



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist en Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort

Zaak : Verpleging en verzorging, Persoonsgebonden Budget (PGB), indicatie

Zaaknummer : 201601359

Zittingsdatum : 8 februari 2017

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

(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: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
- 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (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 AV Amsterdam 3 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 door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Gespreid betalen Eigen Risico is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv), met ingang van 1 januari 2016 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 16 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 29 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 8 juni 2016 heeft verzoeker 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).
- 3.4. Verzoeker heeft de commissie bij faxbericht van 8 september 2016 aanvullende informatie gezonden.
- 3.5. 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 december 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 12 december 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 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 6 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 23 december 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016135840) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken van een medische noodzaak op basis waarvan kan worden vastgesteld dat de zorg onplanbaar is of dat verzoeker 24 uur per dag zorg in de nabijheid of op afroep behoeft. Daarnaast blijkt uit de verklaring van de wijkverpleegkundige dat verzoeker in staat is om zelfstandig het toilet te bezoeken. Deze zorg is dan ook niet meegenomen in de indicatiestelling. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 28 december 2016 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker heeft de commissie bij brief van 25 januari 2017 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.11. Verzoeker is op 8 februari 2017 in persoon gehoord, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut. De ziektekostenverzekeraar was ten tijde van de hoorzitting niet telefonisch bereikbaar, zodat hij niet is gehoord.
- 3.12. De commissie heeft de aantekeningen van de hoorzitting aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.13. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 16 februari 2017 gereageerd op de aantekeningen van de hoorzitting. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 3.14. Bij brief van 20 februari 2017 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 aantekeningen en de nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 27 februari 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken 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 verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een PGB vv. Deze aanvraag is afgewezen omdat de zorg die hij ontvangt volgens de ziektekostenverzekeraar planbaar is. Verzoeker bestrijdt de juistheid van deze beslissing en de grond waarop deze berust.
- 4.2. De huisarts heeft op 12 april 2016 het volgende verklaard: "(...) Bij [verzoeker] moet zijn PGB door de nieuwe wetgeving opnieuw beoordeeld worden. Patient is bekend met status na CVA met restbeeld waardoor hij rolstoelafhankelijk is en transfers bijna niet zelfstandig kan uitvoeren. Ook uit bed komen lukt hem niet zelfstandig voor b.v. toiletgang en opstaan. Zijn restcapaciteit wordt verwoord in de laatste brief van de neuroloog. (...)"

