



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, in deze
vertegenwoordigd door Turien & Co. Assuradeuren B.V. te Alkmaar
Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201601244
Zittingsdatum : 22 februari 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door Turien & Co. Assuradeuren B.V. te Alkmaar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IZA Cura Natura Polis (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 IZA Cura Rotterdampakket 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 door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten Aanvullende Verzekering Eigen Risico is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

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 7 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 2 mei 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 8 juni 2016 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij e-mailbericht van 8 september 2016 en brief van 4 oktober 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 november 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 30 november 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 december 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 25 november 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 18 januari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016133816) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit de in het dossier aanwezige informatie blijkt dat de zorgvraag enkel betrekking heeft op planbare zorg en dat de beschreven beperkingen van verzoeker niet medisch zijn onderbouwd. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 20 januari 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 februari 2017 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 24 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Tevens is daarbij gevraagd in te gaan op de stellingen van verzoeker dat de neusdruppels door verminderde motoriek niet zelf kunnen worden toegediend, en dat bij benauwdheidsklachten direct medicatie moet worden toegediend. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 28 februari 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. Daarbij heeft het Zorginstituut toegelicht dat door verzoeker niet medisch is onderbouwd dat bij benauwdheidsklachten direct medicatie moet worden toegediend.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een PGB vv aangevraagd omdat hij op ongebruikelijke momenten zorg nodig heeft. De aanvraag is afgewezen omdat volgens de ziektekostenverzekeraar sprake is van planbare zorg. In de heroverweging is vermeld dat niet wordt voldaan aan artikel 3 van het 'Reglement PGB vv' van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker kan zich in deze beslissing niet vinden.
- 4.2. Verzoeker stelt dat wel degelijk wordt voldaan aan artikel 3 van het 'Reglement PGB vv' van de ziektekostenverzekeraar. Ten eerste heeft verzoeker vaak (meer dan drie keer per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties. Vanwege zijn geloofsovertuiging gaat verzoeker elke vrijdag naar een gebedshuis. Voor het gebed moet een rituele wassing worden uitgevoerd. Verzoeker kan daarbij bepaalde handelingen moeilijk verrichten. Familieleden kunnen hem daarbij helpen, omdat die samen met verzoeker naar het gebedshuis gaan. Daarnaast bidt verzoeker vijf keer per dag. Dit vindt op verschillende tijdstippen plaats. Ook voor deze gebeden moet een rituele wassing worden uitgevoerd en de familieleden van verzoeker begeleiden hem daarbij.

Ten tweede heeft verzoeker zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen, omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep. Verwezen wordt naar het voorgaande.

Ten derde heeft verzoeker zorg nodig die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep. Verzoeker heeft, naast hulp bij de toiletgang, ondersteuning nodig bij het druppelen van de neus. Verzoeker kampt namelijk met onregelmatige/spontane neusverstoppingen. Als dit midden in de nacht gebeurt, schrikt hij wakker en raakt in paniek. Als sprake is van neusverstopping, moet de neus worden gedruppeld en deze handeling is niet planbaar. Daarnaast heeft verzoeker geen reukzin. Hierdoor is het gevaarlijk voor hem om alleen thuis te zijn. Als bijvoorbeeld sprake is van een gaslek of brand in huis, kan verzoeker dit niet ruiken. Tevens lijdt hij aan ernstige chronische ziektes. De familieleden van verzoeker kunnen hem 24 uur per dag hulp verlenen. Zij zijn op de hoogte van de problemen van verzoeker en de medicatie die hij gebruikt.

Ten vierde is er een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Verzoeker heeft voor bepaalde handelingen hulp nodig op ongebruikelijke momenten. Zijn familieleden zijn hiervan op de hoogte en zijn dichtbij verzoeker. In noodsituaties kan direct hulp worden geboden. De familieleden van verzoeker verzorgen hem al jaren. Verzoeker spreekt geen Nederlands en kan enkel in zijn moedertaal communiceren.

