



# 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 : 201700158  
Zittingsdatum : 30 augustus 2017

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

(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: verzoeker, 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 verzoeker 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 verzoeker 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 (verder: BW).

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 18 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 15 maart 2016 en 30 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 4 april 2017 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. Voorts heeft verzoeker om vergoeding van de gemaakte proceskosten verzocht (hierna: het verzoek).

3.5. 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.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 mei 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 mei 2017 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 juni 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 12 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 12 juni 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017021560) 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 beschikbare informatie niet blijkt dat de geïndiceerde zorg onplanbaar is of op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen zou moeten plaatsvinden. Ook is niet gebleken van een acute noodzaak voor 24-uurs zorg in de nabijheid aanwezig of een medische noodzaak voor een vaste hulpverlener.  
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 12 juli 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 augustus 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 31 augustus 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. Het Zorginstituut heeft geantwoord dat de aantekeningen geen reden vormen voor aanpassing van het voorlopig advies, zij het dat wordt opgemerkt dat onduidelijkheid bestaat over de medische situatie van verzoeker. Op grond van de beschikbare gegevens kan namelijk niet worden vastgesteld welk medisch beleid de huisarts heeft ingezet ter voorkoming van hypo's en of de situatie van verzoeker tijdelijk of blijvend is. Ook ontbreken de bevindingen, waaronder een prognose, van de internist, waarnaar verzoeker is doorverwezen. Bovendien wordt de door verzoeker gestelde vergeetachtigheid niet medisch onderbouwd. Voorts merkt het Zorginstituut op dat hetgeen verzoeker heeft aangevoerd ten aanzien van het niet adequaat kunnen alarmeren niet te verenigen valt met de door hem gestelde noodzaak van 24 uur zorg op afroep.  
Bij brief van 8 september 2017 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Een afschrift van dit advies is op 12 september 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren.
- 3.11. Verzoeker heeft op 22 september 2017 op het definitief advies gereageerd in die zin dat hij de commissie verzoekt een onafhankelijk onderzoek in te stellen naar de medische situatie van verzoeker. In reactie op dit verzoek heeft de commissie medegedeeld dat het in het kader van de stel- en bewijsplicht op de weg van verzoeker ligt de ontbrekende medische informatie over te leggen. Om die reden ziet de commissie aanleiding verzoeker in de gelegenheid te stellen de betreffende informatie alsnog vóór 27 oktober 2017 aan te leveren.
- 3.12. Bij brief van 12 oktober 2017 heeft verzoeker de commissie medegedeeld dat hij het verzoek wenst in te trekken. Gelet op het bepaalde in artikel 249 Rv heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar gevraagd of hij instemt met intrekking. