



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

Zaaknummer : 201600440

Zittingsdatum : 9 november 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en 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: verzoeker,

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 verzoeker 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 verzoeker 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 verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding



3.1. Verzoeker heeft op 14 september 2015 bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging met terugwerkende kracht tot 14 februari 2015 (hierna: PGB vv). Verder heeft hij aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van Persoonlijke Verzorging over de periode van 1 april 2015 tot en met 12 april 2015, ter hoogte van € 159,--. Bij brief van 6 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend, en dat vergoeding van het bedrag van € 159,-- is afgewezen.



3.2. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.



3.3. Bij e-mailbericht van 30 mei 2016 heeft verzoeker de kwestie voorgelegd aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie). De commissie begrijpt het verzoek aldus dat haar wordt gevraagd te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het aangevraagde PGB vv alsnog toe te kennen, alsmede het bedrag van € 159,-- te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).



3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

-  3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 augustus 2016 aan verzoeker gezonden.
-  3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 september 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.7. 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.
-  3.8. Bij brief van 12 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 5 september 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016105114) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de indicatie van verzoeker voor een PGB vv. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 6 september 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 te berichten. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 oktober 2016 een brief van de huisarts van verzoeker overgelegd, en heeft medegedeeld ook op basis van deze informatie bij zijn eerdere standpunt te blijven.
-  3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 november 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.10. Bij brief van 9 december 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. Bij brief van 20 december 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft bij die gelegenheid geadviseerd tot afwijzing van het verzoek op de grond dat niet is gebleken dat de zorg op grond van medische redenen niet planbaar is. Een afschrift van dit advies is op 23 december 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
-  4.1. Verzoeker is van mening dat het zeer lang heeft geduurd voordat zijn aanvraag voor verlenging van de bestaande PGB-indicatie door de ziektekostenverzekeraar is beoordeeld. Vanwege alle wijzigingen rondom het PGB vv was het verzoeker niet duidelijk waar hij terecht kon voor het aanvragen van een herindicatie. Uiteindelijk heeft hij op 14 september 2015 bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingediend, en hierop toegelicht een PGB vv voor Persoonlijke Verzorging te wensen voor tien uren en dertig minuten per week, waarbij de zorg wordt verleend door zijn echtgenote. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld het aanvraagformulier niet eerder dan op 12 november 2015 te hebben ontvangen. Verder bereikte het bijgevoegde zorgplan de ziektekostenverzekeraar eerst op 14 december 2015. Verzoeker heeft nimmer een beslissing van de ziektekostenverzekeraar op zijn aanvraag gekregen. Eerst nadat hij een klacht had ingediend, volgde op 6 januari 2016 een afwijzing. Ook hiervoor moest verzoeker eerst telefonisch contact opnemen. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat bij verzoeker sprake is van planbare zorg. dit wordt door hem bestreden, waarbij hij de volgende toelichting geeft.

