



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201602527
Zittingsdatum : 21 juni 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering GemeentePakket Compleet afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek.
De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Herverzekeren Verplicht Eigen Risico is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 20 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 10 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 5 april 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Voorts heeft verzoekster om vergoeding van de proceskosten verzocht (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 mei 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 mei 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 mei 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Verzoekster heeft op 8 juni 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, 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 16 mei 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 14 juni 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017022437) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. *"Op basis van de beschikbare informatie kan niet worden vastgesteld dat er sprake is van een medische noodzaak voor het leveren van zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen. Naar het oordeel van de medisch adviseur heeft de zorgvraag enkel betrekking op planbare zorg. De zorg is daarnaast niet dusdanig specifiek dat deze slechts door een vaste hulpverlener zou moeten worden geleverd."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 14 juni 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 juni 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 4 juli 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar antwoorden gegeven op vragen die tijdens de zitting naar voren zijn gekomen. Bij brief van 11 juli 2017 heeft verzoekster hierop gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname naar de wederpartij gestuurd.
- 3.12. Bij brief van 18 juli 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 28 juli 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en 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. De huisarts heeft op 22 november 2016 ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *"[Verzoekster] heeft pijnklachten in haar gewrichten, bovenarmen en handen (krachtsverlies). Hierdoor is ze beperkt in haar persoonlijke verzorging. In verband met incontinentie van urine, moet zij zich dagelijks regelmatig verschonen, ook 's nachts. Huishoudelijke taken, waaronder bereiden van voedsel is eveneens moeilijk. Daarnaast heeft [verzoekster] ernstige vermoeidheidsklachten en ernstige slaapapneu, zij gebruikt een beademingsapparaat 's nachts, indien ze overdag slaapt gebruikt ze het ook. Het apparaat moet dagelijks gereinigd worden, ook dit kost haar veel moeite; (...)"*
- 4.2. In het zorgplan wordt ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *"(...) Persoonlijke hulp bij of gerelateerd aan incontinentie/stoelgang, bewegen/lopen, douchen, aankleden, medische apparatuur reinigen/desinfecteren, vanwege de aandoeningen van [verzoekster]. (...) Voor [verzoekster] is het zeer belangrijk dat zij voortdurend bij al bovengenoemde zaken geplande en ongeplande intensieve zorg met toezicht nodig heeft vanuit haar vertrouwde omgeving vanwege zorg op ongebruikelijke tijden. [Verzoekster] vindt het moeilijk om sociale contacten te maken. Ze heeft geen vriendinnen. Ook heeft [verzoekster] moeite met beslissingen te maken en oplossingen te bedenken. De klachten van [verzoekster] zijn zodanig verergerd dat hier meer aandacht en zorg aan besteed moet worden met name bij de persoonlijke verzorging; (...)"*

