



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen

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

Zaaknummer : 201600363

Zittingsdatum : 12 oktober 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (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 ExtraVerzorgd 1 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 250 is niet in geschil en blijft daarom 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). Bij brief van 7 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 4 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 5 februari 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 29 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 juni 2016 aan verzoeker gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 juli 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 september 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 30 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 12 juli 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016083294) 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 zorg die is aangevraagd planbaar is. Daarnaast valt een deel van de zorg, zoals de begeleiding, niet onder de Zvw. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 oktober 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.9. Bij brief van 14 oktober 2016 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 25 oktober 2016 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. De wijkverpleegkundige heeft namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en verzorging' ingediend, en hierop, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: *"Het contracteren van mevrouw (...) als zorgverlener stelt meneer in staat te communiceren in eigen taal en de zorgbehoeftes kenbaar te maken. Het op zijn gemak stellen van de heer zal bijdragen aan een laagdrempel[ig] contact waarbij de heer in staat gesteld wordt zijn hulpvraag te uiten. Doordat de heer dichtbij zorgverlener woont, kan zorgverlener ook snel (c.q. op afroep) bij de heer zijn. (...) Zoals staat beschreven in het zorgplan (...) is meneer tgv de taalbarrière niet in staat zelfstandig medicatie te bestellen. Daarnaast is meneer tgv kennistekort niet in staat het belang in te zien vd insulinedicatie. Door meneer in zijn eigen taal toe te lichten en te motiveren tot het laten nemen vd medicatie zal de zorgbehoefte van meneer voldaan worden. Deze insuline wordt 4 maal op korte momenten op de dag gegeven. Daarnaast heeft meneer ook andere medicatie die op korte momenten onder motivatie gegeven moet worden. (...)"*. De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor persoonlijke verzorging van 6 uren en 35 minuten per week en voor verpleging van 7 uren per week.
- 4.2. In het zorgplan heeft de wijkverpleegkundige het volgende opgemerkt: *"Als gevolg van kennistekort ten aanzien van diabetes is hr niet goed in staat om zelfstandig zijn insuline te injecteren waardoor de mogelijkheid bestaat dat hij een onjuiste dosering krijgt. (...) Hr krijgt 4 keer daags op planbare momenten zijn insuline toegediend (4 keer 10 minuten per dag) (...) Als gevolg van kennistekort ten aanzien van voorgeschreven medicatie is hr niet in staat om zelfstandig op de juiste tijden/ wijze de medicatie in te nemen waardoor de werking van de medicatie niet doeltreffend is. (...) Hr krijgt 3 keer daags op planbare momenten de medicatie aangereikt (3 keer 5 minuten per dag) (...) Als gevolg van taalbarrière is hr niet in staat om zelfstandig zijn medicatie te bestellen. (...) Als gevolg van kennistekort ten aanzien van diabetes is hr niet goed in staat om zelfstandig zijn bloedsuiker te bepalen waardoor de mogelijkheid bestaat dat hij vervolgens een onjuiste dosering insuline geïnjecteerd wordt (...) Voorafgaand aan elk moment van injecteren van insuline, wordt de bloedsuiker bepaald (4 keer 5 minuten per dag). (...) Als gevolg van diverse hartoperaties is hr niet in staat om zichzelf te wassen/douchen en kleden, dit uit zich in ernstige benauwdheid. (...) Op planbare momenten wordt hr geholpen met de verzorging en overname van het scheren (40 minuten per dag). (...)"*.