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie bij e-mailbericht van 16 oktober 2017 medegedeeld hiermee niet mee in te stemmen. Een afschrift van bedoeld e-mailbericht is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan van 30 november 2015 ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: "(...) Dhr krijgt 4 keer daags insuline toegediend. Hypertensie, hypercholesterolemie, vaatproblematiek benen, amputatie linkerbeen (bovenbeen), psoriasis. (...) Dhr is rolstoelafhankelijk, buitenshuis scootmobiel (dhr gaat niet zelfstandig naar buiten), in huis kan dhr gebruik maken van twee krukken. (...) Dhr wordt dagelijks verzorgd door zijn dochter, zowel ochtend als avond. Pijn tgv psoriasis. (...) Er lijkt sprake van eenzaamheid. Dagbesteding is al eens naar geïnformeerd. Echter geen optie ivm taalbarriere en gemengde groepen. (...) Dhr gebruikt medicatie ivm hypertensie. Aantal jaar geleden tijdens verblijf in Marokko een bovenbeen amputatie ondergaan tgv vaatproblemen. Ieder half jaar co doorbloeding benen. Soms in rech[t]eronderbeen wat oedeem. (...) Dochter geeft aan dat dhr wat vergeetachtig wordt. (...) Ivm psoriasis moet dhr twee tot drie keer per dag ingesmeerd worden met zalf. Vaak jeuk, pijn en regelmatig wondjes tgv psoriasis. (...) Dochter zorg vier keer daags voor co van de bloedglucose en voor het toedienen van insuline. Dochter geeft dhr medicatie. (...) Inschatting (...): Dagelijks hulp bij lichamelijke verzorging (ochtend/avond), twee tot drie keer per dag zalven, vier keer daags bloedglucoseco en insuline toedienen, medicatie aanreiken. (...) Dhr spreekt slecht Nederlands. Kinderen onderhouden contacten met instanties ed." De wijkverpleegkundige heeft bij verzoeker een indicatie gesteld voor Persoonlijke Verzorging van 7 uren per week, en voor Verpleging van 4 uren en 40 minuten per week. Zij heeft namens hem het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen en verzoeker kan zich met deze beslissing niet verenigen.
- 4.2. Op 27 mei 2016 heeft de huisarts ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: "bij deze kan ik mededelen dat [verzoeker] bekend is met moeilijk te reguleren suikerziekte (diabetes mellitus type II). Hij is onder controle van mij als huisarts en mijn diabetes verpleegkundige. Hij wordt behandeld met insuline. Hij heeft regelmatig lage suikers (hypoglycaemie) waarbij hij zijn bewustzijn verliest. Hij woont alleen en is status na onderbeensamputatie links. (...)"
- 4.3. Verzoeker lijdt aan hypertensie, diabetes en psoriasis. Bovendien wordt hij steeds vergeetachtiger en dit kan volgens de huisarts wijzen op dementie. Daarbij heeft verzoeker psychische problemen en slechts één been. Zijn dochter helpt hem dagelijks met in en uit bed komen, douchen, aan- en uitkleden, medicatie aanreiken en buiten wandelen. Daarnaast kookt zij voor hem en zalft zij verzoeker in het kader van de behandeling van psoriasis twee tot drie keer per dag. Zijn dochter moet verzoeker onmiddellijk zalven wanneer de schilfers heel dik worden of de psoriasis ondraaglijk jeukt. Deze jeuk kan verzoeker ieder moment krijgen en is daarmee onvoorspelbaar. Daarbij heeft verzoeker regelmatig diarree en moet hij vaak overgeven. In dergelijke gevallen belt verzoeker zijn dochter die vervolgens naar hem toegaat. Zij doet verzoeker schone kleren aan, wast of doucht hem indien nodig, en ruimt het braaksel op. Verder belt zijn dochter hem een aantal keren per dag om na te gaan of het goed gaat met verzoeker. De dochter heeft verzoeker al tweemaal in zijn woning op de vloer aangetroffen, als gevolg van een hypo, nadat hij zijn telefoon niet beantwoordde. Verzoeker heeft niet door wanneer zijn bloedsuikerspiegel daalt waardoor hij dergelijke hypo's krijgt. Omdat de dochter verzoeker door en door kent, hoort zij aan zijn stem en de snelheid waarmee hij praat wanneer iets niet in orde is. Bij (een vermoeden van) onraad gaat zij naar hem toe en controleert zij zijn bloedsuikerspiegel. Zijn dochter belt verzoeker niet alleen voor zijn gezondheid, maar ook voor zijn algemene veiligheid. Zo is recent bijna brand ontstaan toen verzoeker de koffiekkan op het gasfornuis had gezet. Ook belt verzoeker zijn dochter 's nachts wanneer hij als gevolg van psychische klachten angstig is. Zij gaat dan bij hem langs en gaat weg als hij is gerustgesteld. Gelet op het voorgaande is, in tegenstelling tot wat de ziektekostenverzekeraar stelt, sprake van een medische noodzaak voor 24 uur per dag direct beschikbare hulp, zorg op wisselende tijdstippen en niet planbare zorg.
- 4.4. Het PGB vv stelt verzoeker in staat de zorg die hij van zijn dochter krijgt te behouden. Zij is de enige die zorg op maat kan leveren, en hem de veiligheid die hij zo hard nodig heeft, kan bieden.