- 4.3. Vanwege krachtverlies en valgevaar dient verzoekster intensief te worden geholpen bij haar persoonlijke verzorging. Hier komt ook intieme verzorging bij kijken, waardoor het voor verzoekster van groot belang is dat deze zorg door iemand wordt uitgevoerd die zij kent en waar zij een vertrouwensband mee heeft.
- 4.4. Verzoekster vindt het opmerkelijk dat de ziektekostenverzekeraar de herbeoordeling baseert op een gesprek met de verpleegkundige dat maanden eerder, in het kader van de aanvraag, is gevoerd. De ziektekostenverzekeraar stelt dat uit dit gesprek naar voren is gekomen dat verzoekster voornamelijk zorg nodig heeft bij het wisselen van incontinentiemateriaal in de ochtend, de avond en gedurende de dag zo vaak als nodig is op afroep. Verzoekster heeft hierop contact opgenomen met de verpleegkundige en deze heeft verklaard dat hij bovenstaande niet zodanig expliciet heeft medegedeeld. Daarnaast heeft de verpleegkundige gemeld dat, bij gebruik van incontinentiemateriaal, ook mogelijk 's avonds laat en 's nachts ongelukjes gebeuren, waarbij verzoekster hulp nodig heeft bij het omkleden en het verschonen van haar bed. Er zijn geen thuiszorgorganisaties die daar 's nachts voor langs zullen komen. Verzoekster heeft navraag gedaan bij twee thuiszorgorganisaties die dit inderdaad bevestigen. Voorts heeft verzoekster een overactieve blaas, waardoor de toiletgang moeilijk planbaar is, en heeft zij last van een geïrriteerde huid waardoor zij zo snel mogelijk schoon incontinentiemateriaal nodig heeft na het urineren.
- 4.5. Verzoekster stelt voorts dat het apneu apparaat na iedere slaap dient te worden gereinigd ter voorkoming van ziekten. Zo moet het siliconen gedeelte van het masker na ieder gebruik worden gereinigd en dient het waterreservoir na elk gebruik te worden geleegd en aangevuld. Vanwege problemen met de fijne motoriek kunnen deze handelingen niet door verzoekster zelf gedaan worden. Aangezien verzoekster overdag op wisselende tijdstippen slaapt - namelijk wanneer zij moe wordt - is deze zorg niet planbaar.
- 4.6. Op basis van hetgeen is vermeld, stelt verzoekster dat de beoordeling door de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig is uitgevoerd, aangezien de zorg slecht planbaar is en 24 uur per dag op afroep beschikbaar moet zijn. De thuiszorgorganisaties kunnen haar deze zorg niet bieden zodat zij aanspraak heeft op een PGB vv. Tevens vordert zij vergoeding van de kosten die met de onderhavige procedure zijn gemoeid.
- 4.7. Ter zitting is door verzoekster de standpunten herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat de medicatie die verzoekster heeft geslikt voor de overactieve blaas niet heeft geholpen. De aandrang blijft hetzelfde, waardoor verzoekster nog steeds niet planbare hulp nodig heeft voor de urineproblemen. Wat betreft de reiniging van het apneu apparaat heeft het Zorginstituut in het advies aangegeven dat het onder verpleging en verzorging valt. De ziektekostenverzekeraar heeft hier echter niets mee gedaan in de beoordeling. Voorts stelt verzoekster dat zij contact heeft opgenomen met meerdere zorginstellingen bij haar in de buurt. Zij hebben haar medegedeeld geen zorg te kunnen verlenen tijdens de nacht.
- 4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. In artikel 13 van de zorgverzekering is de aanspraak op verpleging en verzorging geregeld. Het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2016' maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden. Om aanspraak te kunnen maken op een PGB vv moet worden voldaan aan de voorwaarden zoals die zijn opgenomen in dit reglement. De zorgvraag van de verzekerde moet voldoen aan de voorwaarden als omschreven in artikel 3, vierde lid, van het 'Reglement PGB vv 2016':
- de verzekerde heeft zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
 - de 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;

- de 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 de verzekerde nodig heeft, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar stelt dat in het geval van verzoekster sprake is van planbare zorg en dat derhalve niet is voldaan aan de voorwaarden die zijn gesteld in artikel 3 van het reglement. Tijdens de beoordeling van de aanvraag voor het PGB vv heeft de dochter van verzoekster namelijk verklaard dat zorg nodig is in de ochtend, avond en tussendoor bij de incontinentiezorg en toiletgang. Daarnaast heeft de verpleegkundige medegedeeld dat de totale zorgvraag kan worden geboden door een gecontracteerde thuiszorgorganisatie. In de situatie van verzoekster kunnen vaste zorgmomenten worden ingepland en de zorg tussendoor voor de incontinentie en toiletgang kan op afroep worden geleverd. Voorts is vastgesteld dat geen medische noodzaak bestaat voor zorg geboden door een vaste zorgverlener. Verzoekster stelt een overactieve blaas te hebben met daarbij last van incontinentieproblemen. Wat betreft de overactieve blaas ontbreekt een medische onderbouwing. Uit de brieven van 27 mei 2016 en 22 november 2016 van de huisarts van verzoekster blijkt niet van een medische oorzaak waardoor de frequentie van de incontinentiezorg gemiddeld hoger is dan de menselijke natuur ingeeft. In deze verklaringen wordt slechts vermeld dat dagelijkse en regelmatige verschooning nodig is. Ten aanzien van de incontinentieproblemen heeft de verpleegkundige verklaard dat incontinentiemateriaal gedurende langere tijd urine kan opvangen. Het incontinentiemateriaal is te verkrijgen in vele varianten en kan goed worden afgestemd op de noodzaak in het gebruik.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar stelt voorts dat het schoonmaken en onderhouden van het apneu apparaat het karakter heeft van huishoudelijke reiniging. Deze zorg valt niet onder de zorg die hoort bij een PGB vv. Daarnaast blijkt uit de beschrijving van het apparaat dat de doelstelling van de reiniging niet in relatie ligt tot een mogelijk gezondheidsrisico, maar dat de reiniging nodig is voor het verlengen van de levensduur en de optimale werking van het apparaat.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar de standpunten herhaald. Voorts verklaart de ziektekostenverzekeraar dat de reiniging van het apneu apparaat inderdaad onder verpleging en verzorging kan vallen, mits het is gekoppeld aan de benodigde zorg. De zorg blijft echter planbaar, waardoor de aanvraag voor het PGB vv terecht is afgewezen. Wat betreft de incontinentieproblemen kan verzoekster gebruik maken van passend incontinentiemateriaal.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar 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 en artikel 7 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 verzoekster toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, en de door haar gemaakte proceskosten te vergoeden.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 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 cliëntensysteem 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.