Uit de informatie van de huisarts blijkt dat verzoeker vaker naar het toilet moet vanwege een vergrote prostaat. Hij kan niet alleen naar het toilet, en moet daarbij door zijn zoon worden geholpen. De toiletbezoeken zijn niet planbaar. Verzoeker krijgt na een toiletbezoek een hoofdmassage in verband met hoofdpijn en duizeligheid die is ontstaan door het opstaan. De zoon van verzoeker gaat met hem mee naar activiteiten buitenshuis, zoals een bezoek aan de moskee, familiebezoek en wandelen. Als verzoeker buitenshuis naar het toilet moet, en zich daarna moet wassen, helpt zijn zoon hem daarbij.

Samenvattend kan vanwege de diverse chronische ziektes van verzoeker, worden gesproken van niet-planbare zorg c.q. een zorgbehoefte op ongebruikelijke momenten. Daarbij komt dat verzoeker de voorgaande jaren steeds een PGB toegekend heeft gekregen en dat zijn gezondheidssituatie niet is gewijzigd.

Verzoeker concludeert dat hij aanspraak heeft op een PGB vv. Hierdoor kunnen zijn familieleden hem de noodzakelijke zorg verlenen. Tevens maakt verzoeker aanspraak op een proceskostenvergoeding op basis van artikel 7:15 Awb.

- 4.3. Op het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' is onder 'DEEL 1: Verpleegkundig deel' het volgende opgenomen: *"Zorgvraag omtrent mobiliteit, toiletgang en druppelen van de neus(holtes) is slecht inplanbaar, gezien culturele en religieuze achtergronden is de vertrouwensband van dusdanig belang dat deze zorg door bekenden geleverd wordt."* Onder 'DEEL 3: Budgetplan' is het volgende opgenomen: *"Voor persoonlijke verzorging. Hulp is niet planbaar, kan op elke moment van de dag nodig zijn. Vooral [het] comfortabel zijn in eigen omgeving/familie is erg belangrijk. Cultuur en religie speelt ook een rol en daardoor is [het] vertrouwen dus onder bekenden erg belangrijk. Door de nacht heen is er ook vaak hulp nodig."*

- 4.4. De wijkverpleegkundige heeft op 23 maart 2016 het volgende over verzoeker verklaard: *"De situatie voor deze meneer is dusdanig dat hij óók op ongebruikelijke momenten zorg behoeft. Gelet op de problematiek van meneer rondom de transfers en zijn verhoogde valrisico, gekoppeld aan het feit dat hij vaak op ongebruikelijke (niet planbare) momenten gebruik moet maken van hulp bij vnl. de toiletgang, ben ik van mening dat deze kwetsbare momenten preferent zijn op het argument dat de ADL zorg relatief goed planbaar zou zijn. Bovendien heeft meneer ondersteuning nodig bij het druppelen van de neus, een handeling die niet planbaar is, aangezien deze uitgevoerd moet worden op het moment dat meneer merkt en voelt dat zijn (voorhoofd/neus)holtes verstopt zijn/raken. Aanvullend geldt voor meneer dat er het belang is van vaste zorgaanbieders, niet zozeer vanwege het gebruik van specifieke hulpmiddelen maar vanwege de vertrouwdsheid van de huidige zorgaanbieders, zowel op het gebied van culturele achtergrond als het "kunnen lezen en schrijven" met deze zorgaanbieders als het gaat om zorg voor deze kwetsbare, minder goed geïntegreerde zorgvrager."*

4.5. De behandelend KNO-arts heeft op 7 april 2016 het volgende over verzoeker verklaard:
"Bovenstaande patiënt is gezien op de polikliniek KNO in verband met recidiverende neusklachten. Hij klaagt sinds lange tijd over neusverstopping, veel slijm in de keel, geen reukzin, hoofdpijn. Bij onderzoek in 2009 werden veel poliepen in de neus gezien. Diagnose: chronische sinusitis met recidiverende neuspoliepen. Op 29 januari 2010 heeft hij een sanerende bijholtenoperatie ondergaan. Na de operatie is de patiënt behandeld met Flixonase nasules. In februari 2014 heeft hij een hersanerende operatie ondergaan in verband met recidiverende neuspoliepen. Na de tweede operatie wordt de patiënt behandeld met neusspoeling, Flixonase nasules. De neus blijft open maar er blijft veel slijm in de neus en geen reukzin. Deze klachten horen bij de recidiverende neuspoliepen en chronische sinusitis. De patiënt is geadviseerd om door te gaan met de spoeling en Flixonase nasules en verdere controle volgt over 3 maanden."

