



Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie  
Zaaknummer : 201701041  
Zittingsdatum : 22 november 2017



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10 en 11 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 B,  
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 VGZ 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 VGZ 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.

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 brieven van 28 juli 2016 en 28 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 27 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 29 mei 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog met terugwerkende kracht vanaf 1 juli 2016 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 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.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 9 oktober 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 oktober 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 oktober 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 25 oktober 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 11 oktober 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 24 oktober 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017046192) 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 stukken in het dossier, waaronder het begeleidend schrijven van de fysiotherapeut, niet blijkt dat de zorgvraag op medische gronden is onderbouwd. Op basis van de beschikbare informatie kan niet worden vastgesteld dat sprake is van een medische noodzaak voor het leveren van zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen of voor 24 uur zorg in de nabijheid of op afroep. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 30 oktober 2017 aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 november 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.9. Bij brief van 24 november 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 4 december 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster krijgt sinds ongeveer twee jaar zorg van haar dochter, schoonzoon en kleinkinderen. De zorg bestaat uit: hulp bij het douchen of het wassen, het aan- en uitkleden, de toiletgang, het in en uit bed stappen, de transfers, het huishouden, het halen van boodschappen, het eten en het doen van de was. Ook stimuleert de dochter van verzoekster haar te bewegen en begeleidt zij haar naar afspraken. Voornoemde zorg wordt geboden wanneer verzoekster hieraan behoefte heeft en in ieder geval dagelijks rond 07:00 uur, 09:30 uur, 17:00 uur en 21:00 uur. De dochter van verzoekster heeft geen ander werk, omdat de onderhavige zorg 24 uur per dag en 7 dagen in de week beschikbaar moet zijn.
- 4.2. Verzoekster heeft in het verleden bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor een PGB vv ingediend. Bij brief van 22 februari 2016 is deze aanvraag gedeeltelijk goedgekeurd, te weten voor de periode van 1 januari 2016 tot 1 juli 2016. Omdat verzoekster nog steeds beperkt is in de uitvoering van haar verzorging en in dit kader zorg wil ontvangen van de genoemde familieleden, heeft zij voor de periode vanaf 1 juli 2016 tweemaal een aanvraag voor een PGB vv ingediend. Het eerst ingediende 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' is gedateerd 23 juni 2016 en het tweede 5 september 2016. Hoewel verzoekster van mening is dat de ziektekostenverzekeraar beide verzoeken ten onrechte heeft afgewezen, ziet haar verzoek primair op de afwijzing van de tweede aanvraag.
- 4.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van 5 september 2016 het volgende over verzoekster verklaard: ***“Omschrijf het ziektebeeld van de verzekerde Knieklachten daar door verdwijnen kraakbeen, heeft nu een prothese. Veel pijn in het lichaam, door galstenen; wordt (...) geopereerd. Duizelingen wat nog niet bekend is wat de oorzaak is. Omschrijf de beperkingen als gevolg van het ziektebeeld van de verzekerde [verzoekster] kan niet zelfstandig in/uit bed komen daar ze haar benen niet op kan tillen en zich kan verplaatsen. Hier geeft een hoog/laagbed geen oplossing. Moeite met transfers ivm slechte knieën en duizeligheid. Omschrijf de zorgvraag van de verzekerde op het gebied van verzorging en verpleging Hulp bij in/uit bed gaan, hulp bij***

*toiletgang, hulp bij wassen + aankleden/uitkleden. **Omschrijf de gewenste resultaten/doelen die voortkomen uit de zorgvraag** Dat [verzoekster] dagelijks haar hulp krijgt en de situatie stabiel blijft. (...) **Omschrijf of verzekerde zorg nodig heeft** [Verzoekster] moet met regelmaat naar het toilet waar zij hulp bij nodig heeft en met verdere transfers. (...) **Wat is de gemiddelde zorgbehoefte verpleging, verzorging en MSVT per week** Persoonlijke Verzorging uren / minuten per week[:] zes uur. **Voor welke periode is deze zorg nodig** (...) Persoonlijke Verzorging 1-7-2016 [tot en met] 1-7-2018. (...)"*

