



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V.
te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201601079
Zittingsdatum : 7 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.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Vitaal Pakket 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).

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 4 februari 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 8 april 2016 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 11 augustus 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 14 oktober 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 oktober 2016 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 november 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 18 oktober 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 15 november 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016125656) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat geen medische noodzaak bestaat voor een PGB vv, aangezien de benodigde zorg planbaar is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 18 november 2016 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 december 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 8 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 14 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 en hierop, voor zover hier van belang, het volgende vermeld: *"Omdat mijn verzorgster bij mij tegenover woont en ik haar elk moment van de dag kan bellen en zij dan binnen vijf minuten bij mij is. Ik ben incontinent en zij komt mij dan direct verschonen. Ik kan ook niet steeds aan een vreemde van de thuiszorg mijn sleutel geven om binnen te komen. Ik ben bang dat er vreemde mensen komen. Mijn verzorgster werkt al 5 jaar bij mij en ik ben heel tevreden. (...)".* De indicierend wijkverpleegkundige heeft bij verzoekster een indicatie gesteld voor Persoonlijke Verzorging van twaalf uren per week.
- 4.2. Verzoekster ontvangt al jarenlang Verpleging en Persoonlijke Verzorging, waarbij de zorgverlener wordt betaald door middel van het PGB vv. Op 27 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor verlenging van het PGB vv goedgekeurd. Deze goedkeuring liep door tot na de ingangsdatum van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van de ziektekostenverzekeraar. Dit blijkt uit een brief van de ziektekostenverzekeraar van 26 november 2015. Bij brief van 4 februari 2016 wees de ziektekostenverzekeraar verdere verlenging echter af, met een beroep op artikel 3.4 van genoemd reglement. Uit de brief blijkt dat de ziektekostenverzekeraar enkel heeft gekeken naar de zorg die noodzakelijk is als gevolg van het feit dat verzoekster rolstoelafhankelijk is. Er is bij de beoordeling geen rekening gehouden met de incontinentie, en met het volledige krachtsverlies in de rechterarm.
- 4.3. Als gevolg van incontinentie dient verzoekster op onregelmatige - niet planbare - tijden te worden verschoond. Soms moet dan ook het beddengoed te worden verwisseld en dient verzoekster te worden geholpen met douchen. De zorg die verzoekster nodig heeft moet 24 uur per dag op afroep beschikbaar zijn.

Daarenboven laat verzoekster door het verlies van de kracht in de rechterarm diverse malen per dag zaken uit haar handen vallen. In de afgelopen periode zijn bijvoorbeeld vaak borden met eten, glazen met drinken en andere zaken gevallen. Dit kan niet op de grond blijven liggen tot het moment dat de ingeplande zorg arriveert. Naast het feit dat dit een onhygiënische situatie oplevert, mag van verzoekster niet worden verlangd dat zij steeds wordt geconfronteerd met het gegeven dat zij niets zelf kan opruimen. Voor een thuiszorgorganisatie zal het ondoenlijk zijn steeds iemand te sturen om twee of drie minuten opruimwerkzaamheden te verrichten.

4.4. Verzoekster woont samen met een medehuurder, die ook zorg ontvangt van de zelfde zorgverlener. Deze persoon is ernstig dementerend, waardoor hij vreemden wantrouwt. Een veelvoud van wisselende zorgverleners zou daarom een negatieve invloed hebben op zijn gezondheid. Deze verslechtering zou ook verzoekster treffen, omdat zij reeds depressieve klachten heeft, die bij stress zullen verergeren.

4.5. Ter zitting is door verzoekster benadrukt dat de zorg voor haar niet planbaar is, en dat deze zorg zich met name voordoet in de nachtelijke uren, waarbij zij zich bevult als gevolg van incontinentie. Verzoekster verkeert ook regelmatig in situaties waarbij zij direct zorg nodig heeft, onder andere als zij valt. Het PGB vv wordt verstrekt voor onplanbare momenten waarop zorg nodig is. Verzoekster is van mening dat zij hierop aanspraak heeft.

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' (2016) van de ziektekostenverzekeraar. De zorgvraag moet daartoe aansluiten bij één van de volgende voorwaarden:

- de verzekerde heeft vaak (meer dan drie maal per week) 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.

