



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201602694
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: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

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

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Vitaal Uitgebreid 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 22 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 3 februari 2016, 3 juni 2016 en 10 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 29 november 2016 heeft verzoekster 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).

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

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 februari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 februari 2017 aan verzoekster gezonden.

3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 februari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 februari 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.

- 3.7. 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.
- 3.8. Bij brief van 3 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 20 februari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017005921) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is aangetoond dat verzoekster in aanmerking komt voor het PGB vv, aangezien sprake is van planbare zorg en geen medische noodzaak bestaat voor zorg op wisselende locaties of tijdstippen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 23 februari 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster 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.
- 3.10. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld het aan het nader commentaar ten grondslag liggende stuk van de medisch adviseur over te leggen. Bij brief van 9 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar het nadere stuk ingebracht. Verzoekster is in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Zij heeft bij brief van 18 mei 2017 op het nagekomen stuk gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.11. Bij brief van 19 mei 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 29 mei 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken 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 verzoekster
- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 16 oktober 2015 ten aanzien van verzoekster verklaard: *"Mevr. woont zelfstandig in een gelijkvloerse woning. Op dit moment wordt de woning gerenoveerd waardoor Mevr. tijdelijk haar huis zal moeten verlaten. Er is een aanvraag ingediend bij de Wmo om de keuken aan te passen zodat Mevr. ook in een rolstoel zelfstandig kan blijven functioneren. Echtgenoot van Mevr. is maart van dit jaar overleden. Mevr. zit nog midden in dit verwerkingsproces. Behoud van zelfstandigheid is een belangrijke drijfveer voor Mevr. Ze erkent dat er hulp nodig is en merkt nu haar echtgenoot niet meer leeft dat zij veel steun maar ook praktische hulp van hem heeft gekregen. Mevr. heeft 2 zonen en 2 dochters die met hun gezinnen Mevr. bijstaan daar waar nodig. Denk hierbij aan boodschappen doen, mee naar afspraken specialisten, koken etc. Mevr. maakt gebruik van verschillende hulpmiddelen zoals trippelstoel, scootmobiel, rollator, stok om mee te lopen, rolstoel is aanwezig. Mevr. rijdt nog auto. Mevr. geeft aan dat ze al van kinds af aan ziek is. De belangrijkste beperkingen op dit moment zijn voor Mevr. de beperkte mobiliteit, evenwichtsverlies en geheugenproblematiek. Mevr. is gevoelig voor smetplekken. De diabetes wordt begeleid door de internist van het ziekenhuis in samenwerking met de diabetesverpleegkundige. Mevr. is niet goed gereguleerd waardoor er dagelijks wisselingen in bloedsuikerspiegel zijn van hoog naar laag. De internist heeft geadviseerd om het 4x daags spuiten van insuline over te laten nemen door de aanwezige thuiszorg. Mevr. geeft aan het moeilijk te vinden om dit stukje zelfstandigheid uit handen te geven echter is wel bereid om dit advies op te gaan volgen. Er is sprake van neuropathie. Familie ziet een toename van vergeetachtigheid. Mogelijk dat dit nog een restverschijnsel is van (...) niet aangeboren hersenletsel. Hierdoor is toezicht op inname van medicatie noodzakelijk. Baxtersysteem is niet aanwezig. Mevr. geeft aan dat er teveel wisseling is in medicatie om te kunnen werken met een Baxtersysteem. Mevr. haar wens is om zelfstandig te blijven wonen. Mevr. heeft nog geen goed dagritme gevonden na het overlijden van haar echtgenoot. (...)* *Er is bij Mevr. sprake van comorbiditeit. Dit maakt dat goede afstemming van de verschillende disciplines noodzakelijk is. Mevr. heeft vaak zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen.*

Dit heeft te maken met het feit dat de bloedsuiker waardes schommelen van hoog naar laag. Daarnaast doet Mevr. een beroep op niet planbare zorg op afroep op de momenten dat Mevr. niet fit is. Dit hangt samen met de complexe medische voorgeschiedenis.

