



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht

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

Zaaknummer : 201600339

Zittingsdatum : 14 december 2016

 Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

 (Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv)

 1. Partijen

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

 tegen

 Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

 2. De verzekeringssituatie

-  2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

-  3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 20 november 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld het PGB vv niet toe te kennen.
-  3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 januari 2016 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
-  3.4. Bij brief van 26 mei 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 augustus 2016 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 september 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 14 oktober 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 29 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 22 september 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016110099) 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 de zorg voor verzoeker niet planbaar is. Het enkele gegeven dat hij lijdt aan HMSN type 2 is hiervoor onvoldoende.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 14 december 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 16 december 2016 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 22 december 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De huisarts heeft op 7 mei 2014 ten aanzien van verzoeker verklaard: *"Medische diagnose HMSN type 2. Spitsvaruscorrectie linkervoet 1987. Tibialis posteriortranspositie links 1990. (...) Beloop HMSN sinds 2007: handfunctie is minder geworden. Zo ook lopen, moeheid: gaat achteruit, sneller moe, soms vallen, maandelijks een keer, met name door de knieën zakken en niet struikelen. Geen loophulpmiddel. Tevreden over de EVO's, voor zijn gevoel doen ze het goed. (...) Mobiliteit: beperkte loopafstand met EVO's, geen stok of rolstoel in bezit. Weet ook niet of hij dit nu zou kunnen accepteren. Gauw en veel moe. Persoonlijke verzorging: woont bij ouders thuis, geen praktische vragen, ADL-hulp van familie via PGB, bijvoorbeeld soms voor toiletgang. Dagbesteding: geen werk (volledig afgekeurd), geen energie om iets te ondernemen. Sport niet. Cognitie/emotie/gedrag: hij leeft bij de dag met het gevoel 'kan ik morgen nog lopen?'. (...) Atrofie benen. Knie-extensie en -flexie bdz minder dan 3. EVO's polypropyleen volgens gipsafdruk: met gym schoenen AIR bevallen ze goed. Haklanding beiderzijds. Rustig tempo. (...)".*
- 4.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft samen met verzoeker bij de zorgverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende vermeld: *"Elke dag heb ik hulp nodig bij het wakker worden (kleden, douchen, fietsen, etc.). Bij het slapen idem. Door mijn ziekte kan ik mij niet zelfstandig verzorgen. Ik heb hierbij (...) hulp van anderen nodig. 's Ochtends en 's avonds komen zorgverleners langs om mij hiermee te helpen. De SVB doet voor mij de administratie (belasting afdragen, zorgverleners betalen, etc.). (...)".*
De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor veertien uren Persoonlijke Verzorging per week.
- 4.3. Tot 1 januari 2015 ontving verzoeker een PGB vv op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het onderliggende indicatiebesluit was geldig tot 1 april 2028. Door de overheveling van het PGB vv naar de Zvw is het betreffende indicatiebesluit komen te vervallen, zodat verzoeker bij de zorgverzekeraar een aanvraag heeft ingediend voor het PGB vv. De indicierend wijkverpleegkundige heeft vastgesteld dat verzoeker is aangewezen op veertien uren Persoonlijke Verzorging per week.

De zorgverzekeraar heeft de aanvraag evenwel afgewezen, op de grond dat verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden die artikel 3 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' stelt. De zorg is volgens de zorgverzekeraar planbaar en niet nodig op wisselende tijdstippen en plaatsen.

Het PGB vv kent (nog) geen wettelijke grondslag. Artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv wordt geregeld, en de hieraan verbonden algemene maatregel(en) van bestuur, zijn nog niet in werking getreden. Het is duidelijk dat de wetgever regels wenst te stellen voor de houder van een PGB vv. Anders ligt dit echter voor de inhoud van de zorg. Hiervoor wil de wetgever vooralsnog geen nadere regels stellen.

Het reglement waarnaar de zorgverzekeraar verwijst, is niet door de wetgever vastgesteld, maar betreft een compromis tussen het Ministerie van VWS, Per Saldo en de zorgverzekeraars. De deelnemende partijen interpreteren het reglement verschillend. Dit blijkt onder andere uit een brief van de staatssecretaris, waarin deze schrijft dat de zorgverzekeraars artikel 3 van het reglement niet goed toepassen, en daarmee de keuzevrijheid van PGB-houders beknotten.

Aangezien het reglement geen wetgeving betreft en bovendien in strijd is met de bedoeling van de wetgever, kan verzoeker niet aan hetgeen in dit reglement is bepaald, worden gehouden. Een en ander is naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar.

