



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Avéro Achmea
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te
Zeist

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

Zaaknummer : 201601654

Zittingsdatum : 6 december 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

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

1. Partijen

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

- 1) Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk 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 het Select Zorg Plan (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 Royaal 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). De eveneens ten behoeve van verzoekster afgesloten aanvullende verzekeringen T Start en NS Aanvullend pakket zijn niet in geschil en blijven 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 toekenning van een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging voor de periode van 1 augustus 2015 tot en met 31 december 2015 (hierna: PGB vv). Bij brief van 16 juli 2015 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 22 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat verzoekster op 23 februari 2017 is uitgenodigd voor een gesprek op het kantoor van de ziektekostenverzekeraar. Het gesprek heeft evenwel niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 30 juni 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is (i) haar over de periode van 1 augustus 2015 tot en met 31 december 2015 alsnog een PGB vv toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering alsmede (ii) de door haar gemaakte proceskosten te vergoeden (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 16 oktober 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 oktober 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 27 oktober 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 november 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch 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 23 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 23 november 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017047749) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van de beschikbare informatie niet kan worden vastgesteld dat sprake is van een medische noodzaak voor het leveren van zorg op ongebruikelijke of wisselende tijdstippen of voor 24 uur zorg in de nabijheid of op afroep. De zorgvraag van verzoekster heeft enkel betrekking op planbare zorg en is niet dusdanig specifiek dat deze slechts door een vaste hulpverlener geleverd zou kunnen worden. Mocht echter aanvullende informatie aanwezig zijn waaruit blijkt dat sprake is van een medische noodzaak voor het bovenstaande, dan dient deze informatie aan het dossier te worden toegevoegd. In dat geval zal de medisch adviseur het dossier opnieuw beoordelen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 23 november 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 december 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 8 december 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 13 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 heeft op jonge leeftijd een CVA gehad. Als gevolg hiervan is haar gezichtsvermogen verminderd hetgeen haar in het dagelijks leven veel hinder oplevert. Daarnaast is bij verzoekster ten gevolge van het CVA niet-aangeboren hersenletsel (NHA) ontstaan, waarvan zij onder andere de volgende klachten ondervindt: overprikkeling, evenwichtsstoornissen, afasie, moeite met dingen organiseren en het verwerken en onthouden van informatie. Vanwege de evenwichtsstoornissen en een instabiel rechterbeen, bestaat bij verzoekster een verhoogd risico op vallen. Voorts is verzoekster bekend met de ziekte van Raynaud, is zij geopereerd aan een hernia, heeft zij last van astma - gecompliceerd door bronchiëctasieën en COPD - , en voelt verzoekster zich chronisch vermoeid. Ter onderbouwing van voornoemd ziektebeeld wordt verwezen naar diverse bescheiden, waaronder rapportages van deskundigen en verklaringen van de behandelend medisch specialisten.
- 4.2. Verzoekster is vanwege voornoemde aandoeningen aangewezen op verzorging, verpleging, begeleiding en controle. Zij ontvangt sinds 2011 een PGB waarmee zij haar vaste en voor haar vertrouwde zorgverlener, te weten haar echtgenoot, een vergoeding betaalt. De zorg die verzoekster ontvangt bestaat uit wondverzorging, hulp bij het douchen en wassen, ondersteuning

bij de toiletgang - zowel overdag als 's nachts -, hulp bij het aan- en uitkleden, het toedienen van medicatie, het bereiden van maaltijden en gezichtsverzorging. Verzoekster verwijst in dit verband naar een verklaring van haar echtgenoot waarin hij beschrijft hoe een dag doorgaans verloopt.

