



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, als erfgenaam van wijlen C, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie, telefonische toezegging
Zaaknummer : 201601835
Zittingsdatum : 19 april 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)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, als erfgenaam van wijlen C, hierna te noemen: erflater,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was erflater bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Erflater heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) met ingang van 1 januari 2016. Bij brief van 11 mei 2016 heeft de zorgverzekeraar aan erflater medegedeeld hem geen PGB vv toe te kennen.

3.2. Erflater is op 4 juni 2016 overleden.

3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van de onder 3.1 vermelde beslissing gevraagd. Bij brief van 27 juni 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

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

3.5. Bij ongedateerde brief, ontvangen op 22 december 2016, heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, in die zin dat over de periode van 1 januari 2016 tot 4 juni 2016 alsnog een PGB vv wordt toegekend (hierna: het verzoek).

3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.

3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 februari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 februari 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 maart 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 16 maart 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.9. 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.
- 3.10. Bij brief van 15 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 2 maart 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017007791) 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 zorgvraag enkel betrekking heeft op planbare zorg. Voorts is er geen medische noodzaak voor een vaste hulpverlener of 24-uurs zorg in de nabijheid of op afroep. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 16 maart 2017 aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 19 april 2017 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.12. Bij brief van 24 april 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 1 mei 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Erflater heeft bij de zorgverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop het volgende toegelicht: *"Omdat ik inwoon bij mijn dochter wil ik dat zij de zorg doet i.v.m. onregelmatige tijden, geheugenproblemen en vertrouwdsheid/taal".*
- 4.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het door haar op 24 februari 2016 afgenomen assessment het volgende toegelicht: *"2013 in juli en dec o.k. darmen tumor verwijderd, geen nabehandeling gehad. Wel periodieke controles. Sinds 1 1/2 jr geheugenproblemen, wordt momenteel door geriater onderzocht. Diagnose is moeilijk i.v.m. taalproblemen; dhr. spreekt Armeens. Begin januari 2016 diagnose keelkanker waarvoor dhr. bestraald wordt. Dhr heeft hartinfarct gehad, toevallig ontdekt tijdens onderzoek in zkh".* De wijkverpleegkundige heeft bij erflater een indicatie gesteld voor veertien uren Persoonlijke Verzorging per week.
- 4.3. In 2015 heeft erflater bij de zorgverzekeraar reeds een aanvraag ingediend voor een PGB vv voor vijf uren Persoonlijke Verzorging per week. Deze aanvraag is toen afgewezen. In januari 2016 is erflater gediagnosticeerd met keelkanker, waarvoor hij is bestraald. Tijdens onderzoeken in verband met geheugenverlies werd bij toeval ontdekt dat hij een hartinfarct had gehad. Vanwege voornoemd ziektebeeld was erflater niet in staat tot het verrichten van de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL). Voorts had hij hulp nodig bij de toiletgang en kon hij niet zelfstandig extra proteïne innemen. Verzoekster heeft erflater tot aan zijn overlijden verzorgd en kon hierdoor geen inkomsten verwerven. Verwezen wordt in dit verband naar een document waarin het dagelijks ritueel van erflater wordt beschreven. Omdat bij erflater sprake was van een toename in de zorgbehoefte, is in maart 2016 opnieuw een aanvraag bij de zorgverzekeraar ingediend, en is verzocht om met terugwerkende kracht per 1 januari 2016 een PGB vv toe te kennen. Verzoekster meent dat de zorgverzekeraar de afwijzing van deze aanvraag niet voldoende heeft gemotiveerd. Er wordt slechts verwezen naar de voorwaarden. Door de zorgverzekeraar wordt verwezen naar de afwijzing van 2015; aan het feit dat

het een nieuwe aanvraag betreft wordt voorbij gegaan. Voorts is ten onrechte afgeweken van het deskundig oordeel van de wijkverpleegkundige.

De echtgenoot van verzoekster heeft telefonisch contact gehad met de zorgverzekeraar. De betreffende medewerkster liet zich niet uit over de reden van afwijzing. Voorts is aan hem medegedeeld dat binnen een jaar na afwijzing van een aanvraag voor een PGB vv, geen nieuwe aanvraag kan worden ingediend. De echtgenoot van verzoekster voelde zich tijdens het telefonisch contact niet gehoord door de zorgverzekeraar.

Verzoekster meent dat de verslechterde gezondheidssituatie van erflater een nieuwe aanvraag voor een PGB vv rechtvaardigde. Het onder die omstandigheden niet mogen indienen van een nieuwe aanvraag levert rechtsongelijkheid op. Verzoekster stelt verder dat de zorgverzekeraar gebrekkig is geweest in zijn communicatie en dat de in maart 2016 ingediende aanvraag onzorgvuldig is behandeld. Voorts meent verzoekster dat erflater aan alle voorwaarden voor een PGB vv voldeed.

