



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

Zaaknummer : 201601500

Zittingsdatum : 21 december 2016

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

 (Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te 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 Den Haag afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Eigen Risico is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

-  3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 6 januari 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 2 mei 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 7 oktober 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 14 oktober 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 28 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 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 14 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 10 november 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016125189) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de benodigde zorg planbaar is, zodat geen aanspraak bestaat op een PGB vv. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 11 november 2016 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 december 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 22 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting en de ter zitting overgelegde verklaring van de huisarts gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 11 januari 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen verklaring 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 toegelicht: *"Ik krijg hulp van mijn dochter, (...), met het PGB budget. Ik vind het prettig en het voelt vertrouwd aan om door haar verzorgd te worden. I.v.m. mijn privacy, en die van mijn echtgenoot, wil ik geen onbekende als verzorger. Ik heb verzorging nodig op ongebruikelijke tijdstippen, overdag/'s avonds. Thuiszorg komt niet op die tijdstippen. (...) Ik maak afspraken met mijn verzorger naar zorgbehoeftes van die dag. Ik kan mijn zorgverlener ieder moment inschakelen/oproepen. Ik kan niet zelfstandig douchen, aankleden, afdrogen, insmeren etc. Door mijn pijnklachten heb ik meer tijd nodig. (...)".*
- 4.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan ten aanzien van verzoekster verklaard: *"Mw woont in een eengezinswoning samen met haar echtgenoot. Mw heeft 14 kinderen. 13 kinderen in Nederland en 1 in het buitenland. Een dochter is de hulpverlener van mw. Andere kinderen zijn betrokken bij mw en bieden sommige mantelzorgfuncties zoals bv boodschappen doen. (...) Mw heeft een slechte gezondheid. Ligt veel op de bank. Periodes van veel pijnklachten en betere periodes wisselen elkaar af. Mw rookt en drinkt niet. Mw probeert gezond te eten. Ook gelet op haar diabetes probeert [zij] te letten op wat ze eet. Mw loopt slecht. Heeft geen loophulpmiddelen. Familie overweegt rollator voor mw aan te schaffen in verband met verslechtering van haar mobiliteit. Mw houdt zich aan meubels en wanden vast in huis. Mw is kritisch over adviezen van behandelaren. Heeft medische fouten meegemaakt. Als dit nodig is volgt mw, na goede argumentatie en hulp van haar omgeving, adviezen van behandelaren op. Mw is rechtshandig. Rechts is tevens haar pijnlijkste kant, met name pijnklachten in de rechter schouder en elleboog. Kan haar rechter arm hierdoor niet goed gebruiken. Mw heeft een traplift. Mw slaapt boven. Wc is aangepast. In de douche heeft mw een douchestoel en beugels. (...) Mw eet en drinkt goed. Mw heeft wel last van maagzuur en veel*

oprispingen. Mw heeft last van eczeem en een droge huid. Mw heeft zalfjes om zich ermee in te smeren. Mw heeft een gedeeltelijke gebitsprothese boven en volledige gebitsprothese onder. (...)"

