



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, 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

Zaaknummer : 201601155

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

- 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 verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering 50+ 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 brief van 15 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend. Bij brief van dezelfde datum heeft de ziektekostenverzekeraar hem medegedeeld dat een PGB vv wordt toegekend van 1 januari 2016 tot en met 15 maart 2016. Bij brief van 8 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker bevestigd dat vanaf 16 maart 2016 geen PGB vv meer wordt toegekend.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 5 april 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 10 oktober 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 15 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 december 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 december 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 januari 2017 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 20 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 17 januari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016138444) 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 van een medische noodzaak op basis waarvan kan worden vastgesteld dat de zorg slechts door een vaste zorgverlener zou moeten worden geleverd of dat verzoeker 24 uur per dag zorg in de nabijheid of op afroep behoeft. De zorgvraag van verzoeker heeft enkel betrekking op planbare zorg. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 18 januari 2017 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 24 februari 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. De eerste indicierend wijkverpleegkundige heeft namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht:
"(...) Rug Hernia - Meniscus letsel R-L en vochtophoping R-knie - Hart infarct - ogen komen in aanmerking voor operatie (katarakt) - hoge tensie - Benauwd en vermoeidheid door hartfalen. (...) Depressief, af en toe toont dhr. agressief gedrag, ontremd gedrag. (...) Dhr is niet in staat om zichzelf te wassen en aankleden, mond zorg omdat hij niet goed kan lopen en dhr heeft trillende handen en stijf en pijnlijk. Rug door vermoeidheid en benauwdheid is niet dhr in staat dat zich zelf redden met ADL. Hij is vergeetachtig en moet zijn medicatie ook aangereikt worden. (...) Dhr gebruikt een scooter. (...) Dhr wordt elke dag tussen 8:00 - 9:00 uur geholpen en 's avonds tussen 21:00 en 21:30 uur. (...) Dhr heeft in de morgen 30 minuten nodig voor A.D.L. ondersteuning en 's avonds 20 minuten hulp bij A.D.L. (...) Gedurende de 6 maanden benoem[t] dhr dat zijn pijnklachten acceptabel zijn sinds hij ondersteuning ontvangt in de morgen en avond met zijn hulpvraag. Activiteiten: Iedere morgen wordt dhr. in de douche ondersteund, zitten op een stoel met het wassen/kleden en mond zorgen en medicatie aanreiken. 's Avond[s]: hulp bij uitkleden, verschonen en medicatie aanreiken (...)"
De eerste indicierend wijkverpleegkundige heeft bij verzoeker een indicatie gesteld voor Persoonlijke Verzorging van 955 minuten per week, met een ingangsdatum van 1 november 2015 en een einddatum van 1 mei 2016.

Nadien is door de tweede indicierend wijkverpleegkundige een aanvraagformulier ingediend voor de periode van 10 november 2016 tot en met 9 oktober 2017. Op dit aanvraagformulier zijn tien uren en dertig minuten Persoonlijke Verzorging per week vermeld. In het bijbehorende zorgplan is onder andere vermeld dat het gaat om:

"Transfers (uit bed en in bed) 2 keer per dag (...) Dagelijks hulp bij douchen (...) Twee keer per dag hulp bij kleden (...) Vier keer per dag hulp bij het aanreiken van de medicatie (...) Dagelijks zorg voor tanden, nagels en haren (...)".

