






ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Verpleging en verzorging, Persoonsgebonden Budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201601498
Zittingsdatum : 18 januari 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, vertegenwoordigd door C te B,


 tegen


Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.


 2. De verzekeringssituatie


 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar 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). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).


 3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding


 3.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv), met ingang van 1 januari 2016 (verder: de aanspraak). Bij brief van 16 maart 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.


 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 29 april 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

 3.3. Bij brief van 20 juni 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

 3.4. Verzoekster heeft de commissie bij faxbericht van 8 september 2016 aanvullende informatie gezonden.

 3.5. 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.

 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 december 2016 aan verzoekster gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 12 december 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar 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 2016136106) 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 verzoekster 24 uur zorg in de nabijheid of op afroep behoeft. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 28 december 2016 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 25 januari 2017 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.11. Verzoekster is op 8 februari 2017 in persoon gehoord, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut. De zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar gezonden.
- 3.13. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 16 februari 2017 gereageerd op de aantekeningen van de hoorzitting. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan verzoekster 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 verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor een PGB vv. Deze aanvraag is afgewezen omdat de zorg die zij ontvangt volgens de zorgverzekeraar planbaar is. Verzoekster bestrijdt de juistheid van deze beslissing en de grond waarop deze berust.
- 4.2. Op het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' van 21 oktober 2015 is onder 'DEEL 3: BUDGETPLAN' het volgende vermeld: "(...) Mw heeft een taal en cultuur barrière, en daar naast heeft mw op onregelmatige tijden veel zorg nodig. Mw geeft aan dat familie op afroep komt zodra mw hulp nodig heeft. (...) Familie komt bij mw langs om mw te verschonen en verzorgen. Dit moet meerdere malen per dag i.v.m. bidden/cultuur. (...)"
- 4.3. De huisarts heeft op 12 april 2016 het volgende verklaard: "(...) [Verzoekster] wil graag herbeoordeling van haar PGB aanvraag, die door de wetswijziging op de nieuwe criteria getoetst moet worden. Sinds de toekenning van haar eerste PGB is zij geleidelijk meer afhankelijk geworden van de zorg door haar dochters door toename ouderdom, adipositas en achteruitgang mobiliteit. Voor transfers in en uit bed is zij afhankelijk van hulp. Ook haar huidige cardiale status geeft aanleiding tot zorg. (...)"
- 4.4. De medische beperkingen van verzoekster worden door de ziektekostenverzekeraar onderschat. De zorg die zij ontvangt, is niet planbaar.

4.5. Verzoekster verwijst naar de verklaring van de huisarts van 23 januari 2017 waarin het volgende is vermeld: "(...) *Bovengenoemde patiënte moet voor de verlenging van haar PGB voor 2017 opnieuw beoordeeld worden. Sinds de toekenning van haar eerste PGB is zij geleidelijk meer afhankelijk geworden van de zorg door haar dochters door toename ouderdom, adipositas en achteruitgang mobiliteit. Voor transfers in en uit bed is zij afhankelijk van hulp. Ook haar cardiale status gaat achteruit door toename hartfalen. (...)*"

4.6. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij 24 uur per dag zorg nodig heeft. De overgelegde medische gegevens ten tijde van de aanvraag hadden voor de zorgverzekeraar aanleiding moeten zijn om te oordelen dat de gestelde indicatie niet klopt. Voorts heeft verzoekster toegelicht dat inmiddels doorlopend zorg wordt verleend. Dit trekt een wissel op de zorgverlener(s), zeker nu het langer duurt.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

