



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201601686
Zittingsdatum : 8 maart 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(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: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg-op-maatpolis (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. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv). Bij brieven van 23 december 2015 en 26 januari 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 30 juni 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 3 november 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is alsnog een PGB vv toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 januari 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 10 februari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 20 februari 2017 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 30 januari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 14 februari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017005077) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit de in het dossier aanwezige informatie blijkt dat de zorgvraag enkel betrekking heeft op planbare zorg. Ook is er geen medische noodzaak voor het leveren van zorg door een vaste hulpverlener. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 21 februari 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 8 maart 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 9 maart 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 13 maart 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 verzoeker
- 4.1. In april 2005 is verzoeker in zijn woning ongelukkig ten val gekomen waarbij hij een fractuur van zijn ruggewervels heeft opgelopen. Voorts is hij bekend met een klapvoet. Verzoeker is in juni 2007 en in mei 2016 geopereerd aan zijn ruggewervels. Hij ondervindt ernstige chronische rugpijn waardoor hij in toenemende mate afhankelijk is van zijn echtgenote voor de dagelijkse persoonlijke verzorging. Langdurig staan is voor verzoeker onmogelijk. Voorts ervaart hij pijn bij aanhoudend stilzitten en liggen op zijn zij. Vanwege de rugpijn en de klapvoet slentert verzoeker en is hij instabiel met lopen. Hij heeft hierbij ondersteuning nodig van zijn echtgenote. Een rollator is geen optie. Verzoeker wordt sinds 2005 door zijn echtgenote verzorgd. Vanaf 2014 maakt verzoeker gebruik van een PGB vv waarmee hij zijn echtgenote betaalt voor de door haar verleende zorg. De echtgenote van verzoeker helpt hem dagelijks met douchen, afdrogen, aan- en uitkleden, in en uit bed komen, pedicure, manicure en begeleiding naar medische consulten. De zorg is volgens verzoeker niet planbaar en niemand anders dan zijn echtgenote is beter in staat hem te verzorgen. Ten opzichte van het jaar 2014 zijn de omstandigheden van verzoeker ongewijzigd, waardoor zijn verzoek om verlenging van het PGB vv niet kan worden geweigerd. Uit het reglement volgt voorts dat een PGB vv kan worden toegekend indien sprake is van informele zorgverleners, waarbij uitdrukkelijk partners worden genoemd.
- 4.2. De behandelend neurochirurg heeft over verzoeker het volgende verklaard: *“Op 18-09-2007 werd [verzoeker] (...) gezien op de polikliniek Orthopaedie (...). Anamnese: patient komt ter controle bijna 4 maanden na de uitgebreide operatieve behandeling van een verouderde wervelfractuur met myelumcompressie. In eerste instantie ging het goed maar hij heeft nu weer veel meer pijn in de rug, zelfs meer dan preoperatief en recent ook een klapvoet links. Ook de buik is nog een probleem waar een verslapping van de linker buikhelft bestaat na de voorste decompressie operatie. Hij kan nog 50 meter lopen, dan meer pijn in de rug en dan geeft zijn klapvoet ook meer problemen. Pijn in het been heeft hij niet, dit alleen in de rug.*
Lichamelijk onderzoek: er is nog wel enige kracht in de dorsaalheffer van de linkervoet. De rug is erg gevoelig aan de onderzijde van het geopereerde gebied. X-onderzoek: de gewone foto's suggereren toch wel iets meer kyfose dan direct postoperatief en de bovenste schroeven lijken toch iets uit het corpus Til getrokken te zijn. Dit lijkt de laatste tijd niet duidelijk meer erger en hij heeft ook aan de bovenste schroeven geen pijn. Het onderste schroefstelsel zit optimaal. Advies is dus dit voorlopig zo te laten, ook al omdat het op MRI onderzoek geen compressie op het myelum meer zichtbaar is en er lumbaal ook geen HNP verschijnselen zijn die de klapvoet kunnen verklaren. Dit is dus

zonder duidelijke oorzaak. Vooralsnog dus een expectatief beleid. Controle over 6 weken met nieuw röntgenonderzoek. Hij zal het korset nog blijven dragen".

