



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, in deze vertegenwoordigd door
Turien en Co Assuradeuren te Alkmaar

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

Zaaknummer : 201600790

Zittingsdatum : 14 december 2016

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

(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 B,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar,
vertegenwoordigd door Turien en 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 Aanvullend 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 afgesloten aanvullende verzekering Eigen Risico is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

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 1 maart 2016 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 24 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld geen heroverweging uit te voeren, omdat verzoekster voor het PGB vv van het jaar 2015 reeds een klacht heeft voorgelegd aan de Ombudsman Zorgverzekeringen.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 18 juli 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen (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 23 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 september 2016 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 30 september 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 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 28 september 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 27 oktober 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016121963) 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 gebleken dat bij verzoekster sprake is van niet-planbare zorg. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 3 november 2016 aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 december 2016 telefonisch 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 verzoekster
-  4.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingediend. De wijkverpleegkundige heeft hierin, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: *"Mw. is bekend met overgewicht, jicht, hartprobleem, hypertensie, glucoseintolerantie, astma, slechte visus, incontinentie van urine, Carpaal Tunnel Syndroom re hand. (...) Slechte mobiliteit, loopt moeizaam, verminderde handfunctie rechts, pijn bij jichtaanval, oedemateuze benen, benauwdheid bij inspanningen (...) Ivm incontinentie van urine kan mw. niet altijd op vaste tijdstippen geholpen worden. (...) Dagelijks persoonlijke verzorging: douchen/ wassen, aankleden, incobroekje verschonen, scheren, haarverzorging en tandenpoetsen. (...) De zorgverlener weet precies de handeling/werkzaamheden/wensen van mij[n] verzorging. Men wil zelf leven vormgeven, baas in eigen huis blijven, zelf hulpverleners kiezen en zelf de financiën regelen, men wil werken met hulpverleners met wie het klikt en niet afhankelijk [zijn] van een toegewezen hulpverlener. Ik wil zorg die niet door instellingen wordt geboden. Ik wil zorg op tijden, waarop die zorg niet door instanties wordt geboden, en zelf afspraken kunnen maken. (...)".*
-  4.2. In het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' van de ziektekostenverzekeraar staat het woord "wettelijk" tussen haakjes, zodat ook een andere vertegenwoordiger het PGB vv kan beheren. Verder is door verzoekster een volmacht ondertekend, die haar dochter aanwijst als gevolmachtigde. In het reglement is niet geregeld dat alleen een notaris een dergelijke volmacht mag opstellen. Ook is niet geregeld dat op de volmacht de geboortedatum en het BSN-nummer moeten zijn vermeld. Via het internet kunnen voorbeelden worden gevonden van volmachten, en de door verzoekster en haar dochter ondertekende volmacht voldoet aan het voorbeeld. Verzoekster vindt het niet normaal dat iemand die geen of onvoldoende Nederlands spreekt, altijd via de rechter moet laten bepalen of hij of zij wilsbekwaam is. Verzoekster

kan het PGB vv overigens ook zelf beheren, want geld is overal hetzelfde. Als zij bijvoorbeeld € 800,-- moet overmaken, hoeft zij geen Nederlands te begrijpen om dit te kunnen.

- 4.3. Verzoekster benadrukt dat iedereen het recht heeft de keuze te maken voor zorg in natura dan wel voor een PGB vv. Zorgverzekeraars blijken heel verschillende toelatingscriteria te hanteren. PGB-houders weten daarom vaak niet waar zij aan toe zijn. Ook zijn er zorgverzekeraars die geen PGB vv toekennen als het om planbare zorg gaat. Daartoe rekenen zij ook toiletbezoek. De zorgverzekeraar regelt dan dat er elke drie uur iemand langs komt om de verzekerde hierbij te helpen. In een dergelijk geval is een PGB vv volgens de zorgverzekeraar niet nodig. Veel PGB-verzoeken worden op deze grond afgewezen. Verzoekster is van mening dat dit niet juist is.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster toegelicht dat zij zorg nodig heeft op wisselende locaties, zodat het niet gaat om planbare zorg. Alle zorgverzekeraars hanteren hun eigen criteria met betrekking tot de vraag wat planbare zorg inhoudt. De Minister heeft medegedeeld dat met ingang van 1 januari 2017 andere regels gaan gelden.

- 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. Onder bepaalde voorwaarden is het mogelijk een PGB vv te verstrekken voor Verpleging en Verzorging. Deze voorwaarden zijn opgenomen in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. In artikel 2 van het reglement is bepaald dat men in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger (curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in het afsluiten van contracten en het controleren van zorgaanbieders, alsmede het verrichten van taken zoals de werving van personeel, het opstellen van uurroosters en het toezicht houden op de nakoming van zorgovereenkomsten. Voorts moet men in staat zijn een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap, en moet men de zorgaanbieders op zodanige wijze aansturen en de werkzaamheden op elkaar afstemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg.
- 5.2. Op 23 februari 2016 heeft een zogenoemd 'Bewust Keuze Gesprek' plaatsgevonden met de dochter van verzoekster. Zij lichtte toe dat verzoekster het gesprek niet zelf kon voeren, omdat zij de Nederlandse taal onvoldoende beheerst. Wel kan zij goed communiceren in het Turks of Arabisch. Tijdens het telefoongesprek werd voorts door de dochter van verzoekster toegelicht dat verzoekster wordt geholpen bij de ADL, waaronder het wassen, douchen, het aan- en uitkleden en het wisselen van incontinentiemateriaal. Verder werd medegedeeld dat het PGB vv niet zelfstandig wordt beheerd, maar dat dit is uitbesteed aan een derde. Deze derde is geen wettelijk vertegenwoordiger.
- 5.3. Verzoekster heeft een volmacht overgelegd, die dateert van 1 november 2008, en waarbij haar dochter is aangewezen als (wettelijk) vertegenwoordiger. Als de volmachtgever ook financiële bevoegdheden overdraagt aan een gevolmachtigde is het verstandig een notaris in te schakelen. De notaris controleert de wilsbekwaamheid van de volmachtgever. Hij gebruikt een protocol en kan eventueel een onafhankelijk arts inschakelen. Het is belangrijk officieel te laten vaststellen dat iemand wilsbekwaam is, omdat hiermee problemen kunnen worden voorkomen. Daarnaast merkt de ziektekostenverzekeraar op dat op de volmacht geen BSN-nummer dan wel geboortedatum van beiden is vermeld. Daarmee voldoet de aanvraag niet aan de voorwaarden van artikel 2 van het reglement.
- 5.4. Voor zover wel is voldaan aan de voorwaarden die artikel 2 van het reglement stelt, geldt dat in artikel 3 van het reglement is bepaald dat de zorgvraag moet aansluiten bij één of meer van de volgende voorwaarden:
- de verzekerde heeft vaak zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;