- 4.2. De huisarts heeft op 25 januari 2016 ten aanzien van verzoeker verklaard:
"[Verzoeker] heeft jaren een PGB gehad om hulp te krijgen bij het in en uit bed komen. Dit gaat moeizaam vanwege een hernia. Recent nieuwe beoordeling gehad en deze is afgewezen omdat het om planbare zorg zou gaan. Het is echter niet altijd te plannen bij hem, soms moet hij overdag even gaan liggen en weet niet van te voren wanneer en hoe laat. Ook vindt hij het lastig om 's morgens en 's avonds aan vaste tijden vast te zitten omdat het erg verschilt hoeveel last hij van zijn rug heeft en hoe laat hij dan in en uit bed wil. Zijn echtgenote wil hem niet helpen, ook heeft zijn echtgenote moeite met vreemde mensen in huis. Daarom zou hij graag in aanmerking komen voor opnieuw een PGB. (...)".
Op 30 september 2016 heeft de huisarts verklaard:
"Hr heeft al jaren lichamelijke klachten. Tgv een hernia heeft hij veel pijn in de benen. Hij loopt met krukken en heeft hulp nodig bij oa douchen. Tevens is hij hartpatiënt. Vanwege een bijzondere thuissituatie heeft hij een PGB. Zijn echtgenote is ernstig depressief en zorgmijndend. Ze wil niet naar een psychiater en ik als huisarts zie haar heel weinig. Hr heeft veel geprobeerd om haar in beweging te krijgen. Hr heeft tot een paar jaar geleden alle zorg zelf gedaan maar is gezien zijn eigen handicaps overbelast. Zijn echtgenote verdraagt geen vreemden in huis. Het PGB is voor dit echtpaar een goede oplossing zodat de zorg door bekenden geleverd kan worden. (...)".
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor het PGB vv afgewezen op de grond dat de zorg voor verzoeker planbaar is. Twee wijkverpleegkundigen en de huisarts zijn echter van oordeel dat de zorg voor verzoeker niet planbaar is, zodat hij is aangewezen op een PGB vv. Voorts krijgt verzoeker volgens de ziektekostenverzekeraar reeds zorg op vaste tijdstippen vanuit een thuiszorgorganisatie. Dit is echter niet juist, aangezien verzoeker nog steeds de voor hem benodigde zorg inkoopt bij de door hem gekozen zorgverleners. Beide zorgverleners hebben een verklaring ondertekend waaruit dit blijkt. Ten behoeve van de administratie zijn vaste zorgmomenten genoteerd, maar in de praktijk ligt dit anders. Verzoeker geeft dagelijks aan zijn zorgverleners door wanneer hij verwacht die dag zorg nodig te hebben.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het onbegrijpelijk is dat nog steeds wordt gesproken over planbare zorg. De wijkverpleegkundige heeft immers verklaard dat de zorg niet planbaar is. Daarna zou contact met de wijkverpleegkundige hebben plaatsgevonden, waarbij zij haar standpunt heeft gewijzigd. Voorts heeft verzoeker gesteld dat de voorwaarden voor een PGB vv per 1 januari 2017 zijn aangepast, in die zin dat alleen nog wordt gekeken naar de budgethouder zelf en niet meer naar de inhoud van de zorg. Hiervoor is een aanvraag ingediend, die dan in ieder geval vanaf genoemde datum moet worden toegekend. Voor zover het de voorafgaande periode betreft, zou de commissie op de wijziging kunnen anticiperen. Verzoeker herhaalt dat het niet gaat om planbare zorg, zodat een PGB vv kan worden toegekend. Tot slot heeft verzoeker toegelicht dat hij, als hij gebruik moet maken van zorg in natura en 's ochtends wakker wordt, niet weet of hij kan worden geholpen. De thuiszorg heeft namelijk schema's waaraan zij zich moet houden.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. In artikel B.26. van de zorgverzekering is geregeld in welke gevallen aanspraak bestaat op verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. In dit 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 voornoemd 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. Als de juiste 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 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. Verzoeker heeft een indicatie voor Persoonlijke Verzorging van 955 minuten per week. Hij heeft hulp nodig bij het in- en uit bed komen, het bereiden van eten, het eten en drinken, het douchen, het scheren, en het aan- en uitkleden. De ziektekostenverzekeraar heeft contact gehad met de indicierend wijkverpleegkundige, die heeft toegelicht dat de benodigde zorg voor verzoeker planbaar is op vaste momenten. De wijkverpleegkundige had in eerste instantie medegedeeld dat verzoeker reeds zorg ontvangt van een thuiszorgorganisatie. Dit blijkt echter niet juist te zijn, en de ziektekostenverzekeraar biedt zijn excuses aan voor de hierdoor eventueel ontstane verwarring. De opmerking van verzoeker dat de wijkverpleegkundige op het aanvraagformulier heeft toegelicht dat het gaat om zorg die voldoet aan de voorwaarden voor het PGB vv, snijdt geen hout, aangezien de door verzoeker bedoelde vinkjes zijn geplaatst op het onderdeel van de aanvraag dat door hemzelf moest worden ingevuld.
- Hoewel de ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoeker vanwege pijnklachten de zorg graag ontvangt op een door hem gewenst moment, brengt dit geen verandering in de beslissing. Pijnklachten vormen slechts in zeer uitzonderlijke gevallen een grondslag voor het PGB vv, bijvoorbeeld als deze het onmogelijk maken de zorg op een bepaald moment te verlenen. Hiervan is bij verzoeker echter niet gebleken.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het criterium van planbaarheid van de zorg inderdaad per 1 januari 2017 is vervallen, maar dat dit niet betekent dat met terugwerkende kracht voor een heel jaar een PGB vv moet worden toegekend. Het is logisch dat voor het jaar 2017 een nieuwe aanvraag moet worden ingediend door verzoeker. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat als de zorg planbaar is, deze kan worden verleend door een thuiszorgorganisatie.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als 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 verzoeker toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

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

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

"Zorg: waar hebt u recht op?

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

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

Persoons Gebonden Budget

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 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 u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de verantwoordelijkheden en verplichtingen die bij het pgb vv 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 u moet kunnen uitvoeren, zijn bijvoorbeeld contracten afsluiten met een zorgverlener en controleren met zorgverleners 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 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:

"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 een BIG-geregistreeerde 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. Voor IKZ moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.

2. U bent in het bezit van een indicatie van de medisch specialist, als u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op medisch specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT).

3. U moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgverlener(s) die door ons zijn gecontracteerd. Dit noemen wij Zorg In Natura (ZIN). Indien u een combinatie wenst van Zorg In Natura met een pgb vv, dan mag de indicatie maar door één zorgverlener worden gesteld.

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 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 vv was ten tijde van het onderhavige 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 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. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker voldoet aan de voorwaarden van artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' 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, gelet op hetgeen door de tweede wijkverpleegkundige is toegelicht op het aanvraagformulier, uit hulp bij het in- en uit bed komen, het douchen, het aan- en uitkleden, het aanreiken van medicatie en hulp bij de verzorging van tanden, nagels en haren. 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. Eveneens 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 twee vaste zorgverleners, die vertrouwd zijn voor hem en zijn echtgenote, betekent dit niet dat door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders van een thuiszorgorganisatie verzoeker de noodzakelijke verzekerde zorg niet kunnen verlenen en hierbij rekening kunnen houden met zijn problematiek, wensen en thuissituatie. Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.4. 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 afwijzing 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.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen mogelijkheid voor toekenning van 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.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 april 2017,

H.A.J. Kroon