Voorts heeft de neurochirurg over verzoeker het volgende verklaard: "Van 23-05-2007 t/m 20-06-2007 was [verzoeker] opgenomen op de afdeling Neurochirurgie azM. Reden van opname: geplande L1-resectie, geplande dorsale spondylodese. Anamnese en voorgeschiedenis: In april 2005 gevallen en heeft sindsdien rugpijn progressief van aard. Er is tevens uitstraling in het rechterbeen met krachtsverlies. Mictie en defaecatie zijn ongestoord. Patiënt bleek bij aanvullend onderzoek een oude inzakkingsfractuur L1 met sterke kyfose op de thoracaal-lumbale overgang te hebben. De voorgeschiedenis van patiënt vermeld[t] hypertensie (...) Conclusie: L1-resectie en dorsale spondylodese i.v.m. oude L1-fractuur. Jicht rechtervoet waarvoor Colchine met goede reactie. Pijn en zwelling ter hoogte van litteken links thoracaal dan wel de bovenbuik;(...)".

- 4.3. De behandelend longarts heeft over verzoeker het volgende verklaard: "Reden van opname: Dyspnoe.

Voorgeschiedenis:

- COPD via HA
- 2002 operatie ivm rectusdiastase ww reefplastiek
- 2007 MUMC fractuur ruggewervel ww operatie

Status bij opname: Sinds een week dyspnoe klachten, enkele dagen later kon pt zelfs niet meer liggen, heeft 2 dagen in de stoel geslapen (amper gelukt). Heeft neiging om te hoesten, maar durft niet vanwege pijnklachten rechts thoracaal, geen sputum. Geen koorts gehad, geen trauma. Momenteel nog pijnklachten rechts thoracaal. Geen zieken in de omgeving. Tr card: oedeem-, palp. Tr dig: soms wat pijn ROB, verder gb, intake goed, ontlasting meestal wel goed. TR urog: moeite met plassen sinds aantal dagen, geen dysurie.

Anamnese:

Sociale omstandigheden: Woont met echtgenote, ADL zelfst. deels met hulp van echtgenote, (...).

Bespreking: Patiënt werd op 14-09-2014 opgenomen vanwege een bilaterale pneumonie met rechts pleuravocht. (...) Op 24-09-2014 werd patiënt in goede klinische conditie ontslagen. Hij wordt poliklinisch vervolgd over 1 week met een X-thorax vooraf.

Op 23-09-2014 is door de supervisor besloten om uw patiënt uit het ziekenhuis te ontslaan.

Conclusie:

- 1 Thoraxempyeem rechts ww VATS
- 2 Consolidatie in de linker onderkwab, meest waarschijnlijk infectieus (...)"

- 4.4. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: "Mijn vrouw geeft mij al vanaf 2005 verzorging. [Niemand kan mij] beter helpen [dan] haar. 's Nachts heb ik ook vaak hulp nodig bij [het] opstaan, [om naar het] toilet te gaan. [Ik] kan niet alleen omhoog komen bij [het] opstaan. Langdurig staan [is] onmogelijk door chronische pijn. Bij lang zitten en dan opstaan [ga ik] wankelen. [Ik heb] krampen in [mijn] handen en benen. Wondjes rond de navel, deze gaan steeds open waar [vervolgens] etter uit komt. Stijvigheid onder voeten. Ik ben in 2014 op [het] kantoor in Sittard door een verpleegkundige [van de zorgverzekeraar] gezien [en heb met haar] een gesprek gehad. Deze verpleegkundige gaf toe dat mijn vrouw mij de beste verzorging kon geven. Daarna geen problemen gehad met [de] toekenning van een PGB. (...)"

- 4.5. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging', voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: " [Verzoeker] moet een herindicatie hebben omdat het [de] vorige keer geplande zorg was. Ook nu is het ondanks de bijgekomen hulp bij [het] rusten nog steeds geplande zorg". De indicierend wijkverpleegkundige heeft bij verzoeker een indicatie gesteld voor Persoonlijke Verzorging van 6 uren en 25 minuten per week.