- 4.4. Verzoekster is onder andere beperkt in het zelfstandig in en uit bed komen als gevolg van een in februari 2016 bij haar geplaatste knieprothese. Door deze ingreep, die de linker knie betrof, kan zij haar benen niet optillen en heeft zij moeite met het zich verplaatsen. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 22 februari 2016 aan verzoekster een PGB vv toegekend voor de periode van 1 januari 2016 tot 1 juli 2016 op de grond dat verzoekster zonder hulp niet in en uit bed kan komen. De zorg was hierdoor volgens hem niet planbaar. Verzoekster kan door voornoemde ingreep nog steeds niet zelfstandig in en uit bed komen, zodat het haar onduidelijk is waarom de zorg vanaf 1 juli 2016 wel planbaar zou zijn. Bovendien kan een aangepast bed de genoemde problemen niet ondervangen, zodat de ziektekostenverzekeraar haar niet kan tegenwerpen dat zij geen aangepast bed heeft geprobeerd. Dat een aangepast bed geen oplossing is, blijkt uit een ongedateerde brief van de indicierend wijkverpleegkundige, waarin deze vermeldt: *"Ik heb bij mw een indicatie gedaan en ook geoefend met haar op het bed om in en uit bed te komen, zij is een concreet geval waarbij absoluut hulp bij nodig is omdat ze haar benen niet kan buigen ivm een knie prothese. Omdat het geen verschil uit maakt of het een hoog of laag bed betreft heb ik niet geadviseerd een hooglaagbed aan te vragen, mede omdat hier ook kosten en energie bespaard kunnen worden."* Ook blijkt dit uit het door deze verpleegkundige ondertekende 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van 5 september 2016, waarin zij heeft verklaard dat een aangepast bed het probleem dat verzoekster niet zelfstandig in en uit bed kan komen, niet kan ondervangen. De beoordeling van de indicierend wijkverpleegkundige omtrent een aangepast bed is onafhankelijk, onpartijdig en vakkundig tot stand gekomen en derhalve betrouwbaar. Doordat de ziektekostenverzekeraar voorbij gaat aan deze beoordeling, handelt hij in strijd met zijn vaste beleid dat de indicatie van de indicierend wijkverpleegkundige bij de beoordeling van een aanvraag voor een PGB vv leidend is. Voorts merkt verzoekster op dat de ziektekostenverzekeraar voorbij gaat aan de complexiteit van de onderhavige zorgverlening.
- 4.5. Vanwege de duizeligheidsklachten, de knieprothese en de reële kans op flauwvallen is verzoekster voor het zich verplaatsen en voor het gaan liggen volledig afhankelijk van anderen. Met het oog op deze afhankelijkheid moet zij terstond worden geholpen bij een transfer, bijvoorbeeld naar het toilet, en bij het in en uit bed komen. Ook komt het met regelmaat voor dat verzoekster haar urine en ontlasting niet kan ophouden, met alle gevolgen van dien. Zij moet op dat moment terstond door een familielid worden gewassen en verschoond, omdat zij dit zelf niet kan. Tevens kan verzoekster op ieder moment flauwvallen. Voornoemde zorg is niet planbaar, omdat vooraf niet voorspelbaar is op welk moment verzoekster hieraan behoefte heeft. Dit kan zowel overdag als 's nachts voorkomen. Bovendien heeft de zorg gedeeltelijk een acuut karakter en daarom moet deze 24 uur per dag beschikbaar zijn. Voorts kan worden gesproken van een voldoende specifieke zorgverlening die moet worden uitgevoerd door een vaste hulpverlener. Verzoekster merkt hierbij op dat in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2016' niet wordt gesproken van een medische noodzaak voor een vaste zorgverlener.
- 4.6. Een gecontracteerde thuiszorgaanbieder kan verzoekster niet de zorg leveren die zij nodig heeft en is daarom ontoereikend. Een gecontracteerde zorgaanbieder levert in principe zorg op afgesproken zorgmomenten. Verzoekster heeft, gelet op het voorgaande, echter behoefte aan niet planbare zorg die terstond moet worden geleverd op het moment dat zij deze heeft. Zij merkt in dit verband op dat zij een personenalarmering niet effectief kan gebruiken door de pijn in haar polsen en duimpezen. Voor deze klachten is verzoekster, nadat een medicinale behandeling met injecties niet effectief bleek, in januari 2017 aan haar polsen geopereerd. Ter bevordering van haar mobiliteit heeft verzoekster een rollator en een wandelstok. Door de hoofd- en kniepijn, duizeligheid en pijn

en zwelling in haar polsen en duimpezen kan zij ook deze hulpmiddelen echter niet adequaat gebruiken.