- 4.3. Verzoekster ontvangt al jaren een PGB vv, waar zij zich prettig bij voelt. Zij voert graag de regie over haar eigen leven, en hiervoor is het PGB in 1995 ook in het leven geroepen. Verzoekster kent regelmatig dagen waarop zij niet uit bed kan komen. Zij heeft dan migraineaanvallen, waarbij zij geen licht en geluid kan verdragen. Haar dochter komt iedere dag om te zien hoe het met verzoekster gaat. Aan de hand van dit bezoek wordt vervolgens bepaald hoe de zorg er voor die dag zal uitzien. De ene keer kan zij bijvoorbeeld wel worden geholpen bij het douchen, en een andere dag zal dit niet kunnen, of pas in de middag of de avond. De zorg is daarom op wisselende momenten nodig, en niet op voorhand in te plannen.
- Het voorstel van de ziektekostenverzekeraar dat de thuiszorgorganisatie op een later tijdstip komt is niet toereikend, aangezien verzoekster ook op tijd wil worden verzorgd als zij een goede dag heeft. Zij wil dan niet onnodig in haar nachtkleding blijven wachten. Verzoekster heeft naast de migraineklachten ook ondraaglijke pijn in haar gewrichten, waardoor zij bijvoorbeeld haar elleboog en pols niet kan bewegen. Zij heeft slijtage in de onderrug, is slechthorend en heeft diabetes. Daarnaast is zij bekend met chronische buikklachten. Deze klachten kunnen plotseling opkomen, waarbij zij zoveel pijn ervaart dat haar dochter haar regelmatig bij de huisartsenpost moet brengen. Verzoekster is analfabeet, zodat zij moet worden geholpen met het opnemen van haar bloedsuikerwaarden en het op peil houden van haar bloedsuikerspiegel. Als zij zich slap voelt, belt zij haar dochter, die snel langskomt om de bloedsuikerwaarden te meten en actie te ondernemen.
- 4.4. De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld tot 5 november 2020, waarbij is toegelicht dat aanspraak bestaat op een PGB vv. De aanvraag voor het PGB vv werd vervolgens echter door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Aangezien het budget reeds was toegekend, kan de ziektekostenverzekeraar deze beslissing niet meer terugdraaien.
- Uit het onderzoek 'Eindrapportage Persoonsgebonden Budget Eigen Regie en Empowerment' blijkt dat het PGB-houders beter lukt ondersteuning in te kopen die exact aansluit op de persoonlijke behoeften, wensen en voorkeuren.
- Verzoekster vindt het onbegrijpelijk dat haar PGB vv is beëindigd. De ziektekostenverzekeraar heeft deze beslissing op geen enkele wijze beargumenteerd. In de afgelopen jaren heeft verzoekster laten zien dat zij haar administratie goed op orde heeft. Zij heeft slechts één zorgverlener, waardoor dit in de toekomst ook overzichtelijk en gemakkelijk zal blijven. Voorts gelden voor PGB-budgetten lagere tarieven dan voor zorg in natura, waardoor het goedkoper is het PGB vv toe te kennen.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat de zorg volgens de ziektekostenverzekeraar planbaar is, en voor de wisselende bloedwaarden zou geen zorg zijn geïndiceerd. De wijkverpleegkundige noemt echter wel de diabetes. Verzoekster betwist dat de zorg niet nodig zou zijn. De huisarts heeft de diagnose diabetes type 2 bevestigd, en heeft verklaard dat verzoekster regelmatig moet worden geprikt. Dit gebeurt door de persoon die op dat moment bij haar is. In 2017 zullen de criteria voor het PGB vv worden aangepast. De indicatiestelling door de wijkverpleegkundige is ingewikkeld gebleken. Hiermee blijken veel fouten te zijn gemaakt. Dat is hier ook aan de orde, omdat er in het zorgplan alleen is gemeld dat er sprake is van diabetes en niet welke zorg moet worden verleend. Verzoekster is hiervan de dupe. Uit de verklaring van de huisarts blijkt dat deze zorg nodig is. Verzoekster is 68 jaar en heeft veel last van haar zij door slijtage. Zij kan niet lezen en weet daarom niet welke tabletten zij moet innemen. Zij vergeet deze regelmatig, ook als deze worden klaargelegd.
- In het zorgplan zou geen diabetes zijn genoemd, maar de wijkverpleegkundige is wel op de hoogte van de aandoening van verzoekster. Het is gebleken dat de indicatiestelling lastig is. Als verzoekster nog zorg in natura had gehad, was er wellicht een aanpassing geweest in de indicatie.
- 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. Onder bepaalde voorwaarden is het mogelijk een PGB te verstrekken voor Verpleging en Verzorging. Deze voorwaarden zijn opgenomen in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. 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.

- 5.2. Uit de aanvraag van de wijkverpleegkundige en het door haar opgestelde zorgplan volgt niet dat verzoekster hulp nodig heeft in verband met diabetes. Er is enkel Persoonlijke Verzorging geïndiceerd met betrekking tot de benodigde hulp bij het douchen, aan- en uitkleden, de huidverzorging en het in- en uit bed komen. Aanvullend is in het zorgplan opgenomen dat verzoekster medicatie in tabletvorm ontvangt voor de diabetes. Indien de bloedsuikerwaarden van verzoekster zodanig wisselen als zij zelf heeft toegelicht, geeft de ziektekostenverzekeraar haar het advies contact op te nemen met de huisarts.
- Gelet op het voorgaande is bij verzoekster sprake van planbare zorg, en bestaat geen medische noodzaak voor een vaste zorgaanbieder. Een thuiszorgorganisatie kan de benodigde zorg aan verzoekster verlenen. Het tijdstip van de zorg is afhankelijk van de nachtrust van verzoekster. Als er goede afspraken worden gemaakt, is het mogelijk hiermee rekening te houden. Bijvoorbeeld door de zorg op een later tijdstip te laten plaatsvinden.

- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat kennelijk sprake is van diabetes type 2. Dit wordt overigens niet in de aanvraag van de wijkverpleegkundige genoemd. Verzoekster verwijt dit de wijkverpleegkundige, maar aan de indicatiestelling worden kwaliteitseisen gesteld, en deze mensen horen te weten wat diabetes betekent en wat dit voor zorg meebrengt. Het aanvraagformulier is door verzoekster ondertekend, en daarmee akkoord bevonden. Bovendien is het de vraag of diabetes type 2 de zorg onplanbaar maakt. Deze aandoening wordt over het algemeen gereguleerd met medicatie, waarbij één of meerdere tabletten per dag moeten worden genomen. Bij diabetes type 1 moet insuline worden gespoten. Verzoekster heeft type 2 heeft en moet regelmatig worden geprikt, maar dit kan ook worden gepland. Verzoekster kan gebruik maken van een thuiszorgorganisatie. Dat werkt kennelijk niet vanwege een taalprobleem en een vorm van wantrouwen. Dit vormt echter geen reden een PGB vv toe te kennen.
- De aanvraag heeft betrekking op 2015, en daarom gelden de voorwaarden van dat jaar. De aanvraag is daarom getoetst op basis van de regelgeving en richtlijnen van 2015. Ook het Zorginstituut licht toe dat de zorg niet hoeft te worden geboden door een specifieke zorgverlener. De overige zorg is ook planbaar, namelijk wassen en douchen, aan- en uitkleden, aanreiken van medicatie en huidverzorging.

- 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 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. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop.

(...)

Persoonsgebonden budget (PGB)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (PGB). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een PGB. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIGer). Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

(...)

Bijzonderheden

1. De indicatie voor de verpleging en verzorging wordt gesteld door de verpleegkundige, niveau

5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland.

2. Als u vóór 1 januari 2015 een indicatie voor verpleging en verzorging hebt van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), dan blijft u zorg ontvangen van dezelfde zorgaanbieder. Dit betekent niet dat de zorg precies hetzelfde is als de zorg die u gewend was te ontvangen. (...)"

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

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

2. u langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. Hierbij zijn de functiebeperkingen niet veroorzaakt door normale verouderingsprocessen.

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger (ouder, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb verpleging en verzorging verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt o.a. in contracten afsluiten en controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten;

- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw wettelijk vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap;
- dat u in staat bent de zorgaanbieders die u heeft gecontracteerd op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg."

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Hebt u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én kiest u er bewust voor om geen gebruik te maken van zorgaanbieders die door ons zijn gecontracteerd? Dan kunt u in aanmerking komen voor een pgb verpleging en verzorging. Hiermee kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb verpleging en verzorging.

Hierbij moet uw zorgvraag aansluiten bij een of meer van de volgende voorwaarden:

- u hebt vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- u hebt zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
- u hebt zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- er is een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

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

- 8.7. Artikel 11 lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Verpleging en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv.

Het PGB was ten tijde van het onderhavige 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 de aanvraag 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. Hoewel verzoekster analfabeet is, zodat kan worden aangenomen dat zij niet zelf in staat is het PGB vv te beheren, terwijl voorts niet is gebleken van een wettelijk vertegenwoordiger, is haar dit door de ziektekostenverzekeraar niet tegengeworpen, zodat als vaststaand wordt aangenomen dat verzoekster behoort tot de doelgroep als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar. Rest de vraag of verzoekster voldoet aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoekster ontvangt bestaat - gelet op het zorgplan - uit hulp bij het douchen, aan- en uitkleden, de huidverzorging en het in- en uit bed komen. 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. De hulp bij het reguleren van de bloedsuikerwaarden is niet door de wijkverpleegkundige geïndiceerd, en kan daarom niet worden betrokken in de beoordeling. De verklaring van de huisarts brengt hierin geen verandering. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van haar dochter, die haar goed kent en kan inspelen op haar specifieke behoeften op elk moment, betekent dit niet dat zorgverleners van een thuiszorgorganisatie haar de noodzakelijke verzekerde zorg niet kunnen verlenen en hierbij rekening kunnen houden met haar problematiek en de gevolgen hiervan, waarbij met name kan worden gedacht aan de migraine, pijnklachten en buikklachten. Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.4. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd, waaronder dat haar eerder een PGB vv is verstrekt, dat het PGB vv goed aansluit bij de behoeften, wensen en voorkeuren van de PGB-houders, en dat het PGB vv voor de ziektekostenverzekeraar goedkoper is dan het verstrekken van zorg in natura, kan niet leiden tot een ander oordeel. De aanname van verzoekster dat het PGB vv reeds werd toegekend, en dat deze beslissing door de ziektekostenverzekeraar is teruggedraaid, is gelet op het bepaalde in artikel 13 van de zorgverzekering niet juist. Met betrekking tot de opmerking van verzoekster dat de regelgeving met ingang van 1 januari 2017 is gewijzigd, merkt de commissie op dat de aanvraag dateert van 2015, zodat de voorwaarden van dat jaar leidend zijn.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

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, 18 januari 2017,

J.A.M. Strens-Meulemeester