- 4.6. Ter zitting is door verzoeker herhaald dat op verschillende momenten zorg nodig is. Zijn echtgenote springt dan in. De zorg is grotendeels niet planbaar. Het gaat om circa 60% niet-planbare zorg. Dit deel betreft hulp bij het in en uit bed gaan, bij de toiletgang, en bij medicijninname. Verzoeker gebruikt 98 tabletten, en deze worden op vaste tijden ingenomen. Voorts heeft verzoeker ter



aanvulling aangevoerd dat hij problemen heeft met het feit dat er verschillende mensen over de vloer komen. Vanwege een fysieke en mentale aandoening ervaart verzoeker problemen. Hij wil zijn aandoening niet "in de etalage zetten". Er is sprake van een trauma, en de huisarts kan dit bevestigen. De echtgenote van verzoeker is vertrouwd en zij verzorgt hem al sinds de mislukte operatie.



4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar



5.1. In de zorgverzekering is geregeld dat een verzekerde recht heeft op verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden (artikel B.26). De zorgverzekering biedt voor wijkverpleging de mogelijkheid om een PGB vv aan te vragen. De voorwaarden om in aanmerking te komen voor een PGB vv zijn opgenomen in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (2016)'. Uit het reglement volgt dat aanspraak bestaat op een PGB vv indien een indicatie bestaat voor verpleging en verzorging én de verzekerde langer dan een jaar op de zorg is aangewezen. Daarnaast moet verzekerde in staat zijn de taken en verplichtingen die aan het PGB vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren, een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap en de ingeschakelde zorgverleners zo aan te sturen dat gesproken kan worden van verantwoorde zorg (artikel 2). Voldoet verzekerde aan voornoemde voorwaarden, dan kan een PGB vv worden toegekend indien de zorgvraag aan minimaal één van de volgende voorwaarden voldoet:

- 
- 
- 
- 
- verzekerde heeft vaak (meer dan drie keer per week) 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;
 - er is een noodzaak voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die verzekerde nodig heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen (artikel 3).

Behoort verzekerde niet tot de doelgroep en/of voldoet hij/zij niet aan de eisen wat betreft de zorgvraag, dan bestaat geen aanspraak op een PGB vv (artikel 4.7). In dat geval bestaat wel recht op de zorg, maar kan deze niet worden ingekocht met een PGB vv.



In het reglement is een overgangsregeling opgenomen. Een verzekerde die direct voorafgaand aan 1 januari 2015 een PGB op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) had voor verpleging en verzorging behield zijn recht op zorg in de vorm van een PGB op grond van de Zvw, zolang de oude AWBZ indicatie in 2015 niet verliep, doch uiterlijk tot en met 31 december 2015.



5.2. Verzoeker had een PGB tot en met 23 februari 2016. Hiermee is de overgangsregeling tot en met 23 februari 2016 op hem van toepassing. Uit het wijkverpleegkundig deel van de aanvraag blijkt dat bij verzoeker een indicatie is gesteld voor zes uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Verzoeker heeft hulp nodig bij het douchen, kleden, in en uit bed komen en bij het rusten. De indicerende wijkverpleegkundige heeft verklaard dat de zorg planbaar is. Verzoeker heeft aangekruist dat hij zorg nodig heeft die vooraf slecht is in te plannen, omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep. Verzoeker heeft zelf toegelicht hulp nodig te hebben bij het douchen, kleden, in en uit bed komen, rusten en de toiletgang. De echtgenote van verzoeker verzorgt hem sinds 2005. Zij doet dit op verschillende tijden en niemand anders kan deze zorg verlenen.