- 4.4. Voor zover artikel 3 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar wel toepassing vindt, geldt het volgende. Verzoeker is een jongeman van 38 jaar oud, met een progressieve spierziekte. Hoewel dit hem eerder neerslachtig maakte, probeert hij nu zijn sociale leven zo goed mogelijk te houden. Dit leidt ertoe dat hij op wisselende tijden opstaat en naar bed gaat, en zorg ontvangt op verschillende locaties. Hij bezoekt vaak vrienden en familie, en logeert daar ook regelmatig. Verder helpt hij zijn neefje bij het huiswerk maken en past hij op zijn nichtje. Beiden wonen in verschillende plaatsen.
- De antwoorden die verzoeker telefonisch heeft gegeven tijdens het 'Bewust Keuze Gesprek', zijn uit hun verband gehaald. Dit is ook de reden dat verzoeker heeft gevraagd een gesprek bij hem thuis te laten plaatsvinden. Zulks is hem echter door de zorgverzekeraar geweigerd.
- Het argument van de zorgverzekeraar dat de familie mantelzorg kan verlenen, gaat niet op. Dit zou betekenen dat altijd een familielid "stand-by" moet staan om aan te sluiten bij de zorg die verzoeker nodig heeft. Dit kan niet van de familie worden verwacht, met name vanwege de overeenkomst die verzoeker met de zorgverzekeraar heeft gesloten. Voor dit soort situaties is het PGB vv juist bedoeld.

- 4.5. Ter zitting is door verzoeker herhaald dat wat hem betreft geen wettelijke basis bestaat voor het reglement, zodat dit niet kan worden toegepast. Indien het reglement wel van toepassing blijkt, geldt dat de ziektekostenverzekeraar wel erg snel constateert dat de zorg planbaar is. Verzoeker is nog maar 35 jaar oud, en nu wordt hij beperkt in de wijze waarop hij zijn leven wil leiden. Met verzoeker is een gesprek gevoerd waarbij hij heeft gezegd dat de zorg variabel is, waarna hij is gepusht een tijd te noemen. Daarom heeft hij een tijd genoemd, waarop wordt gezegd dat het gaat om planbare zorg.

- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Verzoeker beroept zich op het ontbreken van een wettelijke grondslag voor het PGB vv. In een eerder bindend advies (vgl. GcZ 16 december 2015, 201501127) heeft de commissie bepaald dat de wettelijke basis voor het PGB vv is gelegen in de artikelen 11 en 13 Zvw. De geldende wet- en regelgeving en de hierop gebaseerde voorwaarden van de zorgverzekering dienen als uitgangspunt bij de beoordeling van de aanvraag. Het standpunt van verzoeker dat het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar buiten beschouwing moet worden gelaten, kan de zorgverzekeraar niet volgen.

- 5.2. Ingevolge artikel 2 van het reglement moet de verzekerde in staat zijn op eigen kracht of met behulp van een wettelijk vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het PGB vv verbonden

zijn, op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in het sluiten van contracten met zorgverleners en het verrichten van taken zoals de werving van personeel, het opstellen van uurroosters en het toezicht houden op de nakoming van zorgovereenkomsten.

Gelet op de beperkingen van verzoeker is de zorgverzekeraar van mening dat verzoeker niet in staat is de taken en verplichtingen die aan het PGB vv verbonden zijn, op verantwoorde wijze uit te voeren. Uit het ingevulde 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' blijkt voorts niet dat er een wettelijk vertegenwoordiger is die deze taken voor hem kan uitvoeren.

- 5.3. Voor zover al wordt toegekomen aan toetsing aan artikel 3 van het reglement, geldt dat verzoeker hulp nodig heeft bij de ADL, en hulp en begeleiding bij de Persoonlijke Verzorging, bestaande uit wassen/douchen en aan- en uitkleden. Tijdens het 'Bewust Keuze Gesprek' heeft verzoeker toegelicht dat hij 's ochtends tussen negen en tien uur wordt geholpen, en 's avonds om acht uur. Hij krijgt deze zorg thuis, en niet op meerdere locaties. Verzoeker heeft verder toegelicht dat hij familieleden kan bellen als dit noodzakelijk is. De zorg die verzoeker nodig heeft kan op vaste tijdstippen plaatsvinden, en kan voor een deel worden aangemerkt als mantelzorg. Het gaat niet om zorg die op wisselende of ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Ook gaat het niet om zorg die 24 uur per dag beschikbaar moet zijn, en is bij verzoeker geen sprake van specifieke zorgverlening dan wel zorg in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar medegedeeld dat wel een wettelijke basis bestaat voor het reglement, namelijk de artikelen 11 en 13 Zvw. In het reglement is opgenomen dat iemand in staat moet zijn het PGB vv zelf of met behulp van een wettelijk vertegenwoordiger te regelen. Daarnaast moet sprake zijn van een indicatie. In de onderhavige situatie ontbreekt een goede indicatiestelling door een wijkverpleegkundige, omdat een zorgplan mist.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen.

