



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar
N.V. te Arnhem, vertegenwoordigd door Turien & Co. Assuradeuren te
Alkmaar

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

Zaaknummer : 201503137

Zittingsdatum : 19 oktober 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(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: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering Natura (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 IZA Cura Den Haag 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 Eigen Risico is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

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 (PGB vv) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 22 september 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 brief van 26 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 3 mei 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).
- 3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 juli 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 22 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens 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 19 juli 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 8 augustus 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016096161) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten, waarbij moet worden gekeken of verzoekster niet is aangewezen op zorg die direct beschikbaar moet zijn. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 10 augustus 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 binnen een termijn van veertien dagen te berichten. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 september 2016 aan dit verzoek voldaan, en hierbij medegedeeld zijn eerdere standpunt te handhaven. Een afschrift van deze brief is op 16 september 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 oktober 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Na de hoorzitting is verzoekster in de gelegenheid gesteld te reageren op de uitkomst van het nader onderzoek. Zij heeft van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
- 3.12. Bij brief van 4 november 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. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 15 november 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de 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 het formulier 'Traject tot Zorgplan' ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *"Dochter doet heel veel voor mw. neemt de persoonlijke verzorging van mw. op zich. Huishoudelijke zorg wordt ook door dochter gedaan via WMO in PGB. Zoon van 18 woont nog thuis, is herstellende van gebroken voet. Stond gepland om uit huis te gaan. Zodra hij hersteld is gaat dit als nog plaats vinden en is mw. alleen wonend. (...) Gebruikt 2,5 liter zuurstof continu. Vernevelen 6x dd. Combivent. Ventolin puff, Salbutamol puff, Prednison, Seretide puff. Sertaline (neerslachtigheid). PCM. Zeer geregeld Antibiotica kuren i.v.m. exacerbaties. (...) COPD/Longemfyseem, laatste stadium heeft nog minder dan 30% longcapaciteit. In Erasmus MC in traject om in aanmerking te komen voor Longtransplantatie. Krampen in de benen/heupen. Hypertensie. Regelmatig oorontstekingen, last van duizeligheid hiervoor. (zou operatie ondergaan, maar door zwakke longen is dit permanent afgezegd). (...) Heeft in verleden gerookt. Slechte gezondheid, leven hangt af van adem, loopt iedere dag een marathon, terwijl dit niet zo is. Mw. kan niets is erg beperkt, zeer matige inspanningstolerantie. Komt maandelijks in ZKH, komt ook nog weleens op de EHBO, wordt dan extra verneveld en krijgt prednison. Neemt de adviezen van artsen en verpleegkundigen wel aan, mw. gaat snel achteruit. (...) Dagelijks hulp bij douchen en wassen, zeer beperkte inspanningstolerantie. Hapt naar adem. Hulp bij aan/uitkleden, uiterlijke verzorging.*

Matig belastbaar alles kost tijd en energie. Naar toilet begeleiden staat onzeker en onevenwichtig. Mobiliteit naar afhankelijk van de benauwdheid. Komt weinig buiten, kleine stukjes lopen onder begeleiding. (...) Incontinent van urine, vaak is het al gebeur[d] voor mw. er erg in heeft. Ook als mw. hoest verlies van urine. Bij gebruik van [a]nti[b]iotica last van diarree wisselend incontinentie. Mw. transpireert erg veel. (...)"

De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor Persoonlijke Verzorging van veertien uren per week en voor Verpleging van zeven uren per week.

- 4.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op het PGB vv. Het verzoek is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen op de grond dat verzoekster niet in staat zou zijn op eigen kracht of met behulp van een wettelijk vertegenwoordiger het PGB vv te beheren. Verzoekster is hiertoe evenwel zelf goed in staat. Zij heeft al enkele jaren een PGB vv, en heeft dit altijd zonder problemen zelf kunnen regelen.

Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, zal de ABFIAD Groep niet het PGB vv voor verzoekster gaan beheren. Dit betreft namelijk geen instelling of organisatie die dergelijk beheer uitvoert, maar alleen juridische en administratieve diensten verleent. Dat het beheer door deze organisatie zal worden uitgevoerd, is nimmer door verzoekster dan wel de ABFIAD Groep aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld.

- 4.3. Verzoekster heeft hulp nodig die niet goed is in te plannen. Zij begrijpt niet hoe de ziektekostenverzekeraar tot een andere conclusie kan komen.

- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat volgens de ziektekostenverzekeraar sprake is van planbare zorg, maar gezien haar klachten kan er elk moment wat gebeuren, ondanks de inname van medicijnen.

- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Op 23 oktober 2015 is met verzoekster, een familielid en een medewerker van de ABFIAD Groep het zogenoemde 'Bewust Keuze Gesprek' gevoerd. Hiervan zijn door de ziektekostenverzekeraar, voor zover hier van belang, de volgende aantekeningen gemaakt: "(...) Mw. sprak redelijk Nederlands, maar was in het gesprek soms afwezig. Begreep onze vraag niet. Als de heer (...) onze vraag in het Nederlands met dezelfde bewoordingen herhaalde begreep zij de vraag wel. Mw. zat in rolstoel en gebruikte continue zuurstof. Mw. gaf aan dat de indicerende verpleegkundige mw. (...) van (...) destijds voor de intake bij verzekerde thuis is geweest. Volgens mw. is gecontracteerde zorg niet mogelijk omdat zij dan de tijden waarop de zorg geboden wordt niet zelf kan bepalen. Zit dan vast aan vaste tijden. Mw. geeft aan angstig te zijn voor andere (vreemde) mensen. Geeft dan stress wat dan vervolgens op haar ademhaling werkt. Geeft vervolgens aan dat zorg via een gecontracteerde instelling wel mogelijk zou zijn, maar om voornoemde redenen voor haar niet wenselijk. Zorgbehoefte: Wassen, douchen, aan- en uitkleden, hulp bij het in- en uit bed komen, toiletgang en medicijn toediening. De medicijntoediening bestaat uit het geven van meerdere keren p/d van paracetamol (mw. kan dat niet zelf pakken) 6x p/d vernevelen, 1 x p/d oordruppels. Dit wordt door de dochter gedaan die geen verpleegkundige opleiding heeft. Dochter krijgt daarvoor ook geen ondersteuning. (...) Dochter verleent de zorg. Dochter is 25 jaar, woont samen geen kinderen en geen werk. Reisduur tussen verzekerde en dochter ca. 20 minuten. Dochter komt meestal 's avonds en blijft soms slapen, als de situatie daarom vraagt. Als dochter ziek is wordt de zorg overgenomen door een uitwonende zoon. Mw. heeft geen personenalarmering. Mw. kan haar situatie namelijk moeilijk accepteren. In overleg met haar psychiater denkt zij nog na over een aanvraag voor personenalarmering. Administratie. De volledige financiële administratie wordt door de ABFIAD groep gedaan. Dat zal ook gelden voor de PGB administratie. Voor pgb persoonlijke verzorging en verpleging is nog geen zorgovereenkomst gemaakt tussen verzekerde en haar dochter. Dochter heeft tot op heden geen betaling ontvangen voor de geboden hulp."

- 
- 5.2. Tijdens het 'Bewust Keuze Gesprek' is gebleken dat de administratie van het PGB vv zal worden uitgevoerd door de ABFIAD Groep. De ziektekostenverzekeraar is daarom van mening dat niet is gebleken dat verzoekster het PGB vv zelfstandig kan beheren. Ook is geen sprake van officiële wettelijke vertegenwoordiging.
- 
- 5.3. De zorgbehoefte van verzoekster bestaat uit hulp bij het wassen en douchen, het aan- en uitkleden, hulp bij het in en uit bed komen, de toiletgang en medicijntoediening. Dit betreft planbare zorg. Verzoekster heeft ook op deze grond geen aanspraak op het PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.
- 
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het geen optie is de administratie uit te besteden, want hiertoe moet iemand zelf in staat zijn. Verder staat vast dat verzoekster niet wil worden geholpen door iemand van een thuiszorgorganisatie. Zij zou nadenken over personenalarmering, maar dit heeft niet geleid tot een aanvraag. De zorg kan op vaste tijden plaatsvinden. Bovendien geldt dat de dochter van verzoekster op twintig minuten reisafstand van verzoekster woont.
- 
- 5.5. 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 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 verzoekster 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. 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 en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIGer). Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. (...)

Bijzonderheden

- 1. De indicatie voor de verpleging en verzorging wordt gesteld door de verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland.*
- 2. Als u vóór 1 januari 2015 een indicatie voor verpleging en verzorging hebt van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), dan blijft u zorg ontvangen van dezelfde zorgaanbieder. Dit betekent niet dat de zorg precies hetzelfde is als de zorg die u gewend was te ontvangen. (...)"*

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' 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: (...)

- 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 verpleging en verzorging verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt o.a. in contracten afsluiten en controleren met zorgaanbieders 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 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 2015' 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 zorgaanbieders die door ons zijn gecontracteerd? Dan kunt u in aanmerking komen voor een pgb verpleging en verzorging. Hiermee kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb verpleging en verzorging. 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 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 2015' zijn volgens artikel 2.9 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 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. De vraag die vervolgens dient te worden beantwoord, is of verzoekster behoort tot één van de in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' genoemde doelgroepen. Gelet op hetgeen is besproken tijdens het 'Bewust Keuze Gesprek' beheerst verzoekster de Nederlandse taal redelijk en beheert zij al enige jaren een PGB vv. Dat zij hiertoe geestelijk of anderszins niet (meer) in staat zou zijn, is gesteld noch gebleken. Onduidelijk is dan ook op welke gronden de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie is gekomen dat verzoekster niet in staat zou zijn het PGB vv te beheren, en dat hiertoe een wettelijk vertegenwoordiger is aangewezen. Voor zover de ziektekostenverzekeraar stelt dat de ABFIAD Groep het PGB vv voor verzoekster zal gaan beheren, hetgeen overigens zowel door verzoekster als de ABFIAD Groep wordt bestreden, geldt dat op basis van die enkele verklaring niet kan worden geconcludeerd dat verzoekster daartoe niet zelf in staat is.
Gelet op het voorgaande is aannemelijk dat verzoekster behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld. Zodoende ligt de vraag voor of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoekster ontvangt bestaat uit hulp bij het wassen en douchen, het aan- en uitkleden, het in en uit bed komen en het aanreiken en innemen van medicijnen. Dit betreft 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. Het gaat voorts naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn.
Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft of 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 een familielid, betekent dit niet dat formele zorgverleners haar de noodzakelijke zorg niet kunnen verlenen.

- 9.4. Met betrekking tot het door verzoekster gestelde aangaande de problemen die kunnen ontstaan bij 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, zodat niet kan worden gesproken van niet-planbare zorg. De commissie tekent hierbij nog aan dat uit de stukken blijkt dat ook de huidige zorgverlener van verzoekster in voorkomend geval niet direct ter plaatse kan zijn. Er is immers sprake van een reistijd van circa twintig minuten.

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

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen mogelijkheid voor een PGB vv, zodat het verzoek niet op basis 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, 23 november 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester