



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen
N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist en Zilveren Kruis
Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort

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

Zaaknummer : 201601444

Zittingsdatum : 19 april 2017



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



(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 B,
tegen

- 
- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
 - 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
- 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 grond van de verzekering Basis Zeker (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 Aanvullend twee sterren 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 6 april 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. Bij brief van 25 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 18 november 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak 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 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 10 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 januari 2017 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 januari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 februari 2017 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 13 januari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 2 februari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017002196) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. *"Naar het oordeel van de medisch adviseur blijkt uit de in het dossier aanwezige informatie dat de zorgvraag enkel betrekking heeft op planbare zorg. De noodzaak tot zorg die 24 uur per dag beschikbaar is in de nabijheid of op afroep wordt niet aangetoond omdat de gronden waarop dit geclaimd wordt niet zijn meegenomen in de indicatiestelling. Er is geen medische noodzaak voor het leveren van zorg door een vaste hulpverlener."*
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 6 februari 2017 aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 april 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 20 april 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 25 april 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 behandelend geriater heeft ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: *"74-jarige man met reeds bestaande functionele beperkingen na CVA in 2012, komt met sinds 5 maanden verdere achteruitgang in mobiliteit, toename hulpbehoefte door verminderd zelfstandig functioneren, op basis van multiproblematiek op meerdere domeinen. Op somatisch gebied is er nu sprake van een ferriprive anemie, mogelijk op basis van bloedverlies gastro-intestinaal. Bij eerder onderzoek werden goedaardige poliepen gevonden. Gezien de anemie is er een indicatie voor vervroegde follow-up door de MDL arts om een ruimte-innemend proces uit te sluiten. Op functioneel gebied zijn er forse mobiliteitsstoornissen, deels pre-existent na CVA 2012 en perifere polyneuropathie door diabetes. De klachten worden mogelijk versterkt door deconditionering en inactiviteit en pijnklachten van schouders en rug. Het gebruik van een rollator is aangewezen. Op gebied van thuiszorg zou de thuissituatie versterkt kunnen worden om echtgenote te ontlasten. Op psychisch gebied zijn er depressieve klachten sinds verdere achteruitgang in functioneren en toegenomen afhankelijkheid. Mogelijk op basis van een depressie. Daarbij kunnen de bekende PTSS klachten een rol spelen; (...)"*
-  4.2. Verzoeker stelt dat hij voldoet aan de voorwaarden uit artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar.
De zorg die aan verzoeker wordt verleend is niet planbaar. Hij heeft zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen. Zo heeft verzoeker vaak afspraken in het ziekenhuis, waardoor niet iedere keer een vast tijdstip kan worden afgesproken. Daarnaast is door zijn psychische klachten het tijdsbesef van verzoeker verstoord. Het gevolg is dat er weinig structuur in zijn dagelijkse

ritme zit waardoor de zorg op wisselende tijdstippen moet plaatsvinden en deze vooraf slecht is in te plannen. Verzoeker kan namelijk op verschillende tijdstippen wakker worden en een maaltijd nuttigen, terwijl hij vóór het eten insuline toegediend moet krijgen. De zorg dient daarom ook direct op afroep beschikbaar te zijn.

Voorts heeft verzoeker zorg nodig die 24 uur per dag beschikbaar is. Verzoeker heeft diabetes, waarbij zijn bloedsuikerwaarden erg schommelen. Er moet dan direct worden ingegrepen en insuline worden gespoten. Als dit niet binnen een bepaalde tijd gebeurt, dan kan dat risico's met zich brengen. Verzoeker heeft meegemaakt dat de zorg niet binnen zes uur werd verleend, waardoor hij aan hypoglykemie leed en last kreeg van desoriëntatie. Verzoeker voert verder aan dat hij vaak valt en dan hulp nodig heeft om weer te kunnen opstaan.

- 4.3. Verzoeker is na martelingen, discriminatie en achtervolgingen uit Irak gevlucht en ondervindt hiervan nog ernstige psychische klachten. Vanwege zijn psychische situatie is het van groot belang dat verzoeker de zorg ontvangt van zijn vaste zorgverlener waarmee hij na jaren een vertrouwensband heeft opgebouwd. Er is een bepaalde expertise nodig om de zorg te kunnen bieden en zijn zorgverlener weet precies wanneer verzoeker iets nodig heeft. Deze deskundigheid heeft niet iedere willekeurige zorgverlener.

Hoewel dit niet in het reglement wordt benoemd, dient bij de beoordeling te worden meegewogen dat indien de zorg wordt verleend door een vertrouwd persoon, dit ook een positieve invloed zal hebben op het welbevinden en de geestelijke situatie van verzoeker. Het is anderzijds niet ondenkbaar dat zorgverlening door vreemden juist een negatief effect heeft, waardoor de noodzaak van zorg zal toenemen. Dit wordt bevestigd door de verklaring van de behandelend medisch specialist.

- 4.4. Door de indicierend verpleegkundige wordt geen inzicht gegeven in de geestelijke en lichamelijke gezondheidssituatie van verzoeker en de specifieke zorg die daarvoor nodig is. Hierdoor komt de niet-planbaarheid van de zorg onvoldoende naar voren.

- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar meer aandacht had dienen te besteden aan de psychogeriatrische kant van het verhaal. Verzoeker heeft namelijk door zijn psychische klachten behoefte aan een vaste zorgverlener en dit kan niet worden gegarandeerd als de zorg in natura wordt gegeven.

Voorts is artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie niet als afwijzingsgrond genoemd. Verzoeker vindt het opmerkelijk dat daar eerst tijdens de hoorzitting een beroep op wordt gedaan.

- 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. De zorgverzekering biedt de mogelijkheid van een PGB vv, indien de zorgvraag aansluit bij één of meer van de voorwaarden die zijn genoemd in artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar.

- 5.2. De zorg die verzoeker krijgt bestaat uit hulp bij het aan- en uitkleden, het scheren, de toediening van medicatie en het aan- en uittrekken van elastische kousen. Dit betreft zorg die naar zijn aard goed kan worden ingepland. Er is derhalve geen sprake van zorg op ongebruikelijke tijdstippen, op afroep of op meerdere locaties. Tijdens het Bewust Keuze Gesprek (hierna: BKG) heeft verzoeker bovendien zelf verklaard dat ook zijn huidige (formele) zorgverlener op vaste momenten langskomt.

- 5.3. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat in het onderhavige geval geen sprake is van zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn. Dit blijkt zowel uit de aard van de zorg als de indicatie die is afgegeven voor verzoeker, te weten 19,5 uur persoonlijke verzorging en 5 uur verpleging per week. Dat verzoeker aan hypoglykemie leed toen zijn zorgverlener niet op tijd kwam is erg vervelend; dit is echter te beschouwen als een incident.



5.4. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoeker zich vertrouwd voelt bij zijn huidige zorgverlener. In zijn situatie bestaat echter geen noodzaak voor een vaste zorgverlener door de specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft, ook niet in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. De omschreven zorg kan ook door andere zorgverleners worden uitgevoerd. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat verzoeker gebruik maakt van een niet-gecontracteerde zorgverlener. Verzoeker heeft derhalve recht op de - lagere - vergoeding op basis van 75 percent van het door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde tarief, indien hij gebruik wil blijven maken van deze zorgverlener.



5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat uit de indicatiestelling duidelijk blijkt dat sprake is van planbare zorg. Daarnaast moet zijn voldaan aan artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker is de Nederlandse taal niet machtig, waardoor de vraag kan worden gesteld of hij in staat is contracten in het Nederlands af te sluiten met zorgverleners.



5.6. 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 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 verzoeker 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 1 tot en met 39 van het onderdeel 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering.



8.3. Artikel 28 van het onderdeel 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:



"In artikel 16, 17, en 29 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.



*U heeft recht 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 uw verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit

geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving

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 recht op heeft

(...)

b u heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

(...)"

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016' 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 langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen.

(...)

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger (Wettelijk vertegenwoordiger: ouder voor kinderen tot 18 jaar, 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. Zie hiervoor ook artikel 6. We maken hierbij een onderscheid in (wettelijk) vertegenwoordigers. Een ouder (voor kinderen tot 18 jaar) of curator is bevoegd om overeenkomsten te ondertekenen en is daarmee eindverantwoordelijke. Een door u aangewezen vertegenwoordiger uit de familie (met uitzondering van ouders van kinderen tot 18 jaar), bewindvoerder of mentor, mag wel de zaken voor u regelen, maar u moet zelf de overeenkomsten ondertekenen, wat betekent dat u dan eindverantwoordelijk bent;
- 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 waar u een overeenkomst mee heeft gesloten 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 vv in aanmerking te komen, moet u voldoen aan de onderstaande voorwaarden:

1) u heeft een door een BIG geregistreerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden nodig én moet u behoren tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2. Voor IKZ moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.

- 2) u bent in 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 1 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 heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
 - u 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;
 - u zorg nodig heeft 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 28 van het onderdeel 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1.1 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 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. In het nader commentaar en ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat verzoeker de Nederlandse taal niet machtig is en dat door hem derhalve niet wordt voldaan aan artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar. De aanvraag voor het PGB vv per 1 januari 2017 is inmiddels door de ziektekostenverzekeraar toegewezen. Aangezien ten tijde van deze toewijzing - als het althans gaat om het kunnen beheren van het PGB vv - dezelfde regels als in 2016 van toepassing waren, komt de commissie tot de conclusie dat de beantwoording van de vraag of verzoeker behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar, achterwege kan blijven. De commissie zal zich derhalve ertoe beperken of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.

- 9.3. De zorg die verzoeker ontvangt, bestaat blijkens de aanvraag en het zorgplan die in dit kader als uitgangspunt worden genomen, uit hulp bij het in en uit bed komen, douchen, haar-, tanden- en nagelverzorging, insmeren van de huid, aan- en uitkleden en aan- en uittrekken van de elastische kousen. Verder is sprake van hulp bij het toedienen van medicatie en bij het meten van de bloedsuikerwaarde. De voornoemde zorg 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. De noodzaak van onverwachte zorg, met name als verzoeker valt, kan op een andere manier worden opgevangen, zoals door middel van personenalarmering, indien hiervoor een indicatie wordt gesteld. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft, dan wel 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 zijn vaste zorgverlener omdat hij zich daar vertrouwd bij voelt, betekent dit niet dat formele zorgverleners geen rekening kunnen houden met zijn problematiek en wensen.
- 9.4. Met betrekking tot 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. Verzoeker maakt gebruik van incontinentiemateriaal, waardoor eventuele problemen met de urinelozing of ontlasting zouden moeten zijn ondervangen. Indien dit niet het geval is, zal hiernaar onderzoek moeten worden gedaan. Toekenning van een PGB vv is daarvoor niet de oplossing. Verzoeker heeft, gelet op het voorgaande, geen aanspraak op het PGB vv, ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen verzoeker overigens stelt, kan niet leiden tot een andere uitkomst.
- 9.5. Volledigheidshalve tekent de commissie nog aan dat indien verzoeker ervoor kiest de zorg in natura te betrekken bij een hiertoe niet door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener, op grond van artikel 28 van het onderdeel 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering een zogenoemde restitutiekorting van 25 percent van toepassing is. Deze korting vormt geen onderwerp van de onderhavige procedure.

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, 10 mei 2017,

J.A.M. Strens-Meulemeester