- 4.2. Verzoeker heeft vaak zorg nodig op ongebruikelijke tijdstippen. Verder heeft hij zowel op de dag als in de nacht hulp nodig. Zijn echtgenote helpt hem bij toiletbezoeken, het aan- en uitkleden en het douchen. Zij verstrekt verzoeker medicatie en gaat mee naar verschillende afspraken, waar verzoeker ook zorg ontvangt. Hierdoor is verzoeker nog enigszins mobiel. Het gaat derhalve om zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en op meerdere locaties, zodat de aanvraag voor verlenging van het PGB vv ten onrechte is afgewezen.
- 4.3. De vorige indicatie voor het PGB vv verliep op 12 april 2015. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een restitutenota ingediend voor Persoonlijke Verzorging, verleend door een natuurlijk persoon, over de periode van 1 april 2015 tot en met 12 april 2015. Het betreft 72 minuten, met een bedrag van € 159,--. Ook dit bedrag wordt door de ziektekostenverzekeraar niet vergoed, met als reden dat geen sprake is van een formele zorgverlener. Verzoeker stelt dat hij aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de aan hem verleende zorg tot de datum waarop de indicatie afliep. De ziektekostenverzekeraar dient derhalve over te gaan tot vergoeding.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat toiletbezoek niet is te plannen. Dit geldt wellicht wel voor het innemen van medicatie. Als hij naar het toilet is geweest, moet hij douchen. Ook dit is niet te plannen. De zorg is wisselend. De ene dag heeft hij meer zorg nodig dan de andere, omdat hij op sommige dagen bijna niet kan lopen.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De zorgvraag moet aansluiten bij één van de voorwaarden die in artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' zijn genoemd, namelijk:
- 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;
 - de verzekerde heeft zorg nodig die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
 - er bestaat een noodzaak voor vaste zorgaanbieders als gevolg van de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
- Voor verzoeker is een aanvraag ingediend voor tien uren en dertig minuten Persoonlijke Verzorging per week. Hij heeft hulp nodig bij het wassen en aan- en uitkleden. Verder heeft hij ondersteuning nodig bij de toiletgang. De zorg wordt geboden door zijn echtgenote, die geen formele zorgverlener is. De gevraagde zorg is goed planbaar, zodat hiervoor geen PGB vv kan worden verstrekt. Met betrekking tot het toiletbezoek merkt de ziektekostenverzekeraar op dat uit de stukken niet blijkt dat verzoeker niet zelf tussentijds in de gelegenheid is passende hygiënische maatregelen te treffen, buiten de vaste geplande momenten om. Verder blijkt uit het zorgplan dat verzoeker éénmaal per dag hulp nodig heeft bij het aan- en uitkleden en dat hij hulp nodig heeft bij het douchen. Het aanreiken van medicatie betreft geen specifieke indicatie voor het PGB vv. Voor het innemen van medicatie bestaat ook de mogelijkheid van het gebruik van een medicatiecassette dan wel een baxterrol.
- Tot slot blijkt uit de nota die de ziektekostenverzekeraar voor de maand maart 2015 ontving, niet dat er dagelijks hulp nodig is. Voor deze maand is er over acht dagen twaalf uren Persoonlijke Verzorging ten behoeve van verzoeker gedeclareerd.
- 5.2. De declaratie die is ingediend met betrekking tot de periode van 1 april 2015 tot en met 12 april 2015, is niet vergoed. De reden hiervoor is dat voor 72 minuten een bedrag van € 159,-- is gedeclareerd, hetgeen buitensporig hoog is. Het bedrag komt niet overeen met de tarieven die in artikel 8.6 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar zijn vastgelegd. Verder wijst de ziektekostenverzekeraar op artikel 10 van genoemd reglement, waarin is geregeld dat zorgverleners die een familiale relatie hebben met de verzekerde, ongeacht eventuele aanwezige diploma's, worden aangemerkt als informele

 zorgverlener. Zij kunnen dan ook ten hoogste het tarief dat hieraan is verbonden, in rekening brengen.

-  5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de ziekte weliswaar niet planbaar is, maar de hulp die benodigd is, is dit wel. Verzoeker heeft hulp nodig bij het aan- en uitkleden en bij toiletbezoek. Dit wordt uitgevoerd door de echtgenote en niet door een formele zorgverlener. De toediening van medicatie is niet opgenomen in de aanvraag. Omdat de zorg planbaar is, voldoet verzoeker niet aan hetgeen in de regeling is opgenomen.

-  5.4. 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 aangevraagde PGB vv alsnog aan verzoeker toe te kennen en het gedeclareerde bedrag van € 159,-- voor Persoonlijke Verzorging te vergoeden, 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 (VIG-er). 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 5.1 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Voor de vaststelling van de hoogte van uw pgb verpleging en verzorging gaan wij uit van de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.

De maximum uurtarieven zijn als volgt:

- persoonlijke verzorging pgb door formele zorgaanbieders: € 38,56
- verpleging pgb door formele zorgaanbieders: € 57,08

Voor de besteding van dit budget verwijzen wij naar artikel 7.11."

- 8.7. Artikel 7.11 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Voor de besteding van het budget, declaratie en vergoeding van de zorg worden verschillende tarieven gehanteerd vanwege het onderscheid in geleverde zorg door formele zorgaanbieders in de zin van dit reglement en zorg geleverd door natuurlijk personen.

Voor formele zorgaanbieders kunt u maximaal het tarief onder 5.1 declareren. Voor zorg geleverd door natuurlijk personen geldt het door de minister van VWS vastgestelde maximum tarief, zoals opgenomen in de Algemene Maatregel van Bestuur op basis van artikel 13 lid 3 van de Zorgverzekeringswet, ter grootte van € 20,- per uur, onder voorbehoud van inwerkingtreding. Zolang de Minister geen Algemene Maatregel van Bestuur heeft vastgesteld hanteren wij het volgende maximum uurtarief voor verpleging en persoonlijke verzorging, uitgevoerd door natuurlijke personen: € 20,-."