5.2. Op 9, 10 en 14 maart 2016 heeft met verzoekster, de huisarts respectievelijk de indicierend wijkverpleegkundige een zogenoemd 'Bewust Keuze Gesprek' plaatsgevonden. Hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar, voor zover hier van belang, de volgende aantekeningen gemaakt: *"Mevrouw heeft hulp nodig bij de ADL gezien zij na een operatie rolstoelafhankelijk is geworden. Bovendien is de kracht in haar rechterhand beperkt. (...) Mevrouw wil haar huidige zorgverlener graag behouden, gezien zij al 5 jaar haar zorg levert en zij zeer tevreden is over de zorg. (...) Mevr. is incontinent en moet in de ochtend en avond gewassen worden en tussendoor verschoond worden bij incontinentie. Een buurvrouw levert de zorg, maar er is een ander natuurlijk persoon die de zorg over kan nemen bij ziekte of afwezigheid. Mevr. heeft soms in de nacht ook zorg nodig, dan belt ze de verzorger. Mevr. kan heel slecht lopen (paar passen met krukken lopen), heeft bulten op de benen. Mevr. zit in de rolstoel. Sowieso 2 keer per dag hulp. Mevr. kan wel zelf uit/in bed als ze de rolstoel naast het bed heeft staan. Mevr. is overdag veel alleen, kan met de rolstoel wat te eten en drinken pakken. (...) Verpleegkundige is tijdens de eerste beoordeling gesproken over de indicatiestelling. Gestelde indicatie bestaat uit: ADL 420 minuten, steunkousen 140 minuten, medicatie 70 minuten, totaal 720 minuten/12 uur. (...) Als we spreken over de angst en depressiviteit van mevrouw geeft de huisarts aan dat dit vooral gericht is op de onzekerheid in de toekomst. Bovendien is mevrouw verdrietig over het feit dat de zorg vanuit mevr. (...) niet door kan gaan en dat zij zorg vanuit een reguliere thuiszorg kan ontvangen. De huisarts benoemt dat er sprake is van acute situaties. In eerste instantie (...) heeft zij het over meneer (...) die zichzelf bevuilt[t]."*

Echter bij navraag over de situatie van mevrouw zelf, geeft de huisarts aan dat ook bij mevrouw sprake is van acute situaties. Als voorbeelden benoemt zij de momenten waarop mevrouw op het toilet zit en niet meer zelfstandig overeind kan komen, de momenten waarop er iets op de grond valt of mevrouw zelf is gevallen en de incontinentie (ontlasting) van mevrouw. Mevrouw maakt volgens de huisarts gebruik van meerdere hulpmiddelen, waaronder incontinentiemateriaal, een verhoogd toilet en beugels om zich aan op te trekken. Mevrouw is geopereerd aan haar voet en heeft forse artrose in haar knieën en heupen. Er staat een knieoperatie op de planning. Bovendien gaat het volgens de huisarts fysiek weer de goede kant op, maar ze kan nóg niet uit de rolstoel. (...) Samenvatting: De omschreven en geïndiceerde zorg bestaat uit hulp bij de ADL, zoals het douchen, kleden, steunkousen, medicatie en het verschonen van incontinentiemateriaal. De verpleegkundige onderbouwt dat de zorgvraag door een thuiszorgorganisatie te leveren is. Uit het gesprek met verzekerde, verpleegkundige en de huisarts komt geen medische noodzaak voor een vaste zorgaanbieder naar voren. Om deze redenen voldoet de zorgvraag van mevrouw niet aan de voorwaarden zoals deze gesteld zijn in artikel 3. Om deze reden blijft het besluit van de afwijzing staan."

- 5.3. Tijdens het telefoongesprek met verzoekster heeft zij toegelicht dat de incontinentie en de noodzaak haar te verschonen zich gemiddeld twee keer per week voordoen, waarvan eenmaal overdag en eenmaal 's nachts. Als deze problemen optreden neemt verzoekster telefonisch contact op met de zorgverlener. Verder is gebleken dat verzoekster de beschikking heeft over incontinentiemateriaal, een verhoogd toilet en beugels om zich aan op te trekken.

Met betrekking tot het laten vallen van zaken als gevolg van krachtverlies in de rechterarm geldt dat het opruimen van deze zaken geen zorg is die onder de aanspraak 'Verpleging en Verzorging' ten laste van de zorgverzekering valt. Deze situatie is daarom niet meegenomen in de beoordeling van de aanvraag voor het PGB vv.

Voor zover het de zorg aan de huisgenoot van verzoekster betreft, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het mogelijk is dat hij de zorg tegelijk met verzoekster van een thuiszorgorganisatie ontvangt. Op deze manier komt er maar één zorgverlener tegelijkertijd op bezoek.