- 4.7. Verzoekster bezocht in 2016 veelvuldig de huisarts, de fysiotherapeut en het ziekenhuis. Hieruit blijkt dat verzoekster vaak zorg nodig had op meerdere locaties. De frequentie van de bezoeken blijkt uit het door verzoekster overgelegde journaal van de huisarts en een afsprakenoverzicht van de fysiotherapeut. Onder meer zijn eind 2016 in het ziekenhuis galstenen uit het lichaam verwijderd. De galstenen veroorzaakten onder meer misselijkheid, pijn in haar hele lichaam en de eerder benoemde duizeligheid, het gevoel flauw te zullen vallen en het daadwerkelijk flauwvallen. Voorts merkt verzoekster op dat de behandelend ergotherapeut een huisbezoek heeft gebracht en op basis daarvan heeft beoordeeld dat een hoog-laagbed de problemen met betrekking tot het zelfstandig in en uit bed kunnen komen niet kan ondervangen. In de brief van de ergotherapeut van 28 september 2017 met betrekking tot de bevindingen bij het huisbezoek staat het volgende vermeldt: "(...) Bij deze adviseer ik een PGB te verstrekken (...)"
- 4.8. Verzoekster voldoet, alles in ogenschouw nemend, aan één of meer voorwaarden van artikel 3.4 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar en heeft daarom aanspraak op een PGB vv.
- 4.9. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat zij het advies van het Zorginstituut van 24 oktober 2017 "erg mager" vindt. Verzoekster heeft de indruk dat het Zorginstituut de door haar overgelegde brieven van de ergotherapeut niet heeft betrokken in zijn advies aan de commissie. Voorts geeft de ziektekostenverzekeraar volgens verzoekster een verkeerde invulling aan artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2016'. In dit verband is van belang dat verzoekster al ruim twee jaar wordt verzorgd door de eerder genoemde familieleden.
- 4.10. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoekster heeft in het verleden een aanvraag ingediend voor een PGB vv. Bij brief van 22 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar gedeeltelijk een PGB vv toegekend voor Persoonlijke Verzorging van 6,5 uren per week voor de periode van 1 januari 2016 tot 1 juli 2016. Met deze gedeeltelijke toekenning heeft de ziektekostenverzekeraar met verzoekster willen meedenken over haar situatie. De zorg die zij behoefde, was, gelet op haar problemen bij het in en het uit bed komen, immers destijds niet planbaar. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster in voornoemde brief medegedeeld dat de problemen bij het in en het uit bed komen wellicht konden worden ondervangen met een aangepast bed. Gedurende de periode waarvoor het PGB vv was toegekend, kon zij in samenspraak met 'de juiste partijen' onderzoeken of een aangepast bed inderdaad het probleem zou kunnen ondervangen. Ook blijkt uit de brief dat wanneer de problemen bij het in en het uit bed gaan met een aangepast bed kunnen worden ondervangen, sprake is van planbare zorg en verzoekster bij een aanvraag voor een PGB vv voor de periode vanaf 1 juli 2016 zou moeten onderbouwen, met bewijsstukken van een medisch specialist, waarom een aangepast bed geen oplossing biedt. Zij heeft vervolgens bij de ziektekostenverzekeraar tweemaal een PGB vv aangevraagd voor de periode vanaf 1 juli 2016. In beide aanvragen heeft verzoekster niet onderbouwd waarom een aangepast bed geen oplossing biedt en ontbreken de bewijsstukken van een medisch specialist waaruit dit zou moeten blijken. Bovendien blijkt dat verzoekster geen aangepast bed heeft geprobeerd en is zij niet bezocht door een ergotherapeut. Dat de wijkverpleegkundige die het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' van 5 september 2016 heeft ondertekend nadien in een ongedateerde verklaring heeft gemeld dat zij de meerwaarde van een hoog-laagbed niet inziet, neemt niet weg dat een ergotherapeut door zijn kennis en kunde het best kan beoordelen of een aangepast bed in de onderhavige situatie meerwaarde heeft.