- 4.3. De behandelend neuroloog heeft op 10 september 2015 over verzoeker het volgende verklaard: *"(...) subjectieve achteruitgang functie linkerarm en been bij patiënt bekend met status na intracerebraal hematoom rechts bij een AVM."*
- 4.4. Op het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' van 21 oktober 2015 is onder 'DEEL 3: BUDGETPLAN' het volgende vermeld: *"Dhr bid[t] vijf keer per dag en heeft hulp nodig met het klaarmaken voor het bidden. Dhr is halfzijdig verlamd en heeft hierdoor de hulp nodig. (...) familie helpt dhr met wassen, kleden en klaarmaken voor het bidden (...)".*
- 4.5. De medische beperkingen van verzoeker worden door de ziektekostenverzekeraar onderschat. De zorg die hij ontvangt is niet planbaar.
- 4.6. Verzoeker verwijst naar de verklaring van de huisarts van 23 januari 2017 waarin het volgende is vermeld: *"(...) Bij bovengenoemde patient moet verlenging van zijn PGB voor 2017 beoordeeld worden. Patient is bekend met status na CVA met restbeeld waardoor hij rolstoelafhankelijk is en transfers bijna niet zelfstandig kan uitvoeren. Ook uit bed komen lukt hem niet zelfstandig voor b.v. toiletgang en opstaan. Afgelopen jaar is patient verder achteruitgegaan door het manifest van zijn coronarialijden. Het schrijven van de cardioloog is toegevoegd. (...)"*
- 4.7. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat zijn situatie is verslechterd. Hij moet ondersteund worden en heeft hulp nodig bij de toiletgang. Verzoeker maakt gebruik van een rolstoel en heeft permanent zorg nodig. Kleine stukken lopen is niet meer mogelijk. Voorts heeft verzoeker toegelicht dat inmiddels doorlopend zorg wordt verleend. Dit trekt een wissel op de zorgverlener(s), zeker nu het langer duurt. Tot slot heeft verzoeker gesteld dat het indicatiebesluit niet deugdelijk is gemotiveerd. Twee uur zorg per dag is duidelijk te weinig.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Vanaf 1 januari 2015 valt de wijkverpleging onder de Zorgverzekeringswet. De voorwaarden die gelden om in aanmerking te komen voor een PGB vv zijn gewijzigd. De ziektekostenverzekeraar beoordeelt of een verzekerde in aanmerking komt voor een PGB vv of voor zorg in natura. In artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2016' zijn de voorwaarden met de betrekking tot de zorgvraag opgenomen.
- 5.2. Blijkens de aanvraag van 21 oktober 2015 heeft de wijkverpleegkundige bij verzoeker een indicatie gesteld voor 9,8 uur persoonlijke verzorging per week, voor de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 december 2016. Conform artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016' kan alleen sprake zijn van toekenning van een PGB vv indien de verzekerde langdurig, dat wil zeggen langer dan een jaar, is aangewezen op verpleging en/of verzorging. Daarvan is in het onderhavige geval geen sprake; de zorg is geïndiceerd voor een periode die korter is dan een jaar. De zorgverzekeraar verwijst in dit kader naar het vonnis van 8 juli 2016 van de voorzieningenrechter van de rechtbank Den Haag, waar in r.o. 4.3 het volgende is opgenomen: *"Tot slot is niet gebleken van een indicatie die is afgegeven voor de periode langer dan één jaar zodat ook op deze grond geen recht bestaat op toekenning van een PGB vv"*.
- 5.3. Voor zover de commissie toetsing aan artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2016' van belang acht, voert de ziektekostenverzekeraar het volgende aan.
In de aanvraag heeft de vertegenwoordiger van verzoeker de zorgvraag als volgt omschreven: *"dhr. bidt vijf keer per dag en heeft hulp nodig bij het klaarmaken voor het bidden. Dhr. is halfzijdig verlamd en heeft hierdoor de hulp nodig."* Verder is in de aanvraag vermeld dat de zorg die verzoeker krijgt bestaat uit hulp bij het wassen, aan- en uitkleden, het aan- en uitdoen van

steunkousen, bij transfers, bij het toedienen van medicatie, bij persoonlijke verzorging en bij het klaarmaken voor het bidden.

In het Bewust Keuze Gesprek op 26 februari 2016 is verder het volgende naar voren gekomen. Het ziektebeeld van verzoeker is dat hij een linkszijdige verlamming heeft en slecht zicht heeft aan zijn linkeroog. Zorg in natura is voor verzoeker geen optie vanwege cultuur, taal en religie. Verzoeker heeft behoefte aan zorg die op afroep beschikbaar is. Deze zorg bestaat met name uit ondersteuning bij de toiletgang en overige activiteiten die onder begeleiding vallen. Het bidden gebeurt op vaste tijden.

De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 maart 2016 de wijkverpleegkundige om een toelichting gevraagd. De wijkverpleegkundige heeft bevestigd dat de zorg die verzoeker krijgt bestaat uit ADL zorg (douchen, wassen, kleden, steunkousen, medicatie). Verzoeker kan de toiletgang zelf maken volgens de wijkverpleegkundige. Ook heeft de wijkverpleegkundige verklaard dat de zorg grotendeels onplanbaar is vanwege de vele bidmomenten.

De huisarts stelt in zijn brief van 12 april 2016 dat verzoeker bekend is met status na CVA, waardoor hij rolstoelafhankelijk is. In de brief van de neuroloog, waarnaar de huisarts verwijst, wordt geconcludeerd dat sprake is van een subjectieve achteruitgang in linkerarm en -been. Hierdoor kan verzoeker volgens de huisarts niet zelfstandig uit bed komen en transfers bijna niet zelfstandig uitvoeren.

De stelling van de wijkverpleegkundige dat de zorg grotendeels onplanbaar is vanwege de vele bidmomenten kan de ziektekostenverzekeraar niet volgen, aangezien verzoeker op vaste tijden bidt. Daarnaast valt de zorg omtrent het bidden niet onder persoonlijke verzorging. Dit is geen verzekerde zorg onder de Zorgverzekeringswet en toekenning van een PGB vv hiervoor op grond van artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2016' is dan ook niet aan de orde. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit kader naar het bindend advies van de commissie van 23 november 2016 (201600511), meer specifiek r.o. 9.3.