- 5.4. De voorwaarden, zoals beschreven in artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' van de ziektekostenverzekeraar, zijn evenwel in de jaren 2015 en 2016 hetzelfde gebleven. De accenten binnen deze voorwaarden zijn aangescherpt. De zorgvraag van verzoekster is tweemaal zorgvuldig beoordeeld. Beide beoordelingen hebben tot dezelfde uitkomst geleid. De aanvraag is afgewezen omdat geen noodzaak bestaat voor een vaste zorgaanbieder. Met betrekking tot de stelling van verzoekster dat zij vaak valt en dan niet kan opstaan, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat wellicht gebruik kan worden gemaakt van personenalarmering.

- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat door de wijkverpleegkundige een indicatie is gesteld voor ADL-zorg. Als de zorgvraag is uitgebreid, moet er een nieuwe indicatie worden gesteld. De zorg zoals die is geïndiceerd, is goed planbaar. Voor incontinentie bestaat incontinentiemateriaal, en als verzoekster zich heeft bevuild, is er geen medische noodzaak voor dat zij acuut wordt verschoond.

- 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 de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 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.

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. (...)"

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoongebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb verpleging en verzorging. U komt in aanmerking voor het pgb verpleging en verzorging als : (...)

3. U langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. (...)

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de verantwoordelijkheden en verplichtingen die bij het pgb verpleging en verzorging horen, uit te voeren. Een wettelijk vertegenwoordiger kan een ouder (voor kinderen tot 18 jaar), curator, bewindvoerder of mentor zijn. De verantwoordelijkheden en verplichtingen die u moet kunnen uitvoeren zijn bijvoorbeeld contracten afsluiten met een zorgaanbieder en deze controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten, zie hiervoor ook artikel 6;*
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van het werkgeverschap;*
- dat u in staat bent de zorgaanbieders die u heeft gecontracteerd op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg."*

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Om voor een pgb verpleging en verzorging in aanmerking te komen moet u voldoen aan de navolgende voorwaarden:

- 1. U bent in het bezit van een door een BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot een van de doel -groepen zoals beschreven in artikel 2. Voor Intensieve Kindzorg moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.*
- 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. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel 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' (2016) van de ziektekostenverzekeraar. De vraag is of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoekster ontvangt bestaat uit hulp bij de ADL, waaronder het douchen, het aan- en uittrekken, het aan- en uittrekken van steunkousen en het aanreiken van medicatie. Ook heeft zij hulp nodig bij het wisselen van incontinentiemateriaal en het verschonen van het beddengoed. Tot slot moeten zaken worden opgeraapt die zij heeft laten vallen, en moeten de hiermee gepaard gaande schoonmaakwerkzaamheden worden verricht. Met betrekking tot het oprapen van spullen, het verschonen van het bed en het verrichten van schoonmaakwerkzaamheden geldt dat deze handelingen niet als Persoonlijke Verzorging ten laste van de zorgverzekering kunnen worden gebracht. Voor het overige betreft het naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Met betrekking tot de incontinentie geldt dat verzoekster is aangewezen op incontinentiemateriaal. Indien dit niet voldoet, zal hiernaar onderzoek moeten worden gedaan, zodat zij de beschikking krijgt over passend incontinentiemateriaal. 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 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 een vaste zorgverlener, betekent dit niet dat een thuiszorgorganisatie de zorg niet aan verzoekster kan verlenen en hierbij rekening kan houden met haar problematiek en de gevolgen hiervan. Ook de situatie van de - eveneens zorgbehoevende - huisgenoot van verzoekster kan hierin worden meegenomen. 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 niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

Eerdere verstrekking PGB vv

- 9.5. Verzoekster heeft aangevoerd dat haar eerder een PGB vv is verstrekt, waarvan de laatste toekenning doorliep in het jaar 2016. Op dat moment was het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) reeds in werking getreden. De commissie merkt hierover op dat de aanvraag voor het PGB vv waarop verzoekster doelt, is gedaan in 2015, zodat de voorwaarden van dat jaar van toepassing zijn en de aanvraag aan de hand van die voorwaarden is beoordeeld. Verder geldt dat de ziektekostenverzekeraar bij iedere nieuwe aanvraag mag beoordelen of de situatie van de verzekerde op dat moment voldoet aan de voorwaarden voor het PGB vv. Zoals hiervoor is overwogen, is in het geval van verzoekster niet voldaan aan de voorwaarden, hetgeen ook door de ziektekostenverzekeraar is onderbouwd, zodat zij geen aanspraak heeft op het PGB vv.

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, 21 december 2016,



P.J.J. Vonk