4.4. Verzoekster heeft een verklaring van de wijkverpleegkundige overgelegd waaruit blijkt dat de zorgverzekeraar aan de wijkverpleegkundige telefonisch heeft toegezegd dat een PGB vv ten behoeve van erflater zou worden toegekend, met uitzondering van de geïndiceerde zorg in de nacht. Eenzelfde toezegging heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster gedaan. Het bevreemdt haar dan ook dat de zorgverzekeraar het PGB vv uiteindelijk niet aan erflater heeft toegekend.

4.5. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat erflater ernstig ziek was; hij werd zes weken lang bestraald voor keelkanker. Het was gedurende deze periode niet mogelijk zijn geestelijke toestand te onderzoeken. Voorts stelt verzoekster dan aan haar echtgenoot én de indicerende wijkverpleegkundige telefonisch is toegezegd dat een PGB vv zou worden verstrekt, met uitzondering van de geïndiceerde uren voor nachtzorg. Aan verzoekster is door de zorgverzekeraar toegezegd dat als meer dan tien uren zorg per week zou worden verleend, een PGB vv kon worden verstrekt. Erflater had veel zorg nodig, op voorhand was echter niet in te schatten hoeveel uren zorg hij per week nodig had. Vanwege het niet spreken en begrijpen van de Nederlandse taal was erflater afhankelijk van verzoekster. Hij stond het bovendien niet toe dat hij door een ander werd verzorgd.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Aanspraak op een PGB vv bestaat indien wordt voldaan aan één of meerdere van de voorwaarden van artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging' (hierna: reglement). Deze voorwaarden luiden:

- verzekerde heeft vaak zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- 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;
- verzekerde heeft zorg nodig die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep (in het geval van Intensieve Kindzorg of PTZ);
- er is een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzekerde nodig heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

5.2. De aanvraag van 2015 is tijdens de herbeoordeling afgewezen op grond van de artikelen 2, 3 en 4.7 van het reglement. Met betrekking tot de in het geding zijnde aanvraag van 2016 heeft pas een herbeoordeling plaatsgevonden tijdens de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen. Uit het betreffende zorgplan en het gesprek met de wijkverpleegkundige is gebleken dat de bij erflater geïndiceerde zorg bestond uit hulp bij het aankleden, wassen, toedienen van oogdruppels, het verzorgen van de gebitsprothese en hulp bij het nachtelijk toiletbezoek. Voorts werd het eten van erflater bereid en klaargezet. De tijd die met het bereiden en klaarzetten van het eten was gemoeid, bedroeg dagelijks tweemaal vijftien minuten. Het bereiden en klaarzetten van maaltijden behoort echter niet tot de wijkverpleging, maar valt onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo).



De resterende geïndiceerde zorg betrof ochtendzorg, avondzorg en hulp bij nachtelijke toiletbezoeken. De zorgverzekeraar verwijst naar de beschrijving van het dagelijks ritueel dat door verzoekster is overgelegd. De echtgenote van erflater heeft tijdens het Bewust Keuze Gesprek (hierna: BKG) van 6 mei 2016 bevestigd dat erflater zelfstandig uit bed kon komen. Ook is door de echtgenote verklaard dat erflater zelf het eten naar zijn mond kon brengen. De reden voor het aanvragen van een PGB vv was de toename van de zorgbehoefte van erflater, het feit dat hij geen hulp van anderen wenste te ontvangen en het niet spreken van de Nederlandse taal. De wijkverpleegkundige heeft tijdens het telefonisch contact medegedeeld dat indien geen cognitieve problemen zijn vastgesteld, erflater 's nachts een urinaal kon gebruiken waardoor de hulp bij nachtelijke toiletbezoeken zou wegvallen. Op grond van de bij de zorgverzekeraar bekende gegevens blijkt niet dat sprake was van bijzondere omstandigheden gelegen in de persoon zelf, dan wel de sociale context van erflater die maken dat sprake was van onplanbare zorg in de nacht. De overige zorg kon bij gebruik van een urinaal volledig door een gecontracteerde thuiszorgorganisatie worden geleverd. Op het moment van de beoordeling van de aanvraag voor het PGB vv was geen cognitieve problematiek vastgesteld. Voorts blijkt uit de bij de zorgverzekeraar bekende informatie dat de hulp bij de toiletgang in de nacht werd geleverd door verzoekster. Hulp bij een toiletbezoek in de nacht kan worden aangemerkt als mantelzorg. Verwezen wordt naar een bindend advies van de commissie (SKGZ.201502019). Daarnaast is een urinaal een voorliggend hulpmiddel. Er is geen sprake van een medische noodzaak voor zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen of voor een vaste zorgverlener. Een taalbarrière vormt immers, gelet op een advies van de commissie (SKGZ.201502227), geen noodzaak voor een vaste zorgverlener. Tot slot was in de situatie van erflater de voorwaarde voor 24-uurs zorg in de nabijheid en/of op afroep niet van toepassing aangezien hij niet tot de betreffende doelgroep behoorde. Gelet op het voorgaande meent de zorgverzekeraar dat erflater niet aan één of meerdere voorwaarden van artikel 3 van het reglement voldeed. Toetsing aan de artikelen 2 en 4.7 van het reglement heeft daarom geen toegevoegde waarde. Erflater kon gebruik maken van zorg in natura.