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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 39 van de zorgverzekering.

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

"In artikel 16, 17 en 29 van de 'Aanspraken en vergoedingen Basis Zeker' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving aanspraak op verpleging en verzorging."

U heeft aanspraak op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan heeft u alleen aanspraak als er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:

- a. sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of*
- b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.*

Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (PGB) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Achmea Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons aanvragen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor aanspraak

Een wijkverpleegkundige (niveau 5) moet een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Dit wordt samen met u uitgewerkt in een zorgplan. In het zorgplan wordt onder andere een onderverdeling vastgesteld in het aantal uur verzorging en aantal uur verpleging.

Waar u (volgens dit artikel) geen aanspraak op heeft

- a. (...)*
- b. U heeft geen aanspraak op verpleging en verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op verzorging en verpleging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).*

- 8.4. Artikel 2 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' 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, dat wil zeggen langer dan 1 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 onder andere in contracten afsluiten 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 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' luidt:

"Om voor een pgb vv in aanmerking te komen:

- 1) Heeft u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden nodig én*
- 2) Moet u behoren tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én*

3) Moet u er bewust voor kiezen om geen gebruik te maken van zorgverleners die door ons zijn gecontracteerd. Met dit pgb vv 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 28 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekerder zijn volgens artikel 1.1 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekerder 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 zorgverzekerder 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 onderhavige 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. De vraag die vervolgens dient te worden beantwoord, is of verzoeker behoort tot één van de in artikel 2 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekerder genoemde doelgroepen. Verzoeker is bekend met een progressieve spierziekte. Niet gebleken is dat hij de Nederlandse taal niet goed beheerst dan wel in zijn geestelijke vermogens is beperkt, of anderszins niet in staat is op eigen kracht het PGB vv te beheren. Dit argument van de zorgverzekerder faalt derhalve. Rest de vraag of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoeker ontvangt bestaat uit hulp bij het wassen/douchen, het aan- en uitkleden en de ADL. Dit betreft 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 door de wijkverpleegkundige gestelde indicatie van veertien 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.

- 9.4. Uit de verklaring van de huisarts blijkt dat verzoeker soms hulp nodig heeft bij het toiletbezoek. Hierover 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 geen onderdeel van de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige, zodat niet kan worden gesproken van niet-planbare zorg. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker de zorg wenst te ontvangen van zijn familieleden, zodat hij flexibel is in de tijdstippen en plaatsen waarop hij zorg ontvangt, betekent dit niet dat een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener van een thuiszorgorganisatie geen rekening kan houden met de ziekte van verzoeker en de gevolgen hiervan, onder andere tot uitdrukking komend in (het voorkomen van) een sociaal isolement. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoeker geen aanspraak heeft op het PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Redelijkheid en billijkheid

- 9.5. Verzoeker heeft aangevoerd dat het, gelet op de bedoeling van de wetgever, naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is dat de zorgverzekeraar vasthoudt aan het bepaalde in het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging'. Nog daargelaten of de bedoeling van de wetgever voor verzoeker kenbaar is en of op basis hiervan de conclusie gerechtvaardigd is dat verzoeker in aanmerking dient te komen voor een PGB vv, acht de commissie deze stelling onbegrijpelijk. De aanspraken die een verzekerde heeft, vloeien immers niet rechtstreeks voort uit de wet, maar uit de met de verzekeraar gesloten verzekeringsovereenkomst. Indien het reglement - dat onderdeel vormt van deze verzekeringsovereenkomst - buiten toepassing wordt gelaten, bestaat enkel nog recht op zorg in natura, aangezien artikel 28 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering niet méér regelt dan het bieden van de mogelijkheid de aanspraak op een PGB vv nader uit te werken bij reglement. Overigens blijkt uit de jurisprudentie van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2014:3679) dat het op grond van maatstaven van redelijkheid en billijkheid afwijken van de voorwaarden van een verzekeringsovereenkomst slechts in zeer bijzondere omstandigheden aan de orde kan zijn. Zodanige omstandigheden doen zich hier niet voor.

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, 11 januari 2017,



P.J.J. Vonk