Verzoeker laat anderen dan zijn dochter niet toe om hem de zorg te geven die hij nodig heeft, zoals het zalven. Verzoeker schaamt zich in het bijzonder voor de psoriasis op zijn rug en rond zijn geslachtsdeel en ervaart het als vernederend wanneer hij door een ander dan zijn dochter zou worden ingesmeerd. Voorts wil verzoeker door zijn dochter worden verzorgd, omdat zij zijn taal spreekt en beiden dezelfde cultuur delen. Verzoeker is de Nederlandse taal namelijk niet goed machtig. Bovendien vertrouwt verzoeker geen vreemden. Gelet op het voorgaande is de verzorging door zijn dochter van essentieel belang. Door het wegvallen van het PGB vv kan zij echter niet meer zo vaak langskomen. Als gevolg hiervan voelt verzoeker zich in de steek gelaten en depressief. Voorheen kon de schoonzoon van verzoeker dankzij de inkomsten uit het PGB vv minder werken, zodat de dochter van verzoeker hem kon verzorgen. Dit is financieel niet meer haalbaar. De dochter van verzoeker moet samen met haar man drie kinderen onderhouden en voldoende inkomsten genereren.

Als gevolg van de veranderingen door het wegvallen van het PGB vv is verzoeker emotioneel zeer instabiel en gaat hij hard achteruit. De emoties en spanningen verhogen bovendien de kans op een hypo. Het voorgaande pleit voor een zo spoedig mogelijk herstel van de oude situatie.

- 4.5. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar zijn bezwaren en klachten onvoldoende heeft meegewogen. De ziektekostenverzekeraar is in zijn beslissing en heroverwegingen niet ingegaan op de door verzoeker aangedragen argumenten inzake de psoriasis, de vergeetachtigheid, de psychische problemen en het feit dat hij regelmatig diarree heeft of moet overgeven met alle gevolgen voor de zorgverlening van dien. Daarnaast is de bij de brief van 15 maart 2016 gevoegde telefoonnotitie ten aanzien van een alarminstallatie foutief. In de telefoonnotitie staat dat de dochter van verzoeker een alarminstallatie zou aanvragen ten behoeve van verzoeker, zodat hij alarm kan slaan bij een hypo. Dit is echter niet juist. Een alarmsysteem heeft in zijn geval geen enkel nut, omdat verzoeker moeite heeft met het herkennen van een dalende bloedsuikerspiegel en dientengevolge geen alarmsysteem kan activeren. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar, op grond van de brief van verzoeker gedateerd 21 april 2016, gesteld dat sprake lijkt te zijn van een noodzaak voor 24-uurs toezicht. Verzoeker heeft echter nooit beweerd dat sprake is van een noodzaak voor 24-uurs toezicht, maar aangevoerd dat de zorg 24 uur per dag op afroep beschikbaar moet zijn. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (hierna: CIZ) heeft de aanvraag van verzoeker voor een indicatie op grond van de Wet langdurige zorg (verder: Wlz) zoals verwacht afgewezen, omdat geen noodzaak bestaat voor 24-uurs zorg in de nabijheid van verzoeker. Het voorgaande dient ertoe te leiden dat verzoeker alsnog een PGB vv krijgt toegekend, alsmede dat de gemaakte proceskosten worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar dient te worden veroordeeld in de - niet nader gespecificeerde - kosten van het proces, zowel tijdens de herbeoordelingsfase als de klachtfase.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar aan hem een PGB vv heeft toegekend voor het jaar 2017. Waarom dit PGB vv werd toegekend, is verzoeker niet duidelijk. Voorts kan verzoeker op de momenten waarop hij als gevolg van een lage bloedsuikerspiegel zijn bewustzijn verliest geen personenalarmering gebruiken.
- 4.7. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut voert verzoeker aan dat uit dit advies blijkt dat zijn medische situatie nog steeds niet helder is. Niet kan worden vastgesteld welk medisch beleid de huisarts heeft ingezet ter voorkoming van hypo's en of de situatie blijvend of tijdelijk is. Om die reden vraagt verzoeker de commissie hiernaar een onafhankelijk medisch onderzoek in te stellen. Verzoeker merkt verder op dat uit de verklaring van de huisarts blijkt dat zijn gezondheidssituatie blijvend van aard is.
- 4.8. Bij brief van 12 oktober 2017 heeft verzoeker de commissie medegedeeld dat de inspanningen die hij moet leveren voor het verkrijgen van de gevraagde stukken te zwaar zijn. Dit vanwege de klachten die verzoeker heeft. Verzoeker kan het niet opbrengen de procedure bij de commissie voort te zetten en wenst het verzoek in te trekken.
- 4.9. 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 hij voldoet aan de voorwaarden van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar, te weten:
- de verzekerde heeft vaak (meer dan drie keer 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. 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;
  - 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. Verzoeker heeft een indicatie voor Persoonlijke Verzorging en Verpleging van totaal 11 uren en 40 minuten per week. Hij heeft hulp nodig bij het aan- en uitkleden, het douchen, het zalven en het toedienen van insuline. Uit de bij de ziektekostenverzekeraar beschikbare gegevens blijkt dat verzoeker niet vaak zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of meerdere locaties. Verder heeft de indicierend wijkverpleegkundige in een gesprek met de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat voornoemde zorg planbaar is en kan worden geleverd door een gecontracteerde thuiszorgaanbieder. Tevens heeft de indicierend wijkverpleegkundige aan de ziektekostenverzekeraar onbevestigd gelaten dat kan worden gesproken van een medische noodzaak voor een vaste zorgaanbieder. De invoelbare wens van verzoeker om in verband met zijn taal- en cultuurproblemen door zijn dochter te worden verzorgd, vormt op zich geen medische noodzaak. Bovendien kan in het onderhavige geval niet worden gesproken van een medische noodzaak voor 24 uur per dag direct beschikbare zorg. Gelet op de bij de ziektekostenverzekeraar voorhanden informatie voelt verzoeker hypo's niet aankomen en schakelt hij geen hulp in op het moment dat hij zich niet goed voelt. Zijn dochter belt verzoeker daarom meerdere malen per dag, en zodra hij zijn telefoon niet beantwoordt, bestaat bij haar het vermoeden dat hij een hypo heeft, en bezoekt zij verzoeker. Het voorgaande impliceert dat verzoeker afhankelijk is van 24-uurs toezicht. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker daarom verwezen naar het CIZ voor een indicatie voor zorg op grond van de Wlz. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker bij brief van 30 juni 2016 een overbruggingsbudget toegekend voor de periode van 1 januari 2016 tot en met 10 augustus 2016, zodat verzoeker bij het CIZ een aanvraag kon indienen voor zorg op grond van de Wlz. Het totale overbruggingsbudget bedraagt op basis van de indicatie van 2015 € 8.924,40. Verzoeker heeft nadien gesteld dat zijn aanvraag door het CIZ is afgewezen, omdat volgens dit indicatieorgaan geen sprake zou zijn van een 24-uurs noodzaak voor zorg in de nabijheid. Verzoeker heeft ondanks herhaalde verzoeken hiertoe van de ziektekostenverzekeraar voornoemde afwijzing niet overgelegd en derhalve bestaat geen duidelijkheid over de afwijzing door het CIZ. Het is voor de ziektekostenverzekeraar onduidelijk waarom het CIZ aangeeft dat verzoeker geen 24-uurs zorg in de nabijheid nodig heeft. Indien sprake is van een afwijzing, handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzing voor het PGB vv voor het jaar 2016, omdat het aannemelijk is dat geen 24-uurs zorg in de nabijheid noodzakelijk is, en de geïndiceerde zorg door een gecontracteerde thuiszorgaanbieder kan worden geleverd. Een medewerker van een gecontracteerde thuiszorgorganisatie kan immers reageren op het alarm in geval van een sporadische hypo, indien verzoeker persoonsalarmering aanschafft en deze adequaat gebruikt. Verzoeker voldoet, gelet op hetgeen door de ziektekostenverzekeraar naar voren is gebracht, niet aan artikel 3, vierde lid, van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar
- 5.3. Ten aanzien van de door de dochter van verzoeker gestelde psychische problematiek en vergeetachtigheid merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het bestaan hiervan niet is bevestigd door een medische diagnose. De door verzoeker aangedragen argumenten aangaande de psoriasis, de terugkerende diarree en het overgeven veranderen de beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet. De zorg die noodzakelijk is in verband met de psoriasis, de

terugkerende diarree en het overgeven, vormt immers geen onderdeel van de indicatie. Pas wanneer een zorgmoment onderdeel is van de indicatie kan worden gekeken naar de vraag of deze zorgmomenten planbaar van aard zijn of niet. Verzoeker heeft gelet op de indicatie wel zorg nodig en kan aanspraak maken op deze zorg in natura.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat aan verzoeker een PGB vv voor het jaar 2017 is toegekend in verband met de gewijzigde voorwaarden voor aanspraak op een PGB vv vanaf 1 januari 2017. Onder meer is vanaf deze datum niet langer vereist dat de zorg onplanbaar is.

5.5. Bij e-mailbericht van 16 oktober 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat hij niet instemt met intrekking van het verzoek van verzoeker, waarbij hij de commissie heeft gevraagd de procedure voort te zetten en een bindend advies uit te brengen.

5.6. 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 verzoeker het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, en de door hem 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 cliëntsysteem en casemanagement. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop.*

(...)

### **Persoonsgebonden budget (pgb)**

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

### **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:

#### **"Artikel 2 Doelgroep 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.

4. U op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

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, voor zover hier van belang:

#### **"Artikel 3 Toegang tot het pgb verpleging en verzorging**

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

1. U bent 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 [u] behoort tot een van de doelgroepen zoals beschreven in artikel 2. Voor Intensieve Kindzorg moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.

(...)

3. U moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgaanbieder(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 verpleging en verzorging, dan mag de indicatie maar door één zorgaanbieder 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 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 (in het geval van Intensieve Kindzorg of PTZ);
- er een noodzaak is voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, 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 zijn 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 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 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. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker voldoet aan de voorwaarden van artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar. De commissie zal zich bij de beoordeling daarom beperken tot de vraag of tevens is voldaan aan het bepaalde in artikel 3 van genoemd reglement.
- 9.3. De zorg die verzoeker ontvangt, bestaat - gelet op het zorgplan - uit hulp bij het wassen van kleding, het douchen, het aan- en uitkleden, het controleren van de bloedsuikerspiegel en het toedienen van insuline, het zalven, het aanreiken van medicatie, het bereiden van de maaltijden, en hulp bij wandelingen buitenshuis. Voor zover het de bereiding van de maaltijden, hulp bij het wassen van kleding en bij wandelingen buitenshuis betreft, geldt dat deze activiteiten niet zijn aan te merken als Persoonlijke Verzorging en Verpleging die ten laste van de zorgverzekering kunnen worden vergoed. Voor het overige betreft het naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden gepland. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Uit het gesprek tussen de ziektekostenverzekeraar en de indicierend verpleegkundige blijkt dat af en toe hulp nodig is buiten de geplande zorgmomenten. Deze extra zorgmomenten kunnen, blijkens het zorgplan van 30 november 2015 en de notitie van het telefoongesprek tussen de ziektekostenverzekeraar en de indicierend verpleegkundige, ook via

een thuiszorgorganisatie op afroep beschikbaar worden gesteld en zijn om die reden planbaar. Het gaat voorts naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn, mede gezien de indicatie van totaal 11 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging en Verpleging per week die door de wijkverpleegkundige is gesteld. Dat de dochter van verzoeker 24 uur per dag op afroep beschikbaar is en verzoeker deze beschikbaarheid benut, maakt het oordeel niet anders. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker vanwege zijn schaamtegevoelens, de taalbarrière en de culturele verschillen er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van een vaste zorgverlener, te weten zijn dochter, betekent dit niet dat een thuiszorginstelling de zorg niet aan verzoeker kan verlenen en hierbij rekening kan houden met zijn wensen en problematiek.

9.4. Met betrekking tot de hulp vanwege de regelmatige diarree en het overgeven, alsmede de psychische problematiek en de vergeetachtigheid van verzoeker merkt de commissie op dat deze zorg niet door de wijkverpleegkundige is geïndiceerd en daarom niet bij de beoordeling kan worden betrokken. Ook het standpunt van verzoeker dat hij geen gebruik kan maken van personenalarmering, omdat hij als gevolg van een lage bloedsuikerspiegel regelmatig zijn bewustzijn verliest, kan de commissie om voornoemde reden niet in haar beoordeling betrekken. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd, met name ten aanzien van de emotionele instabiliteit als gevolg van het wegvallen van het PGB vv, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat de aanvraag van verzoeker voor een PGB vv ten laste van de zorgverzekering terecht is afgewezen. Zoals door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht, gelden met ingang van 1 januari 2017 andere regels, waaraan verzoeker kennelijk voldoet, zodat hem voor 2017 wel een PGB vv is toegekend.

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

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

#### **Proceskostenvergoeding**

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

#### **Conclusie**

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 25 oktober 2017,

H.A.J. Kroon