- 8.8. Artikel 10 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"(...) Formele zorgaanbieder

Zorgaanbieder die persoonlijke zorg levert zoals bedoeld in de Wet Marktordening gezondheidszorg (Wmg). Dit zijn zowel natuurlijk personen als rechtspersonen die beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg verlenen en voldoen aan de hieronder opgesomde kwalificaties:

- Deze formele zorgaanbieder is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.*
- Verpleegkundigen met de volgende diploma's: A, B of Z, MBO-V, HBO-V of diploma verpleegkundige met niveau 4 en 5 vallen onder deze categorie. Zij moeten daarbij een geldige inschrijving in het BIG-register hebben.*
- Daarnaast wordt ook de Helpende Zorg en Welzijn (niveau 2) en Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (niveau 3) als formele zorgaanbieder aangemerkt.*
- Uit te breiden met professionals met een andere opleiding dan hierboven opgesomd, nader door de zorgverzekeraar te bepalen, waaronder diploma Pedagogisch Werker (S)PW (niveau 2, 3, 4), Medewerker maatschappelijke zorg MMZ (niveau 3 en 4), Medewerker Agogisch Werker (AW niveau 4) en Medewerker Gehandicaptenzorg (niveau 3 en 4). Zorgverleners die geen familiale relatie hebben met de cliënt én beroepsmatig persoonlijke verzorging aanbieden maar niet over 1 van de hierboven genoemde opleidingseisen beschikken kunnen als formele zorgaanbieder aangemerkt worden.*

Al deze zorgaanbieders moeten bevoegd (geschoold) en bekwaam (praktijkvaardig) zijn om de verpleegkundige en/of verzorgende zorgverlening uit te voeren op grond van de voor hun geldende wet- en regelgeving. Daarbij geldt dat alleen zorgaanbieders die feitelijk de zorg verlenen bij de verzekerde in aanmerking komen voor deze typering van formele zorgaanbieder. Hierdoor worden rechtspersonen en ZZP-ers die andere zorgaanbieders inzetten dan uit bovenstaande opsomming is toegestaan, uitgesloten, als vallend onder de definitie van formele zorgaanbieder, zoals hierboven is bedoeld.

Natuurlijk persoon

Zorgaanbieder die niet beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent in het kader van het pgb verpleging en verzorging en die niet valt onder de definitie van formele zorgaanbieder. Zorgverleners die een familiale relatie hebben met de cliënt (1e, 2e, 3e graad), ongeacht evt. aanwezige diploma's, worden niet als formele zorgaanbieder beschouwd. Zij worden als natuurlijk persoon, in de zin van dit Reglement, beschouwd. (...)"

- 8.9. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3, 5.1, 7.11 en 10 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.10. 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 niet bij wet geregeld.

- 8.11. 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.

Aanvraag PGB vv met terugwerkende kracht tot 14 februari 2015

- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker voldoet aan de voorwaarden genoemd in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015'. De vraag is of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoeker ontvangt bestaat uit hulp bij het wassen en douchen, het aan- en uitkleden en het innemen van medicijnen. Verder gaat zijn zorgverlener mee naar afspraken, waar verzoeker ook zorg ontvangt. Met betrekking tot de begeleiding naar afspraken geldt dat dit geen zorg betreft die ten laste kan worden gebracht van het PGB vv. 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. Het gaat voorts naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn. Dit valt onder andere af te leiden uit de indicatie van tien uren en dertig minuten Persoonlijke Verzorging per week die door de wijkverpleegkundige is gesteld.
Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van zijn echtgenote, betekent dit niet dat formele zorgverleners hem de noodzakelijke verzekerde zorg niet kunnen verlenen.
- 9.4. Met betrekking tot het door verzoeker gestelde aangaande 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 is niet gebleken dat het toiletbezoek onderdeel vormt van de indicatiestelling, zodat niet kan worden gesproken van niet-planbare zorg.

Het voorgaande leidt ertoe dat verzoeker geen aanspraak heeft op het PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Declaratie over de periode van 1 april 2015 tot en met 12 april 2015

- 9.5. Vast staat dat de zorg wordt verleend door de echtgenote van verzoeker. Gelet op artikel 10 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar, dient zij te worden aangemerkt als een natuurlijk persoon. Uit artikel 7.11 van genoemd reglement volgt dat zij per uur maximaal € 20,-- mag declareren.
- 9.6. Verzoeker heeft op 1 mei 2015 bij de ziektekostenverzekeraar de 'restitutienota voor PGB verpleging en verzorging natuurlijk persoon' ingediend en hierop vermeld dat hij een vergoeding wenst van € 159,-- voor 72 minuten Persoonlijke Verzorging, verleend door zijn echtgenote. Gelet op het aantal minuten zorg, had maximaal € 24,-- mogen worden gedeclareerd.
- In artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar is onder andere geregeld dat de budgethouder in staat moet zijn de verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden op verantwoorde wijze uit te voeren. Aangezien verzoeker heeft gemeend zijn zorgverlener € 159,-- te moeten betalen voor zorg die gedurende slechts 72 minuten is verleend, hetgeen neerkomt op ruim zesmaal het geldende maximumtarief, heeft hij er blijk van gegeven hiertoe niet in staat te zijn. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar terecht vergoeding van de gehele nota afgewezen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

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, 18 januari 2017,

J.A.M. Strens-Meulemeester