De overige zorg (hulp bij het wassen, het aan- en uitkleden, het aan- en uitdoen van steunkousen, de transfers en de inname van medicatie) valt onder ADL zorg en is planbaar. Tevens is dit geen zorg die 24 uur per dag op afroep beschikbaar moet zijn. In dit kader wordt verwezen naar een bindend advies van de commissie van 12 oktober 2016 (201600438), meer specifiek r.o. 9.3.

Met betrekking tot de voorkeur van verzoeker voor een PGB vv in plaats van zorg in natura vanwege taal, cultuur en religie, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat uit de stukken niet blijkt van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met de specifieke zorgverlening die nodig is. In dit kader wordt verwezen naar eerdere bindende adviezen van de commissie, meer specifiek r.o. 9.4 van het bindend advies van 17 augustus 2016 (201600473).

Verder heeft verzoeker weleens hulp nodig om uit bed te komen wanneer hij naar het toilet moet. Deze zorg valt onder mantelzorg. Mantelzorg is de zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en hulpbehoevenden door naasten: familie, vrienden, kennissen en burens. Kenmerkend is de al bestaande persoonlijke band tussen de mantelzorger en zijn of haar naaste. Daarnaast gaat het om langdurige zorg die onbetaald is.

De zorgvraag van verzoeker voldoet zodoende niet aan artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2016'. Verzoeker heeft recht op zorg in natura. Hij kan zich hiervoor wenden tot een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.

Overigens heeft verzoeker nog gesteld dat zijn medische beperkingen worden onderschat. Deze stelling kan de ziektekostenverzekeraar niet volgen. Er is kennis genomen van de medische informatie die verzoeker heeft overgelegd. Daarnaast is nimmer gesteld dat verzoeker de zorg waarvoor hij een PGB vv aanvraagt, niet nodig heeft. Het is de aard van de zorg die maakt dat hiervoor geen PGB vv kan worden toegekend.

- 5.4. Uit coulance is aan verzoeker tot 16 mei 2016 een PGB vv toegekend. Op die manier had hij de tijd om het contract met zijn huidige zorgverlener(s) op te zeggen en hen te betalen. Het geschil betreft zodoende de periode na 16 mei 2016.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar betwist het door verzoeker ingenomen standpunt dat het afwijzende besluit niet deugdelijk is gemotiveerd. De door de wijkverpleegkundige gestelde indicatie vormt het uitgangspunt voor het al dan niet verkrijgen van een PGB vv. De ziektekostenverzekeraar is bij de beoordeling uitgegaan van hetgeen de wijkverpleegkundige als indicatie heeft gesteld, en heeft zorgvuldigheidshalve op 15 maart 2016 contact opgenomen met de wijkverpleegkundige voor een



toelichting. Op basis van de indicatiestelling en de toelichting daarop van de wijkverpleegkundige is een beslissing genomen, en deze is juist. Indien sprake is van een wijziging in de aard, omvang of duur van de zorgvraag, is het aanvragen van een nieuwe indicatiestelling door de wijkverpleegkundige de aangewezen weg. Het is de verantwoordelijkheid van de verzekerde om ervoor te zorgen dat de indicatiestelling actueel is en blijft.



Volledigheidshalve wijst de ziektekostenverzekeraar de commissie op hetgeen is gesteld ten aanzien van artikel 2 lid 2 van het 'Reglement PGB vv 2016'. Er dient eerst aan dit artikel te worden getoetst voordat aan de toetsing op basis van artikel 3 kan worden toegekomen.



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 18 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 is gehouden aan verzoeker alsnog een PGB vv toe te kennen vanaf 16 mei 2016, 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 1 tot en met 39 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering.



8.3. Artikel 28 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:



"(...) U heeft echter ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.



U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.
(...)



Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (PGB) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving

*Een wijkverpleegkundige (niveau 5) moet een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Dit wordt samen met u uitgewerkt in een zorgplan. In het zorgplan wordt onder andere een onderverdeling vastgesteld in het aantal uur verzorging en aantal uur verpleging.
(...)"*

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 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 vv. U komt in aanmerking voor het pgb vv als u onder één of meerdere van de hieronder beschreven doelgroepen valt:

(...)