- 5.2. Verzoekster heeft geen aanspraak op een PGB vv, omdat zij niet voldoet aan de voorwaarden van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar. Deze voorwaarden luiden:
- verzekerde heeft vaak zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties,
  - verzekerde heeft zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep,
  - verzekerde heeft zorg nodig die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep (in het geval van Intensieve Kindzorg of PTZ),
  - er is een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzekerde nodig heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
- Voorts voldoet verzoekster niet aan de voorwaarde dat zij langer dan één jaar op verpleging en/of verzorging moet zijn aangewezen.
- 5.3. Ten tijde van de onderhavige procedure heeft de ziektekostenverzekeraar nadere informatie van de behandelend fysiotherapeut en de behandelend ergotherapeut opgevraagd, waaruit zou moeten blijken dat verzoekster niet zelfstandig in en uit bed kan komen. Op 28 september 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar, na herhaald verzoek, het verslag van de behandelend fysiotherapeut van verzoekster ontvangen. Uit dit verslag blijkt dat verzoekster van 25 februari 2016 tot en met 12 januari 2017 fysiotherapie heeft ondergaan en dat zij vanaf 31 mei 2016 in staat was zelfstandig naar de fysiotherapiepraktijk te komen en de training op te starten. Voorts heeft de fysiotherapeut het volgende verklaard: *"Het behaalde resultaat was een uur trainen in de zaal bestaande uit[:] Loopband, home trainer, leg press, leg extensie, loop oefeningen, balans oefeningen aan het wandrek en op[-] en afstappen op de step. Uiteindelijk was [verzoekster] prima in staat haar ADL[-]act[iviteiten] veilig uit te voeren zonder hulpmiddelen en kan [verzoekster] dit zelfstandig voort zetten."* Gelet op het voorgaande, concludeert de ziektekostenverzekeraar dat de onderhavige zorg in ieder geval planbaar is en verpleging en verzorging wellicht niet meer noodzakelijk is. Bovendien blijkt dat verzoekster niet langer dan één jaar is aangewezen op verpleging en verzorging, omdat zij de algemene dagelijks levensverrichtingen (verder: ADL) in ieder geval vanaf 12 januari 2017 weer zelf kon uitvoeren. De in september 2016 bij haar uitgevoerde galblaasoperatie levert voorts geen zorgvraag voor verpleging en/of verzorging op van langer dan één jaar. Op 6 oktober 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar het verslag van de ergotherapeut ontvangen. Omdat de informatie van de fysiotherapeut duidelijk was en uit het verslag van de ergotherapeut blijkt dat de intake eerst op 28 september 2017 heeft plaatsgevonden, vindt de ziektekostenverzekeraar dit verslag voor de beoordeling van de situatie van verzoekster in 2016 niet relevant.
- 5.4. Voor alle zorg ten laste van de zorgverzekering geldt, gelet op artikel 1.2 van de verzekeringsvoorwaarden, dat hiervoor sprake moet zijn van een medisch noodzaak. Het standpunt van verzoekster dat weliswaar een noodzaak voor een vaste zorgaanbieder aan de orde moet zijn, maar niet per se een medische noodzaak, houdt derhalve geen stand.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat niet te veel de nadruk moet worden gelegd op de door hem betrokken stelling dat verzoekster niet langer dan één jaar is aangewezen op verpleging en/of verzorging, zoals bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2016'. De aanvraag van verzoekster van een PGB vv is door de ziektekostenverzekeraar primair afgewezen, omdat de zorg volgens hem planbaar is en niet is gebleken dat de zorg op wisselende tijdstippen of meerdere locaties noodzakelijk is.
- 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 het PGB vv alsnog met terugwerkende kracht vanaf 1 juli 2016 aan verzoekster 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 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:

