



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Interpolis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

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

Zaaknummer : 201600490

Zittingsdatum : 19 oktober 2016

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

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

1. Partijen

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

- 1) Interpolis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Interpolis ZorgActief (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ZorgActief ZonderZorgen afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 12 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 25 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 6 juni 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvraag voor een PGB vv alsnog in te willigen, 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 augustus 2016 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21 september 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 oktober 2016 schriftelijk 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 3 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 11 augustus 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016101551) 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 geïndiceerde zorg planbaar is. Weliswaar zijn er dagen dat verzoekster meerdere keren per dag incontinent is. De wijkverpleegkundige indiceert hiervoor gemiddeld 30 minuten per dag voor hulp bij wassen en verschonen. Deze zorg wordt door de partner geleverd en valt onder mantelzorg, waardoor planbare zorg bij douchen en aan- en uitkleden overblijft. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting op 27 september 2016 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 oktober 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 20 oktober 2016 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, én het Zorginstituut gevraagd om een nadere duiding van het voorlopig advies. Bij brief van 14 november 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.
De zorg, zoals geïndiceerd door de wijkverpleegkundige, is planbaar. Volgens de wijkverpleegkundige maakt verzoekster gebruik van incontinentiemateriaal. Weliswaar zijn er dagen dat verzoekster meerdere keren per dag incontinent is. In het dossier zijn echter geen medische feiten aangetroffen die maken dat direct moet worden ingegrepen in geval van incontinentie. Deze zorg kan op afroep worden geleverd en de omvang van het indicatiebesluit voorziet hierin. Vaststaat dat de indicatie voor verpleging en verzorging niet ter discussie staat. De ziektekostenverzekeraar heeft immers verklaard dat verzoekster in aanmerking komt voor persoonlijke verzorging in de vorm van zorg in natura. De geïndiceerde zorg is evenwel planbaar, zodat de aanvraag voor een PGB vv terecht is afgewezen.
Een afschrift van het definitief advies is op 18 november 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Van de geboden gelegenheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft op het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' het volgende vermeld: *"Door neurologische problemen + CRPS in armen/handen, benen/voeten heb ik zeer weinig kracht in deze lichaamsdelen. Ook ben ik zeer slechtziend. Buitenshuis maak ik gebruik van een elektrische rolstoel en binnenshuis van een trippelstoel. Douchen/wassen, haren wassen, nagels knippen kan ik niet zelf. Door de incontinentie (urine + ontlasting) moet er wisselend per dag verschoond en gewassen worden op zeer onregelmatige tijden. Deze hulp wordt verleend door mijn partner."*
- 4.2. Verzoekster heeft op 4 november 2015 de ziektekostenverzekeraar verzocht om een PGB vv. Bij het betreffende aanvraagformulier was een ingevuld assessment-formulier van gelijke datum gevoegd. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen op de grond dat de zorgvraag niet aansluit bij de voorwaarden die gelden voor een PGB vv, en heeft hierbij verwezen naar het



'Achmea Reglement PGB vv'. De zorg zou kunnen worden verleend op vaste tijden, waardoor de zorgvraag vooraf is te plannen; er zou geen medische noodzaak zijn voor zorg die 24 uur per dag beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep, en tevens zou geen medische noodzaak bestaan voor een vaste zorgverlener die specifieke zorg verleent of vanwege het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Verzoekster kan zich in deze beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet vinden.

