



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V.
te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201602303
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



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

2. De verzekeringssituatie



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

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 24 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. Bij brief van 22 juli 2012 (bedoeld wordt 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 11 januari 2017 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 februari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 februari 2017 aan verzoeker gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 februari 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 maart 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 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 3 maart 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017008529) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat sprake is van planbare zorg en geen medische noodzaak bestaat voor zorg op wisselende tijdstippen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 6 maart 2017 aan partijen gezonden.

 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 april 2017 in persoon 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. Verzoeker ontving van 2009 tot en met 12 mei 2016 een PGB vv, waarmee hij de zorg bekostigde die zijn dochter aan hem verleende. De aanvraag voor verlenging van het PGB vv is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen op de grond dat niet is voldaan aan de voorwaarden van artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de geïndiceerde zorg te leveren door een gecontracteerde thuiszorgorganisatie, mede omdat geen noodzaak bestaat voor levering van deze zorg door een vaste zorgverlener.

 4.2. Bij verzoeker is er naast diabetes, waarvoor insuline dient te worden geïnjecteerd, en een achillespeesontsteking, sprake van Colitis Ulcerosa (chronische, regelmatig terugkerende ontsteking van de dikke darm), Ileitis Terminalis (chronische ontsteking van het laatste deel van de dunne darm) en de ziekte van Bechterew. Bij deze laatste aandoening raken de gewrichten van het bekken en de wervelkolom ontstoken. De ontstekingen zijn pijnlijk, en er kan stijfheid ontstaan. Op den duur leiden de ontstekingen tot een verstijving van de wervelkolom. Soms doen de ontstekingen zich ook voor in de gewrichten van de borstkas en van de armen en benen of, in een enkel geval, in de achillespees. De ziekte kan grillig verlopen, met afwisselend actieve en rustige perioden. Bij verzoeker zijn de wervels inmiddels vastgegroeid en is de wervelkolom vergroeid. Zijn ademhaling is hierdoor altijd zwaar. Ook hebben zich longcomplicaties voorgedaan. Voorts is sprake van ernstige vermoeidheid en pijn in de voeten en benen bij het lopen.

 4.3. Als gevolg van zijn klachten heeft verzoeker vaak zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties, en ook is de zorg vooraf slecht in te plannen, daar deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep. De tijdstippen waarop verzoeker zorg nodig heeft, verschillen. Dit kan zowel overdag als 's nachts zijn. De zorg overdag is redelijk te plannen, voor zover het de hulp bij het douchen en aankleden betreft. Het grootste probleem betreft de darmen die 's nachts opeens pijnlijk kunnen zijn, en waarbij sprake kan zijn van het lekken van ontlasting op bed en kleding. Indien dit zich voordoet (gemiddeld gebeurt dit

tweemaal per week) heeft verzoeker hulp nodig bij het uit bed komen, dient hij te worden uitgetkleed en onder de douche te worden gezet, en daarna weer te worden aangekleed, en moet het bed worden verschoond. De dochter van verzoeker woont in zijn directe nabijheid en is op elk moment van de nacht binnen korte tijd beschikbaar. Daarnaast dient verzoeker één of twee keer per nacht te worden omgedraaid in bed. Hij kan dit zelf niet meer vanwege de stijfheid in zijn gewrichten. De benauwdheid die in de nacht extremer is, is mede oorzaak van de noodzaak tot omdraaien. De echtgenote van verzoeker kan hem hierbij niet helpen, omdat zij zelf kampt met lichamelijke klachten.

