



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, 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 : 201600259

Zittingsdatum : 25 mei 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)



(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: verzoeker,

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 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandarts 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 16 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 10 februari 2016 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 
- 3.4. Bij brief van 16 februari 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 13 april 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 april 2016 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 april 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 mei 2016 schriftelijk medegedeeld 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 15 april 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 28 april 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016051114) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de vraag of verzoeker is aangewezen op een PGB vv. Op basis van de stukken kan niet worden geobjectiveerd of al dan niet sprake is van planbare zorg. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is 2 mei 2016 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is bij die gelegenheid gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies, uit te voeren en de commissie over de uitkomst hiervan te berichten. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 mei 2016 aan de commissie medegedeeld dat er op dit moment nog geen geldige indicatie is. Met betrekking tot de gevraagde informatie omtrent het prostaatacarcinoom is de ziektekostenverzekeraar van mening dat verzoeker deze informatie zelf kan opvragen bij zijn behandelend arts.
-  3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 mei 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 15 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 22 juni 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft in het advies overwogen dat de informatie over de pijnklachten tegenstrijdig is. Verzoeker wordt verwezen in verband met rugklachten bij gemetastaseerd prostaatacarcinoom. Dit wordt bevestigd door de uroloog in zijn brief van 26 mei 2015, maar deze concludeert vervolgens dat er geen klachten zijn.
-  3.12. Bij e-mailbericht van 20 juni 2016 heeft verzoeker de commissie medegedeeld van de ziektekostenverzekeraar een akkoordverklaring voor het PGB vv te hebben ontvangen. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd waarom deze akkoordverklaring is afgegeven. Bij brief van 27 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de akkoordverklaring per abuis is afgegeven. Deze wordt in stand gelaten, maar bij een eventuele verlengingsaanvraag zal de situatie opnieuw worden beoordeeld. Bij brief van 28 juni 2016 heeft de commissie verzoeker gevraagd of hiermee het geschil is opgelost. Bij die gelegenheid is tevens het definitief advies van het Zorginstituut meegezonden. Bij brief van 11 juli 2016 heeft verzoeker gevraagd of hij tevens een akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar zal ontvangen voor het jaar 2017. In dat geval is het geschil opgelost. De ziektekostenverzekeraar is gevraagd hierop te reageren. Bij brief van 15 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de akkoordverklaring niet automatisch zal worden verlengd. Deze brief is aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft bij brief van 31 juli 2016 medegedeeld dat het geschil nog niet is opgelost. Een afschrift van deze brief is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De huisarts heeft op 27 oktober 2015 namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (PGB vv)' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende vermeld: *"1) Status na zeer grote littekenbreuk van de buik. In 2009 1 jr open buik gehad. Erna operatief (moeilijk) herstel. De littekens en materiaal maken bukken onmogelijk. 2) Decomp cordis Dyspnoe d'effort NYHA II (...) Niet kunnen bukken. Mobiliteit flink beperkt. Dyspnoe d'effort (...) Momenteel 3,9 u/wk verzorging (CIZ beslissing) sedert ± 2011. (...) Echtgenote 1/2 u/dag (daarvoor momenteel PGB) (...) Hulp bij douchen (benen/rug) wassen/afdrogen. Aankleden (broek, sokken, schoenen) (...)"*.
- 4.2. Verzoeker ontving vanaf 2009 een PGB vv. Het indicatiebesluit dat was afgegeven door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) was geldig tot 18 juli 2027. In het kader van de overgangsregeling is de indicatie verkort tot en met 31 december 2015. Daarom heeft verzoeker in november 2015 een aanvraag gedaan voor verlenging van het PGB vv. Dit verzoek werd evenwel afgewezen door de ziektekostenverzekeraar, op de grond dat bij verzoeker sprake is van planbare zorg.
- 4.3. Verzoeker is sinds een buikoperatie in 2009 niet meer in staat om te bukken, zelfstandig te douchen en zich aan en uit te kleden. Ook heeft hij hulp nodig bij diverse andere dagelijkse noodzakelijke activiteiten. Deze zorg heeft verzoeker iedere dag nodig, dus meer dan drie maal per week. Verzoeker is hartpatiënt en heeft drie dotterbehandelingen moeten ondergaan. Ook is hij getroffen door prostaatkanker, waarvoor hij, na radiotherapie, nu driemaandelijks een hormooninjectie krijgt. De kanker is uitgezaaid in de ruggenwervel, met rugpijn tot gevolg. Verder heeft verzoeker neuskanker gehad, waarvoor radiotherapie en chemotherapie noodzakelijk waren. In dit kader moet verzoeker nog steeds tweemaal daags de neus spoelen. Tot slot wordt verzoeker het lopen bemoeilijkt door artrose. Deze diverse aandoeningen, behandelingen en medicatie leiden tot vermoeidheid gedurende verschillende momenten op de dag. Verzoeker is vaak niet in staat 's ochtends op te staan. Ook moet hij regelmatig overdag naar bed. Het afspreken van zorg op vaste tijdstippen is daarom voor hem praktisch onmogelijk. De zeer frequente afspraken en consulten met artsen spelen ook een rol. Deze zijn steeds op wisselende tijden, en verzoeker moet hier naartoe worden vervoerd.
De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de echtgenote van verzoeker altijd aanwezig is, maar zij ondervindt ook steeds meer beperkingen, als gevolg van COPD.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat vorig jaar een PGB vv is aangevraagd. De aanvraag bestond uit twee delen. Het eerste deel moest worden ingevuld door de verzekerde, en het tweede door een verpleegkundige. Verzoeker is hiermee naar de huisarts gegaan, die het tweede deel heeft ingevuld. Voor de ziektekostenverzekeraar was dit niet goed genoeg. Onlangs heeft de verpleegkundige alsnog het tweede deel ingevuld, en dit is naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd, met het zorgplan. Volgens de verpleegkundige betreft het niet-planbare zorg. Verzoeker heeft ook last van zijn benen. Hij heeft vier weken in coma gelegen en is toen achteruit gegaan door het gebruik van medicijnen. Hij kan weinig meer. Verzoeker en zijn echtgenote passen elke veertien dagen op de kleinkinderen.
- 4.5. Bij brief van 31 juli 2016 heeft verzoeker medegedeeld dat hij zich afvraagt hoe de ziektekostenverzekeraar abusievelijk een akkoordverklaring heeft kunnen afgeven. Hiervoor moet een reden zijn geweest. Aan het afgeven van een akkoordverklaring zal immers een procedure ten grondslag liggen. Verder vraagt verzoeker zich af wat de toegevoegde waarde is van het verpleegkundige deel en het zorgplan, dat bij de aanvraag is gevoegd. De verpleegkundige heeft duidelijk toegelicht dat het gaat om zorg die moeilijk is te plannen. De onregelmatige nachtrust en de vele bezoeken aan artsen, specialisten, ziekenhuizen en therapeuten maken de zorg onplanbaar.