4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij last heeft van zijn prostaat, waardoor hij vaker naar het toilet moet. Dit wordt bevestigd door de huisarts in een recente verklaring. De zoon van verzoeker helpt hem bij de toiletbezoeken, en wast hem eventueel daarna. Deze zorg wordt circa zeven uren per week verleend. De wijkverpleegkundige heeft toegelicht dat zorg op wisselende momenten nodig is. Voorts heeft verzoeker toegelicht dat hij vanwege problemen met zijn motoriek verminderd in staat is de neusdruppels toe te dienen. Tevens heeft hij voortdurend steun nodig bij verplaatsingen, heeft hij veel last van hoofdpijn, waarvoor zijn zoon hem masseert, en heeft hij hartklachten met daarmee gepaard gaande benauwdheid, waarvoor medicijnen moeten worden toegediend. Als verzoeker hartkloppingen krijgt en zweterig wordt, moet snel worden gehandeld. Er is altijd iemand bij verzoeker aanwezig, meestal zijn zoon. Tot slot heeft verzoeker verklaard dat in het zorgplan weliswaar vijftien uren is opgenomen, maar dat hij accepteert dat een gedeelte hiervan planbaar is. De familie van verzoeker is minstens één uur per dag bezig met niet-planbare zorg. Dit betreft ongelukjes, hoofdpijn of buikpijn. Verzoeker gebruikt veel medicijnen. Soms moet verzoeker gedurende de nacht drie maal naar het toilet. Zijn zoon masseert hem dan en helpt hem bij de toiletgang.

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. In artikel 3 van het 'Reglement PGB vv' zijn de voorwaarden opgenomen die gelden om in aanmerking te komen voor een PGB vv. De zorgvraag van een verzekerde moet aansluiten bij één van die voorwaarden.

- Er is vaak (meer dan drie maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- Er is 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;
- Er is 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 nodig is, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

5.2. In de aanvraag van verzoeker is vermeld dat hij dagelijks hulp nodig heeft bij het douchen, het aan- en uitkleden, de toiletgang, het scheren en het verzorgen van huid, haren en nagels. Verder moeten er indien nodig neusdruppels worden gegeven. De indicierend wijkverpleegkundige heeft toegelicht dat het voor verzoeker belangrijk is een vaste zorgverlener te hebben, niet zozeer vanwege het gebruik van specifieke hulpmiddelen, maar vanwege de vertrouwdheid van de huidige zorgverleners op zowel het gebied van cultuur als het "kunnen lezen en schrijven" met deze personen. Het is de ziektekostenverzekeraar in dit verband opgevallen dat voor het kalenderjaar 2015 verschillende zorgverleners (familieleden) zorg hebben verleend aan verzoeker.

Het argument dat verzoeker op ongebruikelijke tijden zorg nodig heeft, blijkt niet uit de declaraties. Op iedere dag van iedere maand in 2015 is precies één uur zorg verleend door één zorgverlener. Voor het verhoogd risico op vallen, waarover wordt gesproken, bestaat de mogelijkheid tot het aanvragen van een tegemoetkoming voor personenalarmering. Hiervoor gelden bepaalde voorwaarden.

Begeleiding bij rituele wassingen voor bezoeken aan de moskee zijn handelingen c.q. behoeften die voortkomen uit de culturele achtergrond en levensovertuiging van verzoeker. Hiervoor kan geen PGB vv worden toegekend. Dit geldt eveneens voor het aangegeven 24/7-toezicht.