- 4.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar duurt het twintig minuten voordat er hulp is gedurende de nacht. Dit is te lang, omdat verzoeker dan al die tijd in zijn eigen ontlasting ligt, en hij zich niet kan omdraaien. Zijn dochter is binnen enkele minuten ter plaatse. Verder geldt dat deze zorg juist voldoet aan het eerste vereiste van artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar, omdat het gaat om zorg die vaak nodig is op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en vooraf slecht is in te plannen. In het reglement staat niet dat als de zorg te leveren is door een thuiszorgorganisatie, geen aanspraak bestaat op een PGB vv. Artikel 3 van het reglement zou in dat geval een dode letter zijn, aangezien alle zorg is te leveren door een thuiszorgorganisatie. De vraag is echter of deze zorg wenselijk en menselijk is.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft geen contact opgenomen met de huisarts, omdat hij hiertoe geen noodzaak ziet. Ook heeft geen huisbezoek bij verzoeker plaatsgevonden. De darmproblematiek en de nachtelijke problematiek zijn niet nader toegelicht in het formulier dat de wijkverpleegkundige heeft ingevuld. Het had daarom op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen hiernaar navraag te doen bij de wijkverpleegkundige.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de reactie van het Zorginstituut eigenlijk hetzelfde is als die vanuit de ziektekostenverzekeraar. Het gaat dan ook om de opmerking dat een deel van de benodigde zorg niet is opgenomen in de indicatiestelling. Het gaat dan vooral om de nachtelijke zorg, met name de incontinentie en het tweemaal per nacht moeten omdraaien. De ene keer gaat het om pijnklachten en de andere keer om benauwdheidsklachten. De vrouw van verzoeker heeft niet de mogelijkheid dit voor hem te doen, omdat zij zelf het carpaal tunnelsyndroom heeft.
De indicatiestelling door de wijkverpleegkundige maakt deel uit van de beoordeling door de ziektekostenverzekeraar. Op het moment dat verzoeker het niet eens is met de indicatiestelling, kan hij hiertegen alleen bij de ziektekostenverzekeraar opkomen. Hij kan niet vragen om een nieuwe indicatiestelling met terugwerkende kracht.
- 4.7. 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 kent de mogelijkheid van een PGB vv indien is voldaan aan enkele voorwaarden, die zijn opgenomen in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. In artikel 3 van genoemd reglement 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.
- De zorgvraag van verzoeker sluit niet aan bij één van deze voorwaarden, zodat het PGB vv is afgewezen.

- 5.2. Tijdens de eerste beoordeling heeft de ziektekostenverzekeraar op 16 juni 2016 een Bewust Keuze Gesprek gevoerd met verzoeker. Verzoeker deelde bij het gesprek mede dat hij in de ochtend hulp nodig heeft met wassen, aankleden, de haarverzorging en het klaar zetten van zijn medicatie. In de avond heeft hij hulp nodig bij het uitkleden, en indien noodzakelijk wordt bij pijnklachten extra medicatie klaargelegd. Daarnaast heeft verzoeker toegelicht zelfstandig naar het toilet te kunnen.
- 5.3. Tijdens een tweede gesprek op 20 juni 2016 deelde verzoeker mede dat de wisselende pijnklachten ook vaak 's avonds voorkomen. Dan moet hij soms een pijninjectie krijgen die hij zichzelf niet goed kan geven. De thuiszorgorganisatie heeft in 2009 aan verzoeker medegedeeld niet direct ter plaatse te kunnen zijn.
Op 21 juli 2016 is een Bewust Keuze Gesprek gevoerd met de indicierend wijkverpleegkundige. Deze deelde mede dat het er hoofdzakelijk om gaat dat wanneer verzoeker zorg nodig heeft, zijn dochter direct aanwezig is, wat voor hem veilig en prettig voelt. De wijkverpleegkundige heeft voorts toegelicht dat de zorg planbaar is en dat er geen medische noodzaak is voor een vaste zorgaanbieder, wel een wenselijkheid.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar is op basis van de beschikbare informatie tot de conclusie gekomen dat de zorg voor verzoeker planbaar is. In het zorgplan van de indicierend wijkverpleegkundige is te zien dat er éénmaal daags hulp is geïndiceerd voor het uit bed komen, dagelijks 20 minuten voor hulp bij het wassen en kleden, dagelijks 20 minuten voor hulp bij het uitkleden voor de nacht en 15 minuten per dag voor het uitzetten van de medicatie. Deze zorg is volgens de wijkverpleegkundige goed te leveren door een thuiszorgorganisatie. In het contact met verzoeker op 20 juni 2016 spreekt hij over het zetten van een injectie tegen de pijn. Dit is een verpleegkundige handeling, die niet is meegenomen in de indicatie. Mocht dit wel zijn geïndiceerd, dan kan verzoeker door middel van personenalarmering een organisatie oproepen. Hierbij is de aanrijdtijd 20 minuten.
Verzoeker kan op vaste tijden worden geholpen bij de wisselligging. Daarnaast kan hij bij eventuele ongelukjes via personenalarmering de thuiszorg inschakelen. Ook kan verzoeker in de nacht gebruikmaken van incontinentiemateriaal. Als hij dan een ongelukje krijgt vangt dit al veel op, waardoor zijn kleding en bed niet vies worden.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar geen invloed heeft op de indicatiestelling. Er is contact opgenomen met de wijkverpleegkundige, en hieruit is gekomen dat sprake is van planbare zorg. Het Zorginstituut deelt hetzelfde mede in het advies. De ziektekostenverzekeraar heeft het PGB vv daarom afgewezen. Als er meer zorg benodigd is, kan een nieuwe indicatie worden gevraagd. Inmiddels is een nieuwe aanvraag gedaan in 2017, die is toegekend.
- 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 de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar 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 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