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 5.3. Verzoekster verwijst in haar brief aan de commissie naar een verklaring van de indicierend wijkverpleegkundige waarin staat dat de zorgverzekeraar telefonisch een PGB vv heeft toegezegd onder aftrek van het aantal geïndiceerde uren voor zorg in de nacht. Uit de registratie van dit gesprek blijkt echter dat de verpleegkundige de zorgverzekeraar adviseert eerst contact op te nemen met verzoekster, voordat de aanvraag kan worden afgehandeld. Bovendien is het gelet op de privacywetgeving niet toegestaan nieuwe informatie, zoals een toekenning, aan derden te verstrekken. Dit is alleen mogelijk met een machtiging of toestemming van de verzekerde.
- 5.4. De op 6 mei 2016 aan de echtgenoot van verzoekster telefonisch verstrekte informatie met betrekking tot de (on)mogelijkheid van het indienen van een nieuwe aanvraag voor een PGB vv is onjuist. Verzekerden kunnen, indien noodzakelijk, een nieuwe aanvraag indienen voor hun zorg. Dit is ook mogelijk in het geval de zorgvraag van verzekerde is toegenomen. De zorgverzekeraar heeft afschriften van alle bij hem aanwezige gespreksregistraties overgelegd. Het standpunt van verzoekster dat de aanvraag van 2016 op dezelfde gronden is afgewezen als de aanvraag van 2015 is niet juist. De zorgverzekeraar biedt zijn excuses aan voor het feit dat door verzoekster en haar echtgenoot de afhandeling van de klacht als onzorgvuldig is ervaren.
- 5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat uit de contactregistraties blijkt dat inderdaad is gesproken over nachtzorg. Uit het telefonisch contact met de wijkverpleegkundige blijkt dat het stellen van een indicatie bij erflater erg lastig was. Niet is gebleken van een toezegging, hetgeen ook niet gebruikelijk is. Een goedkeuring wordt namelijk altijd schriftelijk verleend. Bovendien kan een aanvraag pas worden beoordeeld indien alle benodigde informatie is ontvangen. Omdat onduidelijkheid bestond over de nachtzorg, kon tijdens het telefonisch contact nog geen beslissing worden medegedeeld. De zorgverzekeraar heeft tijdens het telefonisch contact met de verpleegkundige voorgesteld dat erflater een urinaal zou gebruiken, zodat de nachtzorg kon komen te vervallen.
- 5.6. De zorgverzekeraar 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 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 zorgverzekeraar is gehouden ten behoeve van erflater met terugwerkende kracht een PGB vv toe te kennen over de periode van 1 januari 2016 tot 4 juni 2016, ten laste van de zorgverzekering.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

*Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntsysteem en casemanagement. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop.
(...)*

Persoonsgebonden budget (pgb)

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

Bijzonderheden

*1. U hebt alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en verzorging hebt en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig hebt in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.
(...)"*

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2016' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

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

(...)

3. verzekerde langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging is aangewezen.

(...)

Hierbij geldt ook:

- dat verzekerde 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 verzekerde 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 verzekerde in staat is op eigen kracht of met hulp van de (wettelijk) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van het werkgeverschap;
- dat verzekerde in staat is de zorgaanbieders die hij 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 zorgverzekeraar luidt:

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

1. verzekerde is in het bezit van een door een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort tot een van de doelgroepen zoals beschreven in artikel 2. (...)

(...)

4. De zorgvraag moet aansluiten bij één of meer van de volgende voorwaarden. Uit de indicatie moet blijken dat:

- verzekerde vaak zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- verzekerde 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;
- verzekerde zorg nodig heeft 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 verzekerde nodig heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen".