De omschrijving "geen klachten" van de uroloog in zijn brief van 26 mei 2015 heeft betrekking op de hormoontherapie, en niet op de rugklachten. Waardoor deze worden veroorzaakt, is nog steeds niet duidelijk.

De zorg die verzoeker ontvangt, is veel goedkoper dan indien hij deze inkoopt via een door de ziektekostenverzekeraar aangewezen thuiszorgorganisatie. Het PGB vv stelt hem bovendien in staat een sociaal leven te leiden.

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. Verpleging en verzorging in de thuissituatie maken vanaf 1 januari 2015 deel uit van de zorgverzekering. Een en ander is geregeld in artikel 2.10 Bzv. Deze wijziging houdt in dat verzoeker met ingang van 1 januari 2015 de geïndiceerde zorg ontvangt via de ziektekostenverzekeraar. 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 het 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 het 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. Indien een 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 op 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. Op het aanvraagformulier is aangekruist dat verzoeker vaak (meer dan drie keer per week) zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties. Hij heeft hulp nodig bij het douchen, wassen, afdrogen en aankleden. Deze geïndiceerde zorg is goed in te plannen op vaste momenten. Daarom kan deze zorg door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder worden geleverd. Hierbij gaat de ziektekostenverzekeraar ervan uit dat afspraken kunnen worden gemaakt met de gecontracteerde zorgaanbieder, waarbij rekening wordt gehouden met de persoonlijke wensen van verzoeker. Als hij bijvoorbeeld tussen acht en tien uur 's ochtends wakker is, kan de zorgverlener om tien uur komen. Verzoeker zou dan hoogstens iets langer in bed liggen of in zijn nachtkleding rondlopen als hij eerder wakker is. Als verzoeker in de middag slaapt, kan hij ook worden geholpen bij het aan- en uitkleden. Tevens kan rekening worden gehouden met bezoeken aan medisch specialisten. Hoewel de ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoeker liever wil worden geholpen op een door hem gewenst tijdstip, betekent dit niet dat de noodzakelijke zorg ook zorginhoudelijk op wisselende tijdstippen moet plaatsvinden.

- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hem een termijn van twee weken werd gegund voor het uitvoeren van het nader onderzoek, hetgeen te kort is. Enige versnelling kan worden bereikt als de verzekerde zelf met de informatie komt.
- 5.5. Bij brief van 31 mei 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld alsnog een akkoordverklaring te geven voor het PGB vv voor de periode 30 mei 2016 tot en met 31 december 2016. Bij brief van 27 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat de akkoordverklaring ten onrechte aan verzoeker is afgegeven, maar dat deze niet zal worden ingetrokken. Een eventuele verlengingsaanvraag zal worden beoordeeld aan de hand van de situatie zoals deze op dat moment is.
- 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 A.22. van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog 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. (...)

Algemeen

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: (...)

2. U langdurig, d.w.z. langer dan één 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 o.a. in contracten afsluiten en controleren 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."*

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Hebt u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én kiest u er bewust voor om geen gebruik te maken van zorgverleners die door ons zijn gecontracteerd? Dan kunt u in aanmerking komen voor een pgb vv. Hiermee 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 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 was ten tijde van het geschil 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 ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker alsnog een akkoordverklaring gegeven voor het PGB vv voor de periode van 30 mei 2016 tot en met 31 december 2016. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat deze akkoordverklaring ten onrechte is verleend, maar niet zal worden ingetrokken. Verzoeker heeft verklaard dat hiermee het geschil nog niet is opgelost.
-  9.2. 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.
-  9.3. 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'. Rest de vraag of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
-  9.4. De zorg die verzoeker ontvangt bestaat uit hulp bij het wassen en douchen en het aan- en uitkleden. Dit betreft het naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan plaatsvinden. 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, mede gelet op de hoogte van de gestelde indicatie van vier uren per week. Tot slot 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 zijn echtgenote, betekent dit niet dat formele zorgverleners geen rekening kunnen houden met zijn problematiek en de gevolgen hiervan, onder andere tot uitdrukking komend in het optreden van vermoeidheid op verschillende momenten van de dag. Het zelfde geldt voor de bezoeken aan medisch specialisten.

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, 17 augustus 2016,

A.I.M. van Mierlo