3) u langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 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 (Wettelijk vertegenwoordiger: ouder voor kinderen tot 18 jaar, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in contracten afsluiten met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten. Zie hiervoor ook artikel 6.

We maken hierbij een onderscheid in (wettelijk) vertegenwoordigers. Een ouder (voor kinderen tot 18 jaar) of curator is bevoegd om overeenkomsten te ondertekenen en is daarmee eindverantwoordelijke. Een door u aangewezen vertegenwoordiger uit de familie (met uitzondering van ouders van kinderen tot 18 jaar), bewindvoerder of mentor, mag wel de zaken voor u regelen, maar u moet zelf de overeenkomsten ondertekenen, wat betekent dat u dan eindverantwoordelijk bent;

- 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 zorgverleners waar u een overeenkomst mee heeft gesloten 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 PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

*"Om voor een pgb vv in aanmerking te komen, moet u voldoen aan de onderstaande voorwaarden:
1) u heeft een door een BIG geregistreerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden nodig én moet u behoren tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2. (...)*

3) u moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgverlener(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 vv, dan mag de indicatie maar door 1 zorgverlener 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 heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- u zorg nodig heeft 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 heeft die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- er een noodzaak is voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

- 8.6. Artikel 28 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1 van de 'Algemene

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 is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv.
Het PGB vv 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. De ziektekostenverzekeraar heeft, onder verwijzing naar artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016', aangevoerd dat verzoeker niet aan de gestelde voorwaarden voldoet, aangezien hij niet ten minste één jaar op verpleging en/of verzorging is aangewezen. De commissie merkt met betrekking hiertoe op dat de gestelde indicatie aanvankelijk het gehele jaar 2016 betrof. Het is de ziektekostenverzekeraar geweest die voor de periode van 1 januari 2016 tot en met 16 mei 2016 het PGB vv alsnog coulancehalve heeft toegekend. Dan past het niet om vervolgens aan te voeren dat niet aan de gestelde voorwaarden van één jaar is voldaan. Voorts is niet aannemelijk dat de situatie van verzoeker zodanig zal verbeteren dat na 31 december 2016 geen indicatie voor verpleging en/of verzorging meer zal bestaan. De stelling van de ziektekostenverzekeraar moet daarom worden gepasseerd.
- 9.3. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker overigens behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar. De vraag is of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.4. De zorg die verzoeker ontvangt bestaat uit hulp bij het wassen, het aan- en uitkleden, het aan- en uitdoen van steunkousen, persoonlijke verzorging, het klaarmaken voor het bidden, en ondersteuning bij transfers en het aanreiken en innemen van medicatie. Hulp bij het klaarmaken voor het bidden betreft geen persoonlijke verzorging in de zin van de zorgverzekering. Voor het overige betreft het zorg die naar zijn aard 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 9,8 uren per week.
Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft, dan wel 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 familieleden, betekent dit niet dat een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie de noodzakelijke zorg niet aan verzoeker kan verlenen.

- 9.5. 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 vormt het toiletbezoek geen onderdeel van de indicatiestelling.

- 9.6. Verzoeker heeft ter zitting de stelling betrokken dat de overgelegde medische gegevens voor de ziektekostenverzekeraar aanleiding hadden moeten zijn om aan de indicatie van de wijkverpleegkundige te twijfelen. Hiertoe merkt de commissie op dat het initiatief, bij verslechtering van de situatie, te allen tijde bij de verzekerde ligt. Er kan door de verzekerde een herindicatie worden aangevraagd. De ziektekostenverzekeraar mag uitgaan van de deskundigheid van de wijkverpleegkundige en het is hem niet toegestaan in diens autonome beoordeling treden, tenzij blijkt dat bij de indicatiestelling ook niet-verzekerde zorg is betrokken, zoals bijvoorbeeld zorg die valt onder de Wet maatschappelijke ondersteuning. De stelling van verzoeker wordt daarom gepasseerd.

- 9.7. Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen mogelijkheid voor toekenning van een PGB vv, zodat het verzoek niet op die grond kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.9. 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,

J.A.M. Strens-Meulemeester