De zorgverzekeraar begrijpt dat verzoeker graag geholpen wil worden op de door hem gewenste tijdstippen. Dit betekent echter niet dat de zorg vanwege inhoudelijke gronden op wisselende tijdstippen moet plaatsvinden. Verzoeker wil de zorg graag zelf regelen en wenst te worden geholpen door mensen die hij kent en vertrouwt. De zorgverzekeraar gaat ervan uit dat afspraken met de thuiszorgorganisatie kunnen worden gemaakt, waarbij rekening wordt gehouden met de persoonlijke wensen van verzoeker. De aanvraag voor een PGB vv is invoelbaar. Verzoeker voldoet echter niet aan de voorwaarden die gelden voor toekenning van een PGB vv. De geïndiceerde zorg is planbaar. Dit wordt door de wijkverpleegkundige bevestigd. Dat de echtgenote van verzoeker al



jarenlang de zorg verleent, betekent niet dat de zorg niet planbaar is. Ook uit de door verzoeker overgelegde medische informatie volgt niet dat hij voldoet aan de voorwaarden voor een PGB vv. Het staat verzoeker te allen tijde vrij een nadere medische onderbouwing ter ondersteuning van zijn aanvraag voor een PGB vv in te sturen. De zorgverzekeraar merkt op dat voor hulp bij de toiletgang geen indicatie is gesteld. Dit aspect kan daarom niet worden meegenomen in de beoordeling. Was deze zorg wel geïndiceerd, dan zou nog moeten blijken dat, en waarom, verzoeker op die grond wel zou voldoen aan de voorwaarden.



Ondanks dat begrip bestaat voor de opvatting van verzoeker dat zijn echtgenote de enige is die hem kan verzorgen, moet worden geconcludeerd dat de geïndiceerde zorg ook door anderen kan worden gegeven.



Verzoeker heeft recht op de geïndiceerde zorg, maar kan deze niet inkopen met een PGB vv. Hij kan gebruikmaken van zorg in natura. De zorgverzekeraar heeft met gecontracteerde thuiszorginstellingen afspraken gemaakt over de te verlenen zorg, zodat verzoeker ook zonder PGB vv optimaal wordt geholpen.



De zorgverzekeraar benadrukt dat het feit dat voorheen wel een PGB werd toegekend en vanaf het jaar 2016 niet meer, te maken heeft met de gewijzigde regelgeving. In 2014 was als gezegd de AWBZ van toepassing en thans valt de betreffende zorg onder de Zvw. Hierdoor gelden andere toetsingscriteria. Het PGB vv is niet geweigerd omdat de zorg zal worden verleend door de echtgenote van verzoeker, maar omdat de zorg planbaar is.

- 
- 5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat 6,5 uren zijn geïndiceerd. Hierin zitten douchen, aan- en uitkleden, en in en uit bed helpen. Deze zorg is naar zijn aard planbaar, dus de 60% kan niet kloppen. Hulp bij de toiletgang maakt geen deel uit van de indicatie. Slechts de hulp bij het in en uit bed gaan is niet aan vaste tijden gebonden, maar wel planbaar. Deze zorg kan dan ook worden geleverd door een thuiszorgorganisatie. Voorts heeft de zorgverzekeraar gesteld dat verzoeker pas eerst ter zitting naar voren heeft gebracht dat hij er problemen mee heeft dat er verschillende mensen over de vloer komen. Hiervan blijkt niets uit het dossier. Tot slot heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat met ingang van 1 januari 2017 de voorwaarden zijn gewijzigd, zodat het mogelijk zinvol is voor verzoeker om een nieuwe aanvraag te doen.

- 
- 5.4. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 
- 6.1. Gelet op artikel A.22 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 gehouden is het PGB vv alsnog aan verzoeker toe te kennen, 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 B.3. e.v. van de zorgverzekering.

- 
- 8.3. Artikel B.26. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Zorg: waar hebt u recht op?”

De zorg omvat verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering of een hoog risico op die zorg. De zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement.

(...)

Voorwaarden

Algemeen

U moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. De te verlenen zorg, daaronder valt ook de indicatiestelling, moet doelmatig zijn.