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 zorgverzekeraar 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 verzoekster een indicatie gesteld voor gemiddeld 15,9 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 zorgverzekeraar het volgende aan.
In de aanvraag heeft de vertegenwoordiger van verzoekster de zorgvraag als volgt omschreven: "*mw. heeft een taal en cultuur barrière, en daarnaast heeft mw. op onregelmatige tijden veel zorg nodig. Mw. geeft aan dat familie op afroep komt zodra mw. hulp nodig heeft. Familie komt bij mw. langs om mw. te verschonen en te verzorgen. Dit moet meerdere malen per dag i.v.m. bidden/ cultuur.*" Verder is in de aanvraag vermeld dat de zorg die verzoekster krijgt, bestaat uit wassen, aan- en uitkleden, het aan- en uittrekken van steunkousen, hulp bij transfers, het aanreiken van medicatie en persoonlijke verzorging.
In het Bewust Keuze Gesprek op 26 februari 2016 is verder het volgende naar voren gekomen. Het ziektebeeld van verzoekster is dat zij vanwege een hartoperatie weinig gevoel in haar handen en voeten heeft. Zij bidt vijf keer per dag en dient voorafgaand aan het bidden verzorgd en verschoond te worden.
De zorgverzekeraar heeft op 15 maart 2016 de wijkverpleegkundige gesproken met betrekking tot de indicatie. De wijkverpleegkundige heeft bevestigd dat de zorg bestaat uit douchen, wassen, kleden, medicatie aanreiken, verschonen en het begeleiden bij het lopen, met name van en naar de bank waar verzoekster de dag doorbrengt.
In het dossier is een brief van de huisarts van 12 april 2016 aanwezig waarin wordt verklaard dat de toename in ouderdom en adipositas, en de huidige cardiale status maken dat verzoekster minder mobiel is en aanleiding geven tot zorg. De huisarts bevestigt specifiek de behoefte aan ondersteuning bij transfers in en uit bed.

Verzoekster verklaart in de brief van 15 april 2016 dat zij zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties.

De zorgverzekeraar stelt dat de hulp bij het wassen en aankleden, bij het aan- en uittrekken van de steunkousen, bij de transfers van het bed naar de bank en vice versa goed is in te plannen. Deze zorg kan op vaste momenten worden uitgevoerd. Het is niet noodzakelijk dat deze zorg 24 uur per dag beschikbaar is. 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 verzoekster voor een PGB vv in plaats van zorg in natura vanwege taal, cultuur en religie, merkt de zorgverzekeraar 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).

De zorg rond het bidden valt 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 zorgverzekeraar verwijst in dit kader naar het bindend advies van de commissie van 23 november 2016 (201600511), meer specifiek r.o. 9.3.

Naast de vaste momenten van de zorg, heeft verzoekster op andere momenten hulp nodig bij transfers. 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 verzoekster voldoet zodoende niet aan artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2016'.

Verzoekster heeft recht op zorg in natura. Zij kan zich hiervoor wenden tot een door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.

Overigens heeft verzoekster nog gesteld dat haar medische beperkingen worden onderschat. Deze stelling kan de zorgverzekeraar niet volgen. Er is kennis genomen van de medische informatie die verzoekster heeft overgelegd. Daarnaast is nimmer gesteld dat verzoekster de zorg waarvoor zij 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 verzoekster tot 16 mei 2016 een PGB vv toegekend. Op die manier had zij de tijd om het contract met haar huidige zorgverlener(s) op te zeggen en hen te betalen. Het geschil betreft zodoende de periode na 16 mei 2016.
- 5.5. De zorgverzekeraar betwist het door verzoekster 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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar 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 'Algemene voorwaarden' 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 aan verzoekster alsnog een PGB vv toe te kennen vanaf 16 mei 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 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 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 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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar 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 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


- 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 zorgverzekeraar heeft, onder verwijzing naar artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016', aangevoerd dat verzoekster niet aan de gestelde voorwaarden voldoet, aangezien zij 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 zorgverzekeraar geweest die voor de periode van 1 januari 2016 tot 16 mei 2016 het PGB vv alsnog coulancehalve heeft toegekend. Dan past het niet om vervolgens aan te voeren dat niet aan de gestelde voorwaarde van één jaar is voldaan. Voorts is niet aannemelijk dat de situatie van verzoekster zodanig zal verbeteren dat na 31 december 2016 geen indicatie voor verpleging en/of verzorging meer zal bestaan. De stelling van de zorgverzekeraar moet daarom worden gepasseerd.
- 9.3. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de zorgverzekeraar. De vraag is of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.4. De zorg die verzoekster ontvangt, bestaat uit hulp bij het wassen en aankleden, het aan- en uittrekken van steunkousen, persoonlijke verzorging, het klaarmaken voor het bidden en ondersteuning bij transfers en het aanreiken 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 15,9 uren per week. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft, dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van haar familieleden, betekent dit niet dat een door de zorgverzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie de noodzakelijke zorg niet aan verzoekster kan verlenen.
- 9.5. Verzoekster heeft ter zitting de stelling betrokken dat de overgelegde medische gegevens voor de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar mag uitgaan van de deskundigheid van de wijkverpleegkundige en het is hem daarbij niet toegestaan in diens autonome beoordeling te 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 verzoekster wordt daarom gepasseerd.
- 9.6. Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering.




Conclusie



9.7. 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