PV: ochtend Adl/douchen en avondzorg. Gezien de beperkte mobiliteit, conditie en geheugenproblematiek is hier meer tijd voor nodig dan gemiddeld, toezicht op inname van medicatie. Dit komt neer op 10 uur PV per week, dit is inclusief niet planbare zorg.

VP: 4x daags insuline spuiten, 4x daags bloedsuikerprikken, 1x per week bloeddruk meten, 2x daags observeren huid, uitzetten medicatie 1x daags. Dit komt neer op 11 uur VP per week. Monitoring en evaluatie door wijkverpleegkundige. Doelstelling is behoud van zelfstandigheid met als voorwaarde waarborgen van veiligheid. Daarnaast streven naar en behoud van stabiliteit in relatie tot de comorbiditeit. (...)"

- 4.2. Verzoekster heeft op 4 november 2015 bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: *"Eigen regie. Zelf hulp willen inkopen. Niet teveel mensen over de vloer. Hulp beschikbaar op momenten dat [dit] nodig is. (...) PGB wordt ingezet om een combinatie van professionele zorg en zorg via natuurlijk persoon in te zetten (...) Inkoop van een verpleegkundige (zelfstandig zorgprofessional) en zorg verleend door o.a. dochter (...)"*. De indicierend wijkverpleegkundige heeft bij verzoekster een indicatie gesteld voor 10 uren Persoonlijke Verzorging per week, waarvan zes uren per week worden verleend door de dochter van verzoekster, en 11 uren Verpleging per week. De gewenste ingangsdatum van het PGB vv is 1 januari 2016.
- 4.3. Verzoekster maakt al jarenlang gebruik van een PGB vv, zodat zij haar zorgverleners kan betalen. Het betreft een formele en een informele zorgverlener. Tot 2016 zijn de kosten van beide zorgverleners aan verzoekster vergoed. Vergoeding geschiedde op declaratiebasis. Bij brief van 22 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat geen PGB vv meer werd verstrekt, hetgeen tot gevolg had dat de informele zorgverlener van verzoekster niet meer kan worden betaald. De reden van afwijzing is dat verzoekster volgens de ziektekostenverzekeraar niet voldoet aan de voorwaarden van de artikelen 3 en 4.7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. De wijkverpleegkundige heeft medegedeeld dat zij de zorg voor verzoekster als niet planbaar beschouwt vanwege de wisselende bloedsuikerspiegel van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar stelt echter dat deze zorg wél planbaar is, en dat bovendien de overige zorg begeleidingstaken betreft, zoals het begeleiden naar de huisarts, het doen van boodschappen en het bereiden van maaltijden.
- 4.4. Bij brief van 3 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat er problemen waren met de verwerking van de ingediende nota's, en dat de nota's over de maanden januari en februari 2016 op dat moment werden verwerkt. Verzoekster ontving vervolgens over deze maanden een PGB vv. Volgende nota's werden echter afgewezen. Verzoekster is het niet eens met de afwijzing van de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft vaak zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen. Haar ziekteverloop is dermate grillig, dat kan worden gesteld dat aan de voorwaarden zoals genoemd in het reglement is voldaan. De ziektekostenverzekeraar heeft overigens onvoldoende onderzoek gedaan naar het al dan niet planbaar zijn van de zorg voor verzoekster. Verzoekster heeft een uitgebreide mailwisseling gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Uit deze mailwisseling kan worden afgeleid dat verzoekster op zijn minst in de veronderstelling is gebracht dat de zorg die zij van haar dochter ontvangt, voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking komt. Bij haar is het gerechtvaardigd vertrouwen gewekt dat zij een vergoeding zal ontvangen. Verzoekster heeft hiernaar gehandeld en heeft haar dochter ook na februari 2016 ingeschakeld om voor haar te zorgen.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar een medisch adviseur heeft ingeschakeld, maar deze informatie is niet opgestuurd, zodat deze niet controleerbaar is. Verzoekster begrijpt dat de afwijzing oorspronkelijk was gegrond op de artikelen 3 en 4.7 van