De ziektekostenverzekeraar concludeert dat in de situatie van verzoeker niet wordt voldaan aan artikel 3 van het 'Reglement PGB vv'. Er is sprake van planbare ADL-zorg. Dat de ziekte van verzoeker niet planbaar is, maakt niet dat de zorgbehoefte daarmee ook niet planbaar is.

Hoewel begrip bestaat voor de persoonlijke voorkeur van verzoeker voor een bepaalde zorgverlener, is dit geen reden voor toekenning van een PGB vv. Op basis van de regelgeving dient te worden uitgegaan van een medische noodzaak. Er wordt daarom geen rekening gehouden met een persoonlijke voorkeur ten aanzien van een bepaalde zorgverlener.

Verzoeker kan gebruik maken van zorg in natura. Hiervoor kan hij contact opnemen met een daartoe gecontracteerde zorginstelling. Deze probeert de zorg zo optimaal mogelijk af te stemmen op de persoonlijke zorgbehoefte van verzoeker.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat indien wordt uitgegaan van de aanvraag en de indicering door de wijkverpleegkundige, de conclusie is dat het planbare zorg betreft. In 2015 is iedere dag één uur zorg gedeclareerd, en dit staat in schril contrast met de vijftien uren die nu worden aangevraagd. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat voor ondersteuning bij rituele wassingen en begeleiding naar de moskee geen PGB vv kan worden toegekend. Dit is wel een deel van de aanvraag, althans een deel van de tijdsopgave. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat verzoeker niet heeft onderbouwd waarom hij het druppelen van de neus niet zelf kan, zodat ervan wordt uitgegaan dat hij dit wel zelf kan doen.

5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. In de aanvullende ziektekostenverzekering is geen verwijzing naar de commissie dan wel de bevoegde rechter opgenomen. Partijen hebben zich echter met het voorleggen van het geschil aan de commissie impliciet akkoord verklaard met bindende advisering door de commissie.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoeker alsnog een PGB vv 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 verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. (...)

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. (...)

Bijzonderheden

1. U hebt alleen recht op 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 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 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 PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"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-geregistreeerde 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 PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2 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 (nog) 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 de aanvraag 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 één van de in artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar genoemde doelgroepen. Derhalve ligt de vraag voor 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 rituele wassingen, de toiletgang, en het toedienen van medicatie, het geven van hoofdmassage, begeleiding/ondersteuning bij activiteiten buitenshuis, ADL-ondersteuning en hulp bij het wassen. Ten aanzien van de begeleiding/ondersteuning bij activiteiten buitenshuis, hulp bij rituele wassingen, en het geven van hoofdmassage geldt dat dit geen verzekerde zorg is die ten laste van de zorgverzekering kan worden gebracht. Voor het overige betreft het zorg die naar zijn aard op vaste tijdstippen kan plaatsvinden. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel slecht is in te plannen. Hetgeen door verzoeker is gesteld ten aanzien van de spontane neusverstoppingen en het in verband daarmee direct druppelen van de neus, maakt dit niet anders. Uit de stukken blijkt namelijk niet dat verzoeker hiertoe zelf niet in staat is.
Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn, mede gelet op de door de wijkverpleegkundige gestelde indicatie van vijftien uren en vijfenveertig minuten 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. Het bestaan van een taalbarrière valt hier niet onder.

Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van zijn familie-/gezinsleden, in verband met zijn geloofsovertuiging en vertrouwdheid met hen, betekent dit niet dat zorgverleners van een door de ziektekostenverzekeraar aangewezen thuiszorgorganisatie geen rekening kunnen houden met zijn problematiek en de gevolgen hiervan.

- 9.4. Met betrekking tot het door verzoeker gestelde aangaande 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. Door de vergrote prostaat zal weliswaar vaker het toilet moeten worden bezocht, maar dit kan de gestelde indicatie niet verklaren. Voor zover het verhoogde valrisico aan de orde is, geldt dat mogelijk aanspraak kan worden gemaakt op personenalarmering. Het PGB vv is niet bedoeld om hierin te voorzien.

- 9.5. Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen mogelijkheid voor toekenning van een PGB vv, zodat het verzoek niet op grond 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, 22 maart 2017,

H.A.J. Kroon