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 4.3. Verzoekster stelt dat zij voldoet aan de voorwaarden die gelden voor een PGB vv, meer specifiek het bepaalde in artikel 3 lid 3 van het 'Achmea Reglement PGB vv'. Vanwege haar slechte gezondheid en alle beperkingen die daaruit voortvloeien, heeft verzoekster dagelijks verzorging nodig. Bovendien heeft zij vanwege incontinentie voor urine en faeces op wisselende tijdstippen hulp nodig, bestaande uit verschonen en wassen. De zorg in verband met incontinentie neemt circa dertig minuten per dag in beslag. Dit is zorg die niet planbaar is. Het is onbegrijpelijk dat de aanvraag voor een PGB vv is afgewezen. Cruciaal is immers dat de zorg in verband met incontinentie zich onverwacht voordoet en verzoekster niet 24 uur per dag thuis is. Niet-planbare zorg kan worden ingevuld door zorg in natura. Zorgverleners kunnen niet 24 uur per dag paraat zijn, laat staan in voorkomend geval op een andere locatie als verzoekster niet thuis is. De oplossing voor het onderhavige probleem is toekenning van een PGB vv voor ongeveer zeven maal dertig minuten per week, zoals vermeld in het assessmentformulier. Deze zorg kan de echtgenoot van verzoekster bieden. Verzoekster hecht eraan te melden dat het in haar geval een PGB vv voor een natuurlijk persoon betreft, voor 3,5 uur per week, hetgeen neerkomt op € 70,- per week. Het inschakelen van zorg in natura in de vorm van professionele hulp is vele malen duurder.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster herhaald dat sprake is van niet-planbare zorg. Het Zorginstituut neemt een medisch standpunt in dat volstrekt niet is onderbouwd. Onduidelijk is waarom geen sprake is van niet-planbare zorg. Verzoekster heeft een chronisch regionaal pijnsyndroom. Er wordt wat gezegd over de beperkingen, en dan wordt geconcludeerd dat de zorg die zij nodig heeft planbaar is en dat deze deels onder mantelzorg valt. De vraag is of het gaat om planbare zorg of om zorg die deels onder mantelzorg valt. Zorg wordt niet planbaar door te stellen dat de partner de mantelzorger is en dat de niet-planbare zorg door hem moet worden verleend. Ook rijst de vraag wat nu eigenlijk de definitie is van een mantelzorger. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de aanvraag betreffende drieënhalve uur niet-planbare zorg, mantelzorg is. De vraag is waar mantelzorg ophoudt en waar geïndiceerde zorg begint. Het kan niet zo zijn dat incontinentie van urine en faeces, die de zorg niet-planbaar maakt, valt onder mantelzorg. Voorts heeft verzoekster de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat zij niet langer dan een jaar is aangewezen op de zorg, bestreden. Bovendien is onduidelijk waar dit argument vandaan komt. De wijkverpleegkundige heeft duidelijk toegelicht dat verzoekster wel degelijk langer dan een jaar op de zorg is aangewezen. Kennelijk heeft de medicus van het Zorginstituut dit niet bestreden. Voorts heeft verzoekster gesteld dat uit de door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde eerdere bindende adviezen van de commissie niet kan worden afgeleid hoe incontinentieklachten manifest worden. Tot slot heeft verzoekster aangevoerd dat haar echtgenoot een stukje erkenning dient te krijgen. De zorg die hij verleent is niet vanzelfsprekend. Het wordt te gemakkelijk weg gezet als mantelzorg. Toiletgang is bij iedereen onregelmatig, maar als incontinentiemateriaal wordt ingezet kan het ineens planbaar worden gemaakt. Verzoekster merkt nog op dat de ziektekostenverzekeraar ter zitting een nieuw criterium heeft geïntroduceerd, te weten levensbedreigende omstandigheden. De term 'niet-planbaar' suggereert echter niet dat sprake moet zijn van een levensbedreigende situatie.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Vanaf 1 januari 2015 is de wijkverpleging onderdeel van de basisverzekering. Omdat het PGB vv onder de Zorgverzekeringswet valt, gelden sindsdien andere voorwaarden. De ziektekostenverzekeraar beoordeelt of iemand gebruik kan maken van een PGB vv of van zorg in natura. Met gecontracteerde zorgaanbieders zijn afspraken gemaakt over de prijs en kwaliteit van de zorg. Een PGB vv wordt enkel toegekend als de zorg niet in natura kan worden geleverd. Een nieuwe aanvraag voor een PGB vv, aansluitend op een eerder verleend PGB vv, leidt niet automatische tot toekenning. Er kunnen andere - nieuwe - omstandigheden zijn op basis waarvan een PGB vv wordt geweigerd.