het Reglement, en nu wordt overgegaan op artikel 2 van het Reglement. Zij vindt het vreemd dat dit pas tijdens de onderhavige procedure aan de orde is gebracht. Ten aanzien van de uitgekeerde maanden januari en februari 2016 wordt gesteld dat deze uitkeringen berusten op een vergissing. Er zou een AGB-code ontbreken. Dit is weer een andere reden om het PGB vv af te wijzen. Met betrekking tot de stelling dat niet is voldaan aan artikel 3 van het Reglement heeft verzoekster reeds verweer gevoerd. De zorgbehoefte zou planbaar zijn. Dit is gebaseerd op een verklaring van een medisch adviseur, die niet is overgelegd. Uit de door verzoekster ingebrachte stukken blijkt dat sprake is van een grillig verloop van de diabetes. Daarnaast is sprake van toenemende vergeetachtigheid. Zij kan overigens wel zelf de regie voeren, maar laat zich bij bepaalde werkzaamheden vertegenwoordigen. Bij verzoekster is het gerechtvaardigd vertrouwen ontstaan dat een PGB vv zou worden verstrekt, omdat over enkele maanden wel een vergoeding is verleend. Verzoekster is door deze afwijzing ernstig in de problemen gekomen, want er is een juridisch geschil met haar dochter. Inmiddels is de zorgverlening ook gestaakt. De relatie met haar dochter en met de rest van het gezin is verstoord.



4.6. In reactie op het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde advies van de medisch adviseur stelt verzoekster in de eerste plaats dat niet is gebleken dat de betreffende adviseur een medicus is zodat zij niet bevoegdheid is uitspraken te doen. Daar komt bij dat verzoekster nimmer heeft gesproken met de betreffende adviseur.



4.7. Verzoekster 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 verzoekster sluit niet aan bij één van deze voorwaarden, zodat het PGB vv is afgewezen.



5.2. Door de wijkverpleegkundige is medegedeeld dat er onplanbare zorgmomenten zijn, maar deze worden tijdens de gesprekken met verzoekster en de wijkverpleegkundige niet geconstateerd. De zorgvraag met betrekking tot de ADL in de ochtend en avond kan worden geleverd door een thuiszorgorganisatie. Ten aanzien van de diabeteszorg wordt geen reden gevonden dat een thuiszorgorganisatie hier geen zorg voor kan leveren. Dit gelet op het feit dat verzoekster tweemaal daags het middel Novomix krijgt toegediend, en dit op vaste momenten moet gebeuren. Aanvullend op deze informatie is naar voren gekomen dat de digitale communicatie met de ziektekostenverzekeraar via de zorgaanbieder van verzoekster is verlopen, en niet via verzoekster zelf. Dit zijn voor de ziektekostenverzekeraar tekenen dat zij niet de regie heeft over haar administratie en de uitvoering. Een verzekerde dient dit zelf of met behulp van een wettelijk vertegenwoordiger te kunnen doen. Op grond van artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' van de ziektekostenverzekeraar komt verzoekster ook op die grond niet in aanmerking voor het PGB vv.



5.3. Verzoekster heeft met betrekking tot de maanden januari en februari 2016 nota's vergoed gekregen voor zowel de formele als de informele zorgverlener. Vanwege de afwijzing van het PGB vv, hadden de kosten van de informele zorgverlener niet mogen worden vergoed, zodat dit berust op een vergissing. Deze vergoeding zal echter niet van verzoekster worden teruggevorderd.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat onduidelijkheid bestond over de facturen, en destijds is niet toegelicht op wie welk bedrag betrekking had. Er is een concrete aanvraag ingediend voor het PGB vv, en die is afgewezen. De afwijzing is gestuurd naar de persoon op wie het betrekking heeft. De betalingen van januari en februari 2016 berusten op een vergissing, maar zijn niet teruggevorderd. Op basis van de medische gegevens in het dossier is het PGB vv terecht afgewezen. De regelgeving is veranderd, hetgeen tot gevolg heeft gehad dat mensen die hiervoor eerst wel in aanmerking kwamen, dit in het vervolg niet meer kwamen. In de brieven is verwezen naar artikel 4.7, dit was niet correct. Ook is afgewezen op grond van artikel 3. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat sprake is van planbare zorg. Met betrekking tot artikel 2 merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het de bedoeling is dat iemand die een PGB vv aanvraagt en krijgt ook in staat is dit te kunnen beheren. De betalingen voor de dochter van verzoekster zijn stopgezet en dit is herhaaldelijk gecommuniceerd. Het is dan vreemd dat de dochter zorg blijft verlenen en declareren. Ook is er zorg verleend en gedeclareerd waarvoor verzoekster niet was geïndiceerd. Verzoekster komt niet in aanmerking voor een PGB vv, zoals ook blijkt uit het advies van het Zorginstituut.

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

5.6. Bij brief van 9 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar het verslag van de medisch adviseur overgelegd waarin laatstgenoemde verklaart geen enkele aanwijzing te zien dat er in de situatie van verzoekster sprake is van onplanbare zorg.

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 aan verzoekster 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van 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 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 persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' 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-geregistreeerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot een van de doel -groepen 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 2016' 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 b 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 vergoeding van de kosten van 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. Hoewel de ziektekostenverzekeraar in reactie op het geschil heeft medegedeeld dat tekenen aanwezig zijn dat verzoekster het PGB vv niet zelf kan beheren, is op basis van dit enkele feit niet aannemelijk geworden dat verzoekster niet behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar. De vraag is of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.

9.3. De zorg die verzoekster ontvangt, bestaat uit hulp bij de ADL, waaronder hulp bij het douchen, begeleiding bij bijvoorbeeld bezoeken aan artsen, hulp bij het boodschappen doen en het bereiden van maaltijden, het aanreiken van medicatie, hulp bij het controleren van de glucosewaarden, het meten van de bloeddruk en het toedienen van insuline. Met betrekking tot de begeleiding bij artsenbezoek, hulp bij het boodschappen doen, en het bereiden van maaltijden geldt dat deze zorg niet valt onder Persoonlijke Verzorging dan wel Verpleging. Voor het overige betreft het 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. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft, dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van haar dochter, betekent dit niet dat een thuiszorgorganisatie de noodzakelijke zorg niet aan verzoekster kan verlenen en hierbij rekening kan houden met haar problematiek en de gevolgen hiervan.



Het voorgaande leidt ertoe dat verzoekster geen aanspraak heeft op het PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.



- 
- 9.4. De zelling van verzoekster dat bij haar het vertrouwen is gewekt dat de zorg die haar dochter verleent ook na februari 2016 op basis van een PGB vv zou worden vergoed, treft geen doel. De afwijzende beslissing van 22 december 2015 van de ziektekostenverzekeraar was duidelijk en niet voor meer dan één uitleg vatbaar. Uit de stukken, waaronder de mailwisseling waarnaar verzoekster verwijst, blijkt niet dat de ziektekostenverzekeraar sindsdien op zijn beslissing is teruggekomen. Verzoekster lijkt hier ook naar te hebben gehandeld, aangezien nadien gebruik is gemaakt van zorg in natura. Dat haar over de maanden januari en februari 2016 tevens een PGB vv werd uitgekeerd berustte dan ook op een fout. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard het ten onrechte betaalde bedrag niet te zullen terugvorderen, zodat de commissie dit punt verder laat rusten.
- 
- 

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet ten laste 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, 31 mei 2017,



J.A.M. Strens-Meulemeester