- 4.3. Omdat de bestaande indicatie voor een PGB vv per 31 juli 2015 eindigde, heeft een door de ziektekostenverzekeraar ingeschakelde verpleegkundige op 10 april 2015 een anamnese en verpleegkundig onderzoek bij verzoekster verricht. De verpleegkundige heeft een nieuwe indicatie gesteld van negentien uren Persoonlijke Verzorging per week en op 20 april 2015 is de aanvraag voor een PGB vv met ingang van 1 augustus 2015 bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Uit de bevindingen van de verpleegkundige blijkt dat verzoekster een structurele zorgbehoefte heeft en dat zij is aangewezen op zorg die 24 uur per dag in de nabijheid beschikbaar dient te zijn. Tevens blijkt uit de aanvraag dat de zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen plaatsvindt en dat, gezien de aard van de problematiek, de zorg niet door een reguliere zorginstelling kan worden geleverd. De ziektekostenverzekeraar gaat in zijn afwijzende beslissing op de aanvraag voor een PGB vv met ingang van 1 augustus 2015 volledig voorbij aan de bevindingen van de verpleegkundige, en hij heeft - voor zover bij verzoekster bekend - ook geen contact met de verpleegkundige opgenomen. Dit is in strijd met artikel 4 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar, waarin is bepaald dat bij de beoordeling van de aanvraag dient te worden uitgegaan van de indicatie van de verpleegkundige. De ziektekostenverzekeraar heeft niet gemotiveerd waarom hij de indicatie heeft genegeerd. Verzoekster merkt op dat de beoordeling van de indicerende verpleegkundige juist is, aangezien een wijkverpleegkundige die ten behoeve van een aanvraag voor een PGB vv met ingang van 1 januari 2017 bij de huidige zorgverzekeraar van verzoekster een indicatie heeft gesteld, ook heeft geconstateerd dat zij zorg nodig heeft op wisselende tijden en op afroep - en die dus niet planbaar is - en dat er een noodzaak bestaat voor een vaste zorgverlener vanwege specifieke zorgverlening en voor 24 uur per dag zorg in de nabijheid. De ziektekostenverzekeraar heeft dan ook ten onrechte geconcludeerd dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden van artikel 3 van genoemd reglement. Verzoekster merkt verder op dat de eerste afwijzing slechts is gebaseerd op de bij het aanvraagformulier overgelegde stukken en op telefoongesprekken met verzoekster en degene die haar helpt met administratieve zaken. Er heeft geen 'bewust keuze gesprek' plaatsgevonden en evenmin is nader (medisch) onderzoek verricht.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar stelt ten onrechte dat sprake is van mantelzorg en mocht hiervan al sprake zijn, dan is dit gezien het reglement geen grond om de aanvraag voor een PGB vv af te wijzen. Verzoekster voert verder aan dat haar gezondheidssituatie niet is verbeterd sinds het moment waarop zij voor het eerst een PGB heeft ontvangen. Dit was in 2011 en daarna telkens aansluitend. Het is haar daarom niet duidelijk waarom de aanvraag voor een PGB vv nu wordt afgewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft dit naar haar mening onvoldoende gemotiveerd.
- 4.5. Verzoekster merkt verder op dat zij een aanvraag heeft ingediend voor zorg op grond van de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz). Bij uitspraak van 12 december 2016 heeft de rechtbank deze aanvraag afgewezen.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster opgemerkt dat het 'huffen' (kloppen op borst en rug) dat de echtgenoot van verzoekster moet doen om te zorgen dat zij niet stikt, niet planbaar is. Hetzelfde geldt voor het toiletbezoek. Zij zakt door haar benen en heeft daarom begeleiding nodig. Het gaat om speciale omstandigheden in de persoon zelf en de sociale context. Onduidelijk is of het Zorginstituut de NHA-problematiek in het advies heeft betrokken. Vanwege deze problematiek kan verzoekster onvoorspelbaar reageren, kan zij niet goed tegen veranderingen en heeft zij structuur nodig. Alles dat vreemd is, zorgt voor onrust en verwardheid.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De aanspraak op verpleging en verzorging is per 1 januari 2015 geregeld in artikel 28 van de zorgverzekering. Genoemd artikel bepaalt dat het voor sommige doelgroepen mogelijk is een PGB vv aan te vragen. De voorwaarden voor toekenning van een PGB vv zijn nader uitgewerkt in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar. Artikel 3 van het reglement bepaalt dat de zorgvraag dient aan te sluiten bij een of meer van de volgende voorwaarden:
- de verzekerde heeft vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
 - de verzekerde heeft zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. 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 zorgverleners door de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
- 5.2. Het is juist dat de wijkverpleegkundige de indicatie stelt. Echter, de ziektekostenverzekeraar bepaalt of wordt voldaan aan de voorwaarden voor het toekennen van een PGB vv. Uit het aanvraagformulier van 20 april 2015 blijkt dat de wijkverpleegkundige 19 uren per week Persoonlijke Verzorging heeft geïndiceerd. Naar aanleiding van de aanvraag is aanvullende informatie bij verzoekster opgevraagd, welke informatie vervolgens is toegestuurd. De zorgvraag van verzoekster is als volgt omschreven: *"Gezien de aard van de problematiek heeft mevr. 24 [uur] per dag toezicht en zorg nodig. Dit kan niet geleverd worden door een reguliere zorginstelling."* De zorgvraag van verzoekster voldoet niet aan de voorwaarden van artikel 3 van het reglement. Het is voor de zorg die verzoekster ontvangt - te weten kleine verzorgingstaken, hulp bij het douchen en bij de toiletgang, hulp bij transfers en het verplaatsen buitenshuis - niet noodzakelijk dat deze op wisselende en/of ongebruikelijke tijdstippen wordt verleend. De zorg is planbaar. Bovendien bestaat een deel van de zorg die verzoekster ontvangt uit mantelzorg. Daarbij gaat het om door naasten verleende langdurige zorg die onbetaald is. Voorts bestaat geen medische noodzaak voor zorg die 24 uur per dag beschikbaar moet zijn. Verzoekster stelt dat zij sinds 2011 de zorg van haar partner ontvangt, en dat dit haar een fijn en vertrouwd gevoel geeft. Dit betekent echter niet dat een noodzaak bestaat voor een vaste zorgverlener vanwege specifieke zorgverlening of het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Ter onderbouwing verwijst de ziektekostenverzekeraar naar twee adviezen van de commissie, te weten van 11 mei 2016, zaaknummer 201502774, en 16 augustus 2017, zaaknummer 20102527.
- 5.3. Naar aanleiding van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen is verzoekster met haar echtgenoot en de persoon die haar helpt bij administratieve zaken, op 23 februari 2017 op gesprek geweest bij de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek is aan verzoekster gevraagd toe te lichten waarom zij naar haar mening (alsnog) in aanmerking moet komen voor een PGB vv voor de periode van 1 augustus 2015 tot en met 31 december 2015, of haar door haar huidige zorgverzekeraar een PGB vv is toegekend, hoe de vakantiedagen zijn georganiseerd en is navraag gedaan naar de sportactiviteiten van verzoekster. Zij heeft verklaard snel moe te zijn en last te