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

“Omschrijving

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

(...)

Persoonsgebonden budget (pgb)

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

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).

Verwijsbrief nodig van

1. huisarts of medisch specialist: voor palliatief terminale zorg;

(...)

3. medisch specialist: voor medische specialistische verpleging thuis. De zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist.

Bijzonderheden

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

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement 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 verpleging en verzorging. U komt in aanmerking voor het pgb verpleging en verzorging als: (...)

3. U langdurig, d.w.z. langer dan één 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 de verantwoordelijkheden en verplichtingen die bij het pgb verpleging en verzorging horen, uit te voeren. Een wettelijk vertegenwoordiger kan een ouder (voor kinderen tot 18 jaar), curator, bewindvoerder of mentor zijn. De verantwoordelijkheden en verplichtingen die u moet kunnen uitvoeren zijn bijvoorbeeld contracten afsluiten met een zorgaanbieder en deze controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten, zie hiervoor ook artikel 6;
- dat 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 Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

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

1. U bent in het bezit van een door een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot een van de doelgroepen zoals beschreven in artikel 2. Voor Intensieve Kindzorg moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.

(...)

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 wij zorg in natura (ZIN). Indien u een combinatie wenst van zorg in natura met een pgb verpleging en verzorging, dan mag de indicatie maar door één zorgaanbieder 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 (in het geval van Intensieve Kindzorg of PTZ);
- er een noodzaak is voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

- 8.6. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens de 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. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. De vraag is of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoeker ontvangt, bestaat uit hulp bij het in- en uit bed komen, het wassen en douchen, het aan- en uitkleden, het uitzetten van medicatie en het toedienen van insuline. Dit betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Dit geldt ook voor het keren in bed. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Met betrekking tot het verschonen van incontinentiemateriaal na een ongelukje geldt dat dit weliswaar niet steeds op hetzelfde moment zal moeten gebeuren, maar dat deze zorg binnen 20 minuten op afroep beschikbaar kan zijn. Dit is een redelijke termijn. Daarbij geldt dat door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoeker niet weersproken, dat verzoeker zelfstandig naar het toilet kan. Het toiletbezoek vormt geen onderdeel van de indicatiestelling.
Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct enkel beschikbaar moet zijn. 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.
Wat betreft de pijninjecties merkt de commissie nog op dat de door de wijkverpleegkundige gestelde indicatie betrekking heeft op Persoonlijke Verzorging, en niet op Verpleging waaronder pijninjecties vallen.
Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van zijn dochter, betekent dit niet dat een thuiszorgorganisatie de noodzakelijke zorg niet aan verzoeker kan verlenen en hierbij rekening kan houden met zijn problematiek en de gevolgen hiervan, zich onder andere uitend in pijnklachten.
Het voorgaande leidt ertoe dat verzoeker geen aanspraak heeft op het PGB vv, ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen hij overigens heeft aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.



Conclusie



9.5. 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