- 8.6. Artikel 13 van de zorgverzekering en artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2016' van de zorgverzekeraar zijn volgens de artikelen 2.3 en 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 vv 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 zorgverzekeraar 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. Tussen partijen is niet in geschil dat erflater behoorde tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging'. De vraag die dient te worden beantwoord is of tevens werd voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die erflater ontving, bestond uit hulp bij het douchen, het aankleden, het verzorgen van de gebitsprothese, het toedienen van oogdruppels en het bereiden en klaarzetten van maaltijden. Ten aanzien van het bereiden en klaarzetten van maaltijden geldt dat dit niet valt onder Persoonlijke Verzorging in het kader van de zorgverzekering.
Voor het overige betreft het naar zijn aard zorg die op vaste tijden kan plaatsvinden. 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 van veertien uren Persoonlijke Verzorging per week.
Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die erflater nodig had of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Het niet of onvoldoende machtig zijn van de Nederlandse taal vormt niet een dergelijke (medische) noodzaak.
- 9.4. Met betrekking tot het door verzoekster gestelde aangaande het (nachtelijke) toiletbezoek van erflater, merkt de commissie het volgende op. Het enkele feit dat al dan niet regelmatig het toilet moet worden bezocht is inherent aan de menselijke natuur en in die zin niet onderscheidend als het gaat om de vraag of dit onderdeel van de zorg al dan niet planbaar is. Indien geen indicatie is gesteld voor 24-uurs zorg, is daartoe in de eerste plaats vereist dat het toiletbezoek deel uitmaakt van de indicatiestelling door de verpleegkundige. Voor zover aan deze eis is voldaan heeft verder te gelden dat sprake moet zijn van bijzondere omstandigheden die gelegen zijn in de persoon zelf – waarbij met name kan worden gedacht aan problemen met de urinelozing of de ontlasting – dan wel de sociale context van betrokkene, zoals bijvoorbeeld het ontbreken van ondersteuning door mantelzorg. In dit geval vormt het toiletbezoek weliswaar onderdeel van de indicatiestelling, maar is niet gebleken van voornoemde bijzondere omstandigheden, zodat niet kan worden gesproken van niet-planbare zorg. Ten tijde van de aanvraag was (nog) geen cognitieve problematiek vastgesteld en volgens de wijkverpleegkundige kon erflater in de nacht daarom gebruik maken van een urinaal. Verstrekking van dit hulpmiddel, indien aangevraagd, was aangewezen. Voor toekenning van een PGB vv bestond geen grond.
Gelet op het voorgaande bestaat geen aanspraak op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering.

Telefonische toezegging

- 9.5. Verzoekster heeft gesteld dat de zorgverzekeraar tijdens het telefonisch contact met de indicerende wijkverpleegkundige heeft toegezegd dat aan erflater een PGB vv zou worden toegekend, met uitzondering van de geïndiceerde uren voor het nachtelijk toiletbezoek. De zorgverzekeraar betwist dat een dergelijke toezegging is gedaan en heeft registraties overgelegd van de door verzoekster

aangehaalde telefonische contacten. In de contactregistraties is vermeld: "Tel. gesprek met vpk: Eten en drinken is geïndiceerd, terwijl dhr. dit nog wel zelf naar zijn mond kan brengen, 2 x een kwartier per dag geïndiceerd, dus 3,50 uur pv dat van de totale indicatie af kan. Vpk erop gewezen dat het eten en drinken niet bij de persoonlijke verzorging thuis hoort. Zij heeft dit wel geïndiceerd omdat dhr. hierop gewezen moet worden, anders sprake van verwaarlozing. De vpk vond het stellen van een indicatie verder erg lastig. Toen ze bij verzekerde was, waren er vermoedens van geheugenproblemen en liepen er onderzoeken, maar het is niet duidelijk of hier al een uitslag van is. Zij adviseert om dit eerst uit te vragen voordat ik de aanvraag verder afhandel. Vpk vond het niet verstandig om nu een indicatie te stellen omdat er veel onduidelijk is mbt cognitieve problemen. Vpk denkt dat contact met geriater nodig is om de aanvraag verder te kunnen afhandelen. Wanneer er cognitieve problemen zijn gediagnosticeerd is de zorg vanuit een PGB waarschijnlijk wel nodig om de zorg te leveren. Wanneer er nog geen cognitieve problemen zijn, zou dhr. in de nacht waarschijnlijk nog een urinaal kunnen gebruiken, waardoor de nachtzorg weg valt en de zorg in principe door thuiszorg geleverd kan worden, ook al wil de familie dit niet. Dochter regelt alles voor verzekerde, spreekt niet goed Nederlands." Uit de door de zorgverzekeraar overgelegde contactregistraties blijkt niet van een eenduidige en onvoorwaardelijke telefonische toezegging zoals door verzoekster gesteld, zodat het verzoek niet op die grond 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, 10 mei 2017,

J.A.M. Strens-Meulemeester