- 5.2. Blijkens het aanvraagformulier van verzoekster van 4 november 2015 heeft de wijkverpleegkundige voor 10,5 uur per week verzorging geïndiceerd voor de periode van 4 november 2015 tot 4 november 2016. De evaluatie staat gepland voor 4 november 2016. Conform artikel 2 van het 'Achmea Reglement PGB vv (2015)' kan alleen sprake zijn van toekenning van een PGB vv indien de verzekerde langdurig, dat wil zeggen langer dan een jaar, is aangewezen op verpleging en/of verzorging. Daarvan is in het geval van verzoekster geen sprake. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit kader naar een vonnis van de voorzieningenrechter van de Rechtbank Den Haag van 8 juli 2016 waarin het volgende wordt overwogen: *"Tot slot is niet gebleken van een indicatie die is afgegeven voor de periode van langer dan één jaar zodat ook op deze grond geen recht bestaat op toekenning van een PGB vv."* Voor zover de commissie een toetsing aan artikel 3 van het 'Achmea Reglement PGB vv' van belang acht, voert de ziektekostenverzekeraar het volgende aan. In het assessmentformulier van de wijkverpleegkundige van 4 november 2015 wordt de zorgvraag als volgt beschreven: douchen en haren wassen, aan- en uitkleden en onverwachte verschoningen na incontinentie. Verzoekster heeft sinds 1996 CRPS (post traumatische spierdystrofie) waardoor neuropathie in armen en benen, incontinentie en een oogzenuw die niet goed werkt. Bij brief van 19 juli 2016 heeft de wijkverpleegkundige de ziektekostenverzekeraar nader geïnformeerd over de beperkingen van verzoekster in relatie tot haar incontinentieproblemen. De wijkverpleegkundige heeft nogmaals gewezen op de CRPS en heeft vermeld dat verzoekster dagelijks incontinentiemateriaal gebruikt. Verder heeft de wijkverpleegkundige opgemerkt dat verzoekster de hele dag in een rolstoel zit en dat het voor haar huid (bij haar stuit) niet goed is vanwege decubitus. Bovendien is het uit menselijk oogpunt niet prettig om lang in een natte incontinentiebroek te moeten blijven zitten. In het Bewust Keuze Gesprek (hierna: BKG) is door verzoekster toegelicht dat zij de ene dag niet, en de andere dag soms wel drie keer incontinent van ontlasting is. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de omschreven zorg op vaste tijden kan worden ingepland en verleend. Het gaat niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is, dan wel die slecht is in te plannen. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit verband naar r.o. 9.3 van het bindend advies van de commissie van 18 mei 2016 met nummer 201503425 en r.o. 9.4 van het bindend advies van de commissie van 11 mei 2016 met nummer 201502774. Deze zaken zijn inhoudelijk niet afwijkend van het onderhavige geval.
- 5.3. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen mogelijkheid voor een PGB vv.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat incontinentiemateriaal ervoor moet zorgen dat de incontinentie wordt opgevangen. Dit leidt niet tot levensbedreigende omstandigheden.
- 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 18 van de 'Algemene voorwaarden' 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 ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden het PGB vv alsnog aan verzoekster 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde vormen van zorg is aangewezen op door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders, en voor de overige vormen van zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 39 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 28 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel 16, 17, en 29 van de 'Aanspraken en vergoedingen Interpolis Basisverzekering' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving aanspraak op verpleging en verzorging.