*"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.*

*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:

*"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 behoort u tot een van de doelgroepen 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 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 2.9 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 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 onderhavige 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 ziektekostenverzekeraar heeft, onder verwijzing naar artikelen 2 en 3 van het 'Reglement PGB vv 2016', aangevoerd dat verzoekster niet aan de gestelde voorwaarden voldoet, aangezien uit de door haar overgelegde verklaring van de behandelend fysiotherapeut blijkt dat zij vanaf 31 mei 2016 zelfstandig naar de praktijk kon komen en in ieder geval vanaf 12 januari 2017 weer ADL-zelfredzaam was. Na de in september 2016 bij haar uitgevoerde galblaasoperatie was verzoekster niet ten minste één jaar op verpleging en/of verzorging aangewezen. Verzoekster heeft dit bestreden, waarbij zij heeft verwezen naar eerder ingediende aanvragen en zij heeft aangevoerd dat haar situatie na 30 juni 2016 niet anders was dan daarvoor. Voorts blijkt uit een ongedateerde verklaring van de wijkverpleegkundige dat een aangepast bed in de situatie van verzoekster geen uitkomst biedt. De commissie overweegt ten aanzien hiervan het volgende.  
Verzoekster heeft aanspraak gemaakt op een PGB vv met ingangsdatum 1 juli 2016. De commissie overweegt dat aan verzoekster, bij brief van 22 februari 2016, een gedeeltelijke goedkeuring is verleend voor een periode van zes maanden. Bij die gelegenheid is toegelicht dat de zorg niet planbaar was en dat dit mogelijk zou kunnen worden opgelost door gebruik van een aangepast bed. Nadrukkelijk is bepaald dat de zes maanden moesten worden benut om contact op te nemen met de juiste partijen om na te gaan of een aangepast bed een oplossing is voor de onplanbare zorg. Niet gebleken is dat vóór 1 juli 2016 een ergotherapeut is ingeschakeld om een en ander te onderzoeken. De verklaring van de wijkverpleegkundige, waarin wordt gesteld dat het in en uit bed gaan met verzoekster is geoefend en dat een hoog-laagbed in haar geval geen uitkomst biedt, is in dit verband niet toereikend, aangezien deze laatste vaststelling niet op haar deskundigheidsgebied ligt. De commissie concludeert dat aldus niet is komen vast te staan dat verzoekster geen gebruik kon maken van een aangepast bed. Het niet planbaar zijn van de zorg is daarom een gevolg van het ontbreken van een adequaat hulpmiddel, zodat niet is voldaan aan het gestelde in artikel 3, vierde lid, van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar. Ook aan de andere voorwaarden is niet voldaan. Zo is de zorg niet nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties; hoeft de zorg niet 24-uur per dag beschikbaar te zijn in de nabijheid of op afroep, en is er geen noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Om die reden komt zij niet in aanmerking voor een



voortgezet PGB vv. Na de galblaasoperatie is mogelijk een nieuwe situatie ontstaan. Ten aanzien van deze indicatie overweegt de commissie dat sprake was van een tijdelijke situatie, in die zin dat verzoekster - vanwege de gevolgen van de ingreep - niet ten minste één jaar was aangewezen op verpleging en/of verzorging zoals artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar als voorwaarde stelt. Ten aanzien van de zorg die verzoekster ontvangt bij het inkopen van voedsel, het bereiden van maaltijden, het gaan naar afspraken met zorgverleners dan wel anderen en het doen van de was merkt de commissie op dat deze zorg niet valt onder Persoonlijke Verzorging dan wel Verpleging die vanuit het PGB vv kan worden vergoed.




9.3. Nu is vastgesteld dat verzoekster - als het gaat om de zorgverlening na de galblaasoperatie - niet valt binnen doelgroep als opgenomen in artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar, behoeft de vraag of wordt voldaan aan de voorwaarden uit artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar geen nadere bespreking.



9.4. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst.




**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**




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




**Conclusie**



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




10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 december 2017,



J.A.M. Strens-Meulemeester