- 4.3. Verzoeker kampt met hartklachten, diabetes en een verhoogd cholesterolniveau. Indien zijn medicatie niet exact op de juiste wijze en op de juiste momenten wordt toegediend, kan dit ernstige gevolgen hebben voor zijn gezondheid. De medicatie moet ook wat betreft hoeveelheid op elkaar worden afgestemd. De huidige zorgverlener weet alles van de situatie van verzoeker af en spreekt zijn taal. Verzoeker is de Nederlandse taal niet machtig, en kan zich in deze taal dan ook niet uiten. Gelet op zijn hoge leeftijd kan van hem niet meer worden verwacht dat hij Nederlands leert. Zijn vrouw is analfabeet en kan hem derhalve ook niet helpen met de medicatie. De zorg die verzoeker ontvangt is van complexe aard. Hij is in de war, zeer vergeetachtig, slecht in het contacten leggen met mensen, en komt dan niet uit zijn woorden. Verzoeker kan zich ten opzichte van vreemden niet goed uiten. Daardoor is het mogelijk dat hij niet de juiste zorg ontvangt van een medewerker van een thuiszorgorganisatie. Verzoeker is bekend met problemen die zich acuut kunnen voordoen, in welk geval hij direct medicatie toegediend moet krijgen. Deze momenten zijn vooraf niet te voorspellen. Daarnaast bestaat bij verzoeker de behoefte iedere zondag de kerkdienst te bezoeken. Hij heeft begeleiding naar en tijdens de kerkdienst nodig. Ook heeft hij begeleiding nodig naar afspraken, bij het doen van boodschappen en bij het voeren van zijn administratie.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat het voorlopig advies van het Zorginstituut erg beknopt is. De medisch adviseur lijkt erg vluchtig naar de stukken te hebben gekeken. Het gaat erom dat verzoeker zorg nodig heeft, en de vraag is of hij in aanmerking komt voor het PGB vv of niet. De taal is in principe geen probleem dat ervoor zorgt dat een PGB vv moet worden toegekend, maar bij verzoeker ligt dit anders. Hij heeft te kampen met geheugenverlies en concentratieverlies. Het gaat dus niet alleen om een taalprobleem of het inspuiten van insuline, maar verzoeker heeft een zorgverlener nodig die exact van zijn situatie op de hoogte is. Hij heeft viermaal daags insuline nodig en drie maal daags medicatie. In totaal moet daarom zeven maal per dag iemand langs komen om dat toe te dienen. Dit kan niet gelijktijdig. Het lijkt spreker sterk dat hiervoor zeven maal per dag iemand van een thuiszorgorganisatie kan komen. Verzoeker heeft ook toegelicht dat hij soms kort voor het slapen gaan een medicijn moet innemen. Dat hangt af van het moment waarop hij kan en wil gaan slapen. Een zorgaanbieder zal niet om elf uur 's avonds nog langs komen om een medicijn toe te dienen. Sommige zaken horen inderdaad thuis bij de Wmo. Verzoeker is van mening dat het PGB vv in dit specifieke geval het meest op zijn plek is, en zorg in natura niet haalbaar is. In geval van een aanval moet er iemand heel snel op afroep komen, zodat deze de medicatie kan toedienen. De bloedsuiker van verzoeker kan naar beneden en naar boven gaan. Zijn vrouw spreekt geen Nederlands, en kan in dat geval geen hulp inroepen. Verzoeker heeft de laatste tijd heel vaak een zeer lage bloedsuikerspiegel.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoeker heeft aanspraak op een PGB vv indien zijn zorgvraag voldoet aan één van de volgende voorwaarden:
- de verzekerde heeft vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
 - de verzekerde heeft zorg nodig 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;
 - de verzekerde heeft zorg nodig die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
 - er is een noodzaak voor een vaste zorgaanbieder vanwege de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
- De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag beoordeeld, en is tot de conclusie gekomen dat verzoeker niet voldoet aan één van de hiervoor genoemde voorwaarden.
- 5.2. Het zorgplan van de wijkverpleegkundige onderschrijft niet dat verzoeker zich onvoldoende kan uiten tegenover een onbekende zorgverlener. Taalproblemen vormen geen reden voor



toekenning van het PGB vv. Het toedienen van medicatie kan heel goed door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder worden uitgevoerd. Het zelfde geldt voor het toedienen van medicatie op onverwachte momenten. Hiervoor heeft de ziektekostenverzekeraar voldoende zorg ingekocht. De begeleiding naar de kerk en naar afspraken, het doen van de boodschappen en de hulp bij het voeren van de administratie, betreft geen zorg die ten laste kan worden gebracht van een PGB vv. Verzoeker kan hiervoor bij de gemeente informeren naar de mogelijkheden.



De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat het zorgplan voldoende duidelijk is. Het betreft planbare zorg, die niet om medische redenen op verschillende tijdstippen moet worden gegeven. Er is geen medische reden waardoor sprake is van een noodzaak de zorg in de nabijheid of op afroep te hebben, en een medische reden voor een vaste zorgverlener ontbreekt eveneens.

- 
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de wijkverpleegkundige een indicatie heeft gesteld, en hierbij duidelijk aangeeft dat het gaat om planbare zorg. Er is nagevraagd hoe het zit met de acute gevallen. De vraag is of verzoeker in een acuut geval gebruik kan maken van zorg in natura. Deze zorg is in natura beschikbaar. Er zijn zorgverleners die specifiek voor deze gevallen zijn gecontracteerd. De garantie kan daarmee worden gegeven dat verzoeker de zorg krijgt die hij nodig heeft, ook op verschillende tijden, ook op afroep en ook 's nachts. Verder is alles wat verzoeker nodig heeft, planbaar. Mochten tussen de tijd dat het zorgplan is opgesteld en nu zaken zijn veranderd, dan kan een nieuwe indicatie worden gevraagd. De wijkverpleegkundige is onafhankelijk en ontvangt geen aanwijzingen van de ziektekostenverzekeraar. En deze wijkverpleegkundige heeft geoordeeld dat verzoeker niet in aanmerking komt voor het PGB vv. Alleen een taalprobleem is geen reden om een PGB vv toe te kennen. Er zijn ook zorgaanbieders in de regio gecontracteerd die binnen een bepaalde reactietijd aanwezig kunnen zijn. Dit kan ook zeven keer per dag zijn.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 
- 6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog aan verzoeker toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 
- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 