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er). Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders 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 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 verpleging en verzorging. U komt in aanmerking voor het pgb verpleging en verzorging als : (...)

3. U langdurig, d.w.z. langer dan één 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 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 u 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 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 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' (2016) van de ziektekostenverzekeraar 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. (...)

2. (...)

3. (...)

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 de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging' (2016) van de ziektekostenverzekeraar volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, eerste lid, 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 geschil als zodanig niet bij wet geregeld.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het

geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.


- 9.2. Niet in geschil is dat verzoekster behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging' (2016) van de ziektekostenverzekeraar. De vraag is of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoekster ontvangt, bestaat uit ondersteuning bij ADL, waaronder het douchen, het aan- en uitkleden en de mond- en haarverzorging. Ook heeft zij hulp nodig bij het wisselen van incontinentiemateriaal, het verschonen vanwege incontinentie en het reinigen en onderhouden van het apneu apparaat. Met betrekking tot het laatste aspect heeft het Zorginstituut in het advies van 14 juni 2017 aan de commissie uiteengezet dat deze hulp in combinatie met de lichamelijke verzorging onder verpleging en verzorging kan vallen, zoals bedoeld in artikel 13 van de zorgverzekering. In dit geval betreft het echter 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 gezien de gestelde indicatie van 28 uren Persoonlijke Verzorging 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.
- 9.4. Ten aanzien van het door verzoekster gestelde aangaande het toiletbezoek merkt de commissie het volgende op. Het enkele feit dat al dan niet regelmatig het toilet moet worden bezocht is inherent aan de menselijke natuur en in die zin niet onderscheidend als het gaat om de vraag of dit onderdeel van de zorg al dan niet planbaar is. Indien geen indicatie is gesteld voor 24-uurs zorg, is daartoe in de eerste plaats vereist dat het toiletbezoek deel uitmaakt van de indicatiestelling door de verpleegkundige. Voor zover aan deze eis is voldaan, heeft verder te gelden dat sprake moet zijn van bijzondere omstandigheden die gelegen zijn in de persoon zelf – waarbij met name kan worden gedacht aan problemen met de urinelozing of de ontlasting – dan wel de sociale context van betrokkene, zoals bijvoorbeeld het ontbreken van ondersteuning door mantelzorg. In het onderhavige geval is geen indicatie gesteld voor 24-uurs zorg. Het toiletbezoek vormt weliswaar onderdeel van de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige, maar niet is gebleken van voornoemde bijzondere omstandigheden. Verzoekster heeft voldoende onderbouwd dat bij haar sprake is van een overactieve blaas. Niet gebleken is echter dat medicatie haar onvoldoende helpt. Verder tekent de commissie aan dat de feitelijke situatie is dat mantelzorg aanwezig is en dat hiervan door verzoekster ook gebruik wordt gemaakt. Voorts gebruikt verzoekster incontinentiemateriaal, waarmee het probleem van de incontinentie ondervangen zou moeten zijn. Indien dit niet voldoet, zal hiernaar onderzoek moeten worden gedaan, zodat zij de beschikking krijgt over passend incontinentiemateriaal. Ook het verschonen in verband met incontinentie kan - aangezien gebruik wordt gemaakt van incontinentiemateriaal - goed worden ingepland, maar kan zo nodig tevens op afroep beschikbaar worden gesteld. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van een vaste zorgverlener, betekent dit niet dat een thuiszorginstelling de zorg niet aan verzoekster kan verlenen en hierbij rekening kan houden met haar problematiek en de gevolgen hiervan. Hetgeen verzoekster overigens stelt kan niet leiden tot een andere uitkomst. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van een PGB vv, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.





Proceskostenvergoeding


- 
- 9.6. Verzoekster heeft tevens aanspraak gemaakt op vergoeding van de door haar gemaakte proceskosten. Omdat het verzoek tot toekenning van een PGB vv wordt afgewezen, bestaat geen grond voor toewijzing van de gevorderde proceskosten.




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, 16 augustus 2017,



J.A.M. Strens-Meulemeester