- de verzekerde heeft zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
- de verzekerde heeft zorg nodig die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- er is een noodzaak voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
Uit de aanvraag blijkt dat verzoekster negen uren Persoonlijke Verzorging per week ontvangt. De zorg die zij ontvangt, betreft planbare zorg. Verzoekster voldoet hiermee tevens niet aan de voorwaarden die artikel 3 van het reglement stelt.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het niet gaat om zorg die op wisselende tijden en locaties moet worden geboden. Dat verzoekster soms op bezoek gaat bij haar kinderen, maakt niet dat er een medische noodzaak is de zorg op wisselende locaties te bieden. De vraag is of vanuit medisch oogpunt sprake is van zorg die niet planbaar is. Dit is bij verzoekster niet aan de orde.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 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 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. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntsysteem 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. (...)

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.*
- 2. De indicatiestelling voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap (intensieve kindzorg) vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de kinderarts in het ziekenhuis. De kinderverpleegkundige, niveau 5 stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen."*

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb 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.*
- 4. U op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.*

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' 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.*
- 2. U bent in het bezit van een indicatie van de medisch specialist, als u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op medisch specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT).*
- 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. In artikel 10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar is, voor zover hier van belang, bepaald:

"Wettelijk vertegenwoordiger

Een wettelijk vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een curator, mentor of bewindvoerder, door de Rechtbank vastgesteld.

Vertegenwoordiger

Een vertegenwoordiger is een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst uit uw familie (bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad) en die niet aan de definitie van de wettelijk vertegenwoordiger voldoet. Wij beoordelen of u met deze vertegenwoordiger in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het pgb verpleging en verzorging verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren.

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand

1. die bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij/zij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad, niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
2. die niet beschikt over een geldig woonadres;
3. wiens vrijheid is ontnomen;
4. op wie de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, of daartoe een verzoek bij de rechtbank is ingediend;
5. die surséance van betaling heeft aangevraagd, in staat van faillissement verkeert of (ooit) failliet is verklaard;
6. die anderszins onvoldoende waarborg zal bieden voor het nakomen van de voor de budgethouder aan het PGB verbonden verplichtingen.

Ook een organisatie of persoon die tegen een vergoeding uw pgb beheert, wordt niet geaccepteerd als vertegenwoordiger. "

- 8.7. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3 en 10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' zijn gelet op diverse bepalingen van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. 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 onderhavige geschil als zodanig niet bij wet geregeld.
- 8.9. 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' van de zorgverzekeraar genoemde doelgroepen. Vast staat dat verzoekster de Nederlandse taal onvoldoende beheerst, zodat zij voor het beheren van het PGB vv - waartoe kennis van het Nederlands is vereist, onder andere vanwege de documentatie die aan de ziektekostenverzekeraar moet worden overgelegd - is aangewezen op een (wettelijk) vertegenwoordiger.

Gelet op de begripsbepalingen van artikel 10 van het reglement is de dochter van verzoekster geen 'wettelijk vertegenwoordiger', omdat - in geval het een volwassene betreft - de rechtbank zulks dient te bepalen. Gesteld noch gebleken is dat dit is gebeurd. De dochter van verzoekster voldoet echter wel aan het bepaalde onder het begrip 'vertegenwoordiger'. In artikel 2 van het reglement is geregeld dat iemand die het PGB vv niet zelf kan beheren, is aangewezen op een (wettelijk) vertegenwoordiger. Uit het gegeven dat het woord 'wettelijk' tussen haakjes staat, en het begrip 'vertegenwoordiger' apart in de voorwaarden is omschreven, volgt dat ook de dochter van verzoekster het PGB vv mag beheren, tenzij een van de onder 1 tot en met 6 genoemde uitzonderingen aan de orde zou zijn. Dit laatste is echter gesteld noch gebleken. 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 tevens 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 verschonen van het incontinentiemateriaal, het ontharen, de haarverzorging en het tandenpoetsen. 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, mede gelet op de gestelde indicatie voor Persoonlijke Verzorging van negen uren per week.

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. Hetgeen verzoekster heeft opgemerkt over het toiletbezoek wordt door de commissie gepasseerd. Het toiletbezoek vormt geen onderdeel van de indicatiestelling en bovendien gebruikt verzoekster incontinentiemateriaal, juist omdat het in haar geval niet goed mogelijk is het toiletbezoek te plannen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van haar dochter, betekent dit niet dat formele zorgverleners haar de noodzakelijke zorg niet kunnen verlenen en hierbij rekening kunnen houden met haar problematiek en de gevolgen hiervan.

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

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen mogelijkheid voor een PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.



Conclusie

9.5. 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