*U heeft aanspraak op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.
(...)*

Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (PGB) aan te vragen, waarmee u zelf u verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Achmea Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons aanvragen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor aanspraak

*Een wijkverpleegkundige (niveau 5) moet een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Dit wordt samen met u uitgewerkt in een zorgplan. In het zorgplan wordt onder andere een onderverdeling vastgesteld in het aantal uur verzorging en aantal uur verpleging.
(...)*

***Waar u (volgens dit artikel) geen aanspraak op heeft
(...)***

b U heeft geen aanspraak op verpleging en verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op verzorging en verpleging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)."

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

"Artikel 2 Doelgroep pgb vv

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, dat wil zeggen langer dan 1 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 onder andere in contracten afsluiten 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. Wat als uw werknemer weer werkte en opnieuw arbeidsongeschikt wordt?"*

- 8.5. Artikel 3 van het 'Achmea Reglement PGB vv' luidt:

"Artikel 3 Toegang tot het pgb vv

Om voor een pgb vv in aanmerking te komen:

1 Heeft u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden nodig én

2 Moet u behoren tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én

3 Moet u er bewust voor kiezen om geen gebruik te maken van zorgverleners die door ons zijn gecontracteerd. Met dit pgb vv 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 28 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Achmea Reglement PGB vv' zijn volgens artikel 1 van de 'Algemene voorwaarden' 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 Volksgezondheid, Welzijn en Sport is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.
- 9.2. De vraag die als eerste dient te worden beantwoord, is of verzoekster behoort tot één van de in artikel 2 van het 'Achmea Reglement PGB vv' van de ziektekostenverzekeraar genoemde doelgroepen. De ziektekostenverzekeraar stelt zich primair op het standpunt dat verzoekster niet voldoet aan het gestelde in voornoemd artikel, omdat zij niet langdurig, dat wil zeggen langer dan een jaar, is aangewezen op verpleging en/of verzorging. Hiertoe merkt de commissie op dat uit het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van 4 november 2015 blijkt dat de wijkverpleegkundige van mening is dat verzoekster behoefte heeft aan verzorging voor een periode van langer dan een jaar. Dat de aanvraag is ingediend voor een PGB vv voor de periode van exact één jaar, betekent naar het oordeel van de commissie niet dat verzoekster na het verstrijken van deze periode niet langer op verzorging is aangewezen. Dit is gelet op de gezondheidssituatie van verzoekster ook niet aannemelijk. Zodoende slaagt het beroep van de ziektekostenverzekeraar op het niet voldoen aan artikel 2 (onder 2) van het 'Achmea Reglement PGB vv' niet. Verzoekster behoort hiermee tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB is bedoeld.
- 9.3. Vervolgens is de vraag of de zorg die verzoekster nodig heeft voldoet aan de voorwaarden zoals gesteld in artikel 3 van het 'Achmea Reglement PGB vv' van de ziektekostenverzekeraar. De zorg die verzoekster krijgt bestaat uit douchen, (haren) wassen, aan- en uitkleden, en verschonen na incontinentie. Verzoekster gebruikt incontinentiemateriaal. De aan verzoekster te verlenen zorg betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden gepland. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Ook het verschonen in verband met incontinentie kan - aangezien gebruik wordt gemaakt van incontinentiemateriaal - goed worden gepland, maar kan zo nodig tevens op afroep beschikbaar worden gesteld. Hiermee wordt aan het bezwaar van de wijkverpleegkundige dat het voor de huid van verzoekster niet goed is in een natte incontinentiebroek te moeten blijven zitten, voldoende tegemoet gekomen. Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn. Dit blijkt onder andere uit de indicatie van 10,5 uur verzorging per week die door de wijkverpleegkundige is gesteld. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft, dan wel 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 echtgenoot, betekent dit niet dat formele zorgverleners bij het verlenen van de zorg aan verzoekster geen rekening kunnen houden met haar problematiek en de gevolgen hiervan.

De commissie concludeert derhalve dat de zorg die verzoekster nodig heeft niet voldoet aan de voorwaarden uit artikel 3 van het 'Achmea Reglement PGB vv' van de ziektekostenverzekeraar. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd, met name met betrekking tot de rol van de mantelzorger, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

- 9.4. Gelet op het voorgaande, heeft verzoekster geen aanspraak op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 december 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester