



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, in deze
vertegenwoordigd door Turien & Co. Assuradeuren te Alkmaar
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201600763
Zittingsdatum : 22 februari 2017

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

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
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 Aanvullend Rotterdampakket 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). 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 (hierna: PGB vv). Bij brief van 12 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 7 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Verzoekster heeft zich gewend tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 29 juni 2016 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 28 september 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 24 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 november 2016 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 december 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 december 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.9. Bij brief van 28 november 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 19 januari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016134075) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. *"Naar het oordeel van de medisch adviseur blijkt uit de in het dossier aanwezige informatie dat de zorgvraag enkel betrekking heeft op planbare zorg. Ook is er geen medische noodzaak voor het leveren van zorg door een vaste hulpverlener."*
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 23 januari 2017 aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 februari 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 27 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 1 maart 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende vermeld: *"De tijden dat ik geholpen moet worden verschilt vaak vooral in de ochtend. Ik kan niet op vooraf geplande tijd geholpen worden, omdat ik slechte nachten kan hebben en daardoor slecht slaap dan wil ik die ochtend laat geholpen worden en soms wil ik weer vroeg geholpen worden omdat ik naar mijn afspraken moet. Dit verschilt en wil vaste zorgverleners; (...)"*
-  4.2. Verzoekster heeft zich gewend tot een deskundige instantie ter ondersteuning bij de aanvraag voor het PGB vv. Deze aanvraag is echter op een onjuiste wijze gedaan omdat de instantie de eigen belangen op de eerste plaats heeft gezet en niet de belangen van verzoekster. Nadat verzoekster dit constateerde, heeft zij het contact verbroken en zich gewend tot de wijkverpleegkundige. In de aanvraag staat dat aan verzoekster tweemaal per dag ADL-ondersteuning wordt verleend. Dit is niet juist. De dochter van verzoekster verleent viermaal per dag ADL-ondersteuning.
-  4.3. Verzoekster stelt dat vanwege de specifieke zorg en problematiek, alleen haar dochter voor haar kan zorgen. Verzoekster heeft te kampen met verschillende lichamelijke en psychische klachten. Omdat verzoekster in haar land van herkomst zowel de oorlog als de revolutie heeft meegemaakt, lijdt zij aan een oorlogstrauma. Zij ondervindt PTSS, heeft depressieve episodes, herbelevingen en nachtmerries waarvoor zij reeds bij diverse instanties onder behandeling is geweest. Verzoekster heeft mishandelingen ervaren en zij is getuige geweest bij de martelingen van haar inmiddels overleden echtgenoot. Hierdoor is verzoekster het vertrouwen in de mensheid kwijtgeraakt. Zij

vertrouwt vreemde mensen niet en ziet overal gevaren. Verzoekster vreest dan ook mishandeld te worden als zij door een ander persoon dan haar dochter wordt geholpen.

Verder lijdt verzoekster aan een sterk verstoord dag- en nachtritme omdat zij door haar trauma niet goed slaapt. De benodigde hulp dient daarom op afroep te worden verleend. Ook de toiletgang vormt een groot probleem voor verzoekster. Verzoekster heeft namelijk regelmatig pijn in de rug waardoor zij nauwelijks kan bewegen om naar het toilet te gaan. Ondersteuning bij de toiletgang kan elk moment van de dag nodig zijn, ook 's nachts, waardoor de zorg vanzelfsprekend niet planbaar is.

Voorts gebruikt verzoekster verschillende soorten medicijnen die nauwlettend op elkaar moeten worden afgestemd en op vaste tijdstippen moeten worden ingenomen. Deze problematiek kan niet zomaar worden opgelost door middel van een pillendoos of baxterrol. Het aantal toe te dienen geneesmiddelen is groot en het afstemmen dient zo precies te gebeuren dat dit niet zonder meer aan verzoekster kan worden overgelaten.

4.4. Verzoekster komt door de afwijzing in een neerwaartse spiraal. Haar klachten verergeren omdat verzoekster niet de hulp krijgt die zij nodig heeft. Verzoekster doet een beroep op het evenredigheidsbeginsel, aangezien haar gezondheid - vanwege haar zware psychische problemen - voorrang dient te krijgen op de beleidsregels van de ziektekostenverzekeraar.

4.5. Ter zitting benadrukt verzoekster dat de conclusie van de ziektekostenverzekeraar - dat er geen medische noodzaak is voor het verlenen van zorg door een vaste zorgverlener - niet juist is, vanwege haar psychische klachten.

Voorts stelt verzoekster dat indien haar dochter op geen enkele wijze wordt gecompenseerd voor haar hulp, zij deze zorg niet kan inpassen in haar leven. Haar dochter kan het zich namelijk niet veroorloven om altijd bij verzoekster te zijn. Als een PGB vv wordt toegekend aan verzoekster, dan kan haar dochter minder gaan werken waardoor zij flexibeler inzetbaar is.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Om aanspraak te kunnen maken op een PGB vv, waarmee verzoekster zelf haar zorg kan inkopen, moet zijn voldaan aan de voorwaarden van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. De zorgvraag moet dan aansluiten bij één 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 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 zorgaanbieders vanwege de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Uit de stukken die de ziektekostenverzekeraar heeft ontvangen, is niet gebleken dat verzoekster aan de gestelde voorwaarden voldoet. Volgens de verpleegkundige anamnese van 29 december 2015 heeft verzoekster tweemaal per dag hulp nodig bij het wassen en kleden en tweemaal per dag bij het verstrekken van medicatie. Dit betreft planbare zorg.

