 van genoemd reglement.
- 9.3. De zorg die verzoeker ontvangt bestaat uit hulp bij het wassen en douchen, het aan- en uitkleden, het aanreiken van medicatie, het scheren en het knippen van de nagels. Dit 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. Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn.
Voorts 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. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van een familielid dat al vele jaren goed voor hem zorgt, betekent dit niet dat door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders van een thuiszorgorganisatie hem de noodzakelijke verzekerde zorg niet kunnen verlenen en hierbij rekening kunnen houden met zijn problematiek en de gevolgen hiervan.
- 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. 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 niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegekend.

Anticiperende werking nieuwe regelgeving

- 9.7. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat de zorginhoudelijke criteria met ingang van 1 januari 2017 zijn vervallen, en dat de commissie hierop dient te anticiperen in het onderhavige geval, wordt het volgende opgemerkt.

De commissie beoordeelt of de aanvraag voor een PGB vv terecht door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen. Hierbij wordt gekeken naar de toepasselijke regelgeving en de hierop gebaseerde voorwaarden van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering ten tijde van de aanvraag. Zoals hiervóór is overwogen, heeft verzoeker op basis hiervan geen aanspraak op een PGB vv.

Dat in de loop van 2016 een convenant is afgesloten, met als gevolg een wijziging van het reglement, waarbij het criterium 'planbare zorg' met ingang van 1 januari 2017 is vervallen, maakt het voorgaande niet anders. Het stond de partijen bij het convenant vrij als ingangsdatum 1 januari 2017 te kiezen. Het in het algemeen rechtsbewustzijn levende beginsel van rechtszekerheid brengt dan met zich dat niet op de uit het convenant voortvloeiende regeling in het reglement wordt geanticipeerd.

De verwijzing door verzoeker naar het arrest van de Hoge Raad in de zaak Lindenbaum/Cohen maakt het voorgaande niet anders.

Conclusie

- 9.8. 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 maart 2017,

H.A.J. Kroon