- 8.3. In de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

U heeft recht op verpleging en verzorging. Onder verpleging en verzorging wordt verstaan: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die

- a. verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop,*
- b. niet gepaard gaat met verblijf, en*
- c. geen kraamzorg betreft. (...)*

Persoonsgebonden budget

Een Persoonsgebonden budget (Pgb) is een geldbedrag waarmee u zelf verpleging en verzorging kunt inkopen. Als u recht heeft op verpleging en verzorging kunt u bij Menzis mogelijk ook vergoeding van die zorg vragen in de vorm van een Persoonsgebonden budget. In het Verzekeringsreglement kunt u lezen wanneer u hiervoor in aanmerking kunt komen, wat uw verantwoordelijkheden daarbij zijn en hoe het Pgb wordt betaald. U kunt het Verzekeringsreglement op onze website vinden. U kunt het ook opvragen bij ons Klantenservice op 088 222 40 40.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een verpleegkundige of een verzorgende met minimaal opleidingsniveau 3 in dienst van een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging en verzorging (thuiszorginstelling) of die is toegelaten voor verblijf, verpleeg- of verzorgingshuis of een instelling voor gehandicaptenzorg, die extramurale zorg levert.

Medisch specialistische verpleging thuis

Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, kunt u naar een verpleegkundige in dienst van een Instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of ZBC), revalidatie-instelling of een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging (thuiszorgorganisatie).

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.menzis.nl/zorgvindervindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel ‘Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder’ aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Indicatie en zorgplan

U heeft alleen recht op verpleging en verzorging als u een indicatie daarvoor heeft. Deze indicatie moet voldoen aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, zoals vastgesteld door de beroepsvereniging van wijkverpleegkundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u een verpleegkundige indicatie met een zorgplan hebben waarin de zorg die u nodig heeft beschreven staat in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. Dit zorgplan moet opgesteld zijn door een wijkverpleegkundige niveau 5 en ondertekend door u en de zorgaanbieder.

Medisch specialistische verpleging thuis

Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, moet de medisch specialist daartoe een uitvoeringsverzoek MSVT aan de zorgaanbieder hebben gedaan met daarin opgenomen:

- Omvang verpleegkundige handeling.*
- Frequentie verpleegkundige handeling.*

- *Duur van verpleegkundige handeling (start- en einddatum). (...)*

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' 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: (...)

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

Hierbij geldt ook:

- *dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger (ouder, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het PGB vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt o.a. in contracten afsluiten en controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten;*
- *dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw wettelijk vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap.*
- *dat u in staat bent de zorgaanbieders die u heeft gecontracteerd op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg."*

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

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

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

- *u heeft vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;*
- *u 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;*
- *u heeft zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;*
- *er is een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die u nodig heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."*

- 8.6. De voorwaarden van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens de 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 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 geschil 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. 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 verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar. De vraag is of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
-  9.3. De zorg die verzoeker ontvangt, bestaat uit hulp bij het innemen van medicatie en het toedienen van insuline, en hulp bij de dagelijkse verzorging. Verder heeft hij begeleiding nodig naar de kerk, naar afspraken en bij het doen van boodschappen en heeft hij behoefte aan ondersteuning bij het voeren van zijn administratie. Begeleiding en ondersteuning bij de administratie betreft geen zorg die ten laste van de zorgverzekering en daarmee ten laste van het PGB vv kan worden gebracht. Verzoeker kan bij de gemeente navraag doen naar de mogelijkheden in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De overige zorg 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.
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 6 uren en 35 per week en voor Verpleging van 7 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. Problemen met de Nederlandse taal zijn geen grond voor toekenning van een PGB vv. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van een vaste zorgverlener, die zijn taal spreekt en die kan hem kan motiveren zijn medicatie te nemen, betekent dit niet dat een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie de noodzakelijke zorg niet aan verzoeker kan verlenen. Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

-  9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen mogelijkheid voor een PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

-  9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 november 2016,



H.A.J. Kroon