5.2. Bij brief van 24 februari 2016 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de aanvraag niet op een juiste wijze is gedaan. Uit de brief kan de ziektekostenverzekeraar echter niet opmaken wie de wijkverpleegkundige is en wat voor gevolgen dit heeft gehad voor de aanvraag. Het staat verzoekster vrij om voor een herbeoordeling contact op te nemen met een andere verpleegkundige. De indicatiestelling dient echter wel te voldoen aan de voorwaarden genoemd in het reglement. Een nieuwe indicatiestelling is geen garantie voor toekenning van het PGB vv. De aanvraag wordt beoordeeld aan de hand van het reglement.

- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft begrip voor de voorkeur van verzoekster om verzorgd te worden door haar dochter. Dit is echter geen beoordelingscriterium voor toekenning van een PGB vv. Ook een verstoord dag- en nachtritme is geen indicatie voor een PGB vv. Voor het innemen van de medicijnen kan verzoekster een pillendoos ofwel medicatiecassette gebruiken. Deze is per dag onderverdeeld in vakjes voor de verschillende dagdelen. Daarnaast kan verzoekster bij de apotheek informatie opvragen over het gebruik van een baxterrol.
- 5.4. Verzoekster heeft op 8 april 2016 een tweede aanvraag voor een PGB vv gedaan. Bij brief van 26 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar deze aanvraag, alsmede de inhoud van de brief van 6 oktober 2016 van verzoekster heroverwogen. Ook na heroverweging op basis van deze stukken is de conclusie dat geen sprake is van planbare zorg. De eerdere afwijzing wordt derhalve gehandhaafd.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar het volgende aangevoerd. De ziektekostenverzekeraar heeft begrip voor de nare voorgeschiedenis van verzoekster. De vraag is echter in hoeverre dit bij de aanvraag voor het PGB vv moet meewegen. De regelgeving is van dien aard dat alleen wordt gekeken naar de lichamelijke aandoeningen van de aanvrager. Hoe traumatisch het ook is geweest, de ziektekostenverzekeraar moet dit aspect buiten beschouwing laten. Voorts stelt de ziektekostenverzekeraar dat een PGB vv niet dient om te voorzien in het inkomen. Dat de dochter van verzoekster flexibeler kan zijn in haar werk als zij een compensatie krijgt voor de zorg die zij verleent, vormt geen reden een PGB vv toe te kennen.
- 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 artikel 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 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. 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.

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: (...)

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' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2.10 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 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. Niet in geschil is dat verzoekster behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. De vraag is 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, het kleden, de incontinentieverzorging, de toiletgang, het meten van de bloeddruk, het bepalen van de bloedsuikerwaarde en toedienen van medicatie. 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.
Verder gaat het 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 twaalf uren en vijftien minuten per week en Persoonlijke Verpleging van één uur en vijftien minuten per week.
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 die altijd beschikbaar is en kan inspelen op haar wensen, betekent dit niet dat een thuiszorgorganisatie de zorg niet aan verzoekster kan verlenen, daarbij rekening houdend met haar problematiek en de gevolgen hiervan.

- 
- 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.
- Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen door verzoekster verder is aangevoerd, met name ten aanzien van haar psychische problemen, kan niet leiden tot een andere uitkomst.
- 
- 9.5. Voor zover verzoekster stelt dat door de door haar ingeschakelde instantie onderscheidenlijk de wijkverpleegkundige bij de aanvraag voor het PGB vv fouten zijn gemaakt, waarbij het dan vooral gaat om de ADL-ondersteuning en het toiletbezoek, is het aan verzoekster om voor een herbeoordeling contact te zoeken met een andere wijkverpleegkundige. De ziektekostenverzekeraar kan haar hier desgevraagd behulpzaam bij zijn.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat vanuit deze verzekering geen aanspraak kan worden gemaakt.

Anticiperende werking nieuwe regelgeving

- 
- 9.7. Met betrekking tot de stelling van verzoekster dat de zorginhoudelijke criteria met ingang van 1 januari 2017 zijn vervallen, en dat de commissie hierop dient te anticiperen in het onderhavige geval, wordt het volgende opgemerkt.
- De commissie beoordeelt of de aanvraag voor een PGB vv terecht door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen. Hierbij wordt gekeken naar de toepasselijke regelgeving en de hierop gebaseerde voorwaarden van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering ten tijde van de aanvraag. Zoals hiervóór is overwogen, heeft verzoekster op basis hiervan geen aanspraak op een PGB vv.
- Dat in de loop van 2016 een convenant is afgesloten, met als gevolg een wijziging van het reglement, waarbij het criterium 'planbare zorg' met ingang van 1 januari 2017 is vervallen, maakt het voorgaande niet anders. Het stond de partijen bij het convenant vrij als ingangsdatum 1 januari 2017 te kiezen. Het in het algemeen rechtsbewustzijn levende beginsel van rechtszekerheid brengt dan met zich dat niet op de uit het convenant voortvloeiende regeling in het reglement wordt geanticipeerd.

Conclusie

- 
- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 
- 



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 maart 2017,



H.A.J. Kroon