Verpleegkundige handelingen en verzorgingshandelingen worden zoveel mogelijk gecombineerd uitgevoerd in één bezoek aan u. Indien de zorg voor u slechts bestaat uit het uitvoeren van verzorgingshandelingen, dan heeft u regelmatig contact met de verpleegkundige die uw indicatie heeft

gesteld, om na te gaan of uw situatie gewijzigd is en eventueel de indicatie aan te passen.

Persoons Gebonden Budget

In bepaalde gevallen kunt u voor wijkverpleging ook een PGB (Persoons Gebonden Budget) aanvragen bij ons. In het Reglement PGB Verpleging & Verzorging, wat deel uit maakt van deze verzekeringsvoorwaarden leest u daar meer over.

(...)

Indicatiestelling

De indicatie voor wijkverpleegkundige zorg wordt gesteld door de verpleegkundig specialist (artikel 14, Wet BIG, hbo-master) of een verpleegkundige niveau 5 (artikel 3, Wet BIG, hbo-bachelor).

Inhoudelijk moet de indicatiestelling voldoen aan het normenkader van V&VN. De indicatiestelling wordt vervat in een zorgplan.

(...)"

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget vv 2016' van de zorgverzekeraar 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 bent langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging aangewezen.(...)

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de verantwoordelijkheden en verplichtingen die bij het pgb vv horen, uit te voeren. Een wettelijk vertegenwoordiger kan een ouder (voor kinderen tot 18 jaar), curator, bewindvoerder of mentor zijn. De verantwoordelijkheden en verplichtingen die u moet kunnen uitvoeren, zijn bijvoorbeeld contracten afsluiten met een zorgverlener en controleren met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten, zie hiervoor ook artikel 6;
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van het werkgeverschap.
- dat u in staat bent de zorgverleners 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 lid 4 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget vv 2016' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

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

- u vaak zorg nodig hebt op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties,
- u zorg nodig hebt die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;

*- u zorg nodig hebt die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- 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 B.26. van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget vv 2016' van de zorgverzekeraar zijn volgens artikel A.2.4. 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 gereuleerde 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. Niet in geschil is dat verzoeker behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget vv 2016' van de zorgverzekeraar. 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 de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), waaronder het douchen, het aan- en uitkleden, het in- en uit bed komen en bij het rusten. 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. Voorts gaat het niet om zorg die 24 uur per dag beschikbaar moet zijn, mede gelet op de gestelde indicatie voor Persoonlijke Verzorging van zes uren en 25 minuten per week.
Tot slot is niet gebleken van een medische 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 echtgenote, betekent dit niet dat een thuiszorgorganisatie de zorg niet aan verzoeker kan verlenen, hierbij rekening houdend met zijn problematiek en de gevolgen hiervan.
Ten aanzien van de begeleiding naar medische consulten geldt dat dit geen zorg betreft die onder de Zvw valt.

- 9.4. Met betrekking tot het door verzoeker gestelde aangaande de problemen die kunnen ontstaan bij 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. Het toiletbezoek maakt in het onderhavige geval geen deel uit van de indicatiestelling, zodat niet wordt toegekomen aan de vraag of sprake is van voornoemde bijzondere omstandigheden.
- Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Eerdere toekenning PGB

- 9.5. Verzoeker heeft gesteld dat hem eerder een PGB is toegekend en dat de omstandigheden sindsdien niet zijn gewijzigd, zodat hem wederom een PGB vv dient te worden verstrekt op basis van de nieuw ingediende aanvraag. De commissie merkt hierover op dat de aanvraag voor het PGB vv is ingediend in 2016, zodat de voorwaarden van dat jaar van toepassing zijn. De aanvraag is hiervoor aan de hand van die voorwaarden beoordeeld. Zoals onder 9.3 is overwogen, is in het geval van verzoeker niet voldaan aan de toepasselijke voorwaarden, zodat hij geen aanspraak heeft op het PGB vv. Dat dit voor 1 januari 2015, onder de vigeur van de AWBZ, of daarna in het kader van de toepasselijke overgangsregeling, anders was, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

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, 5 april 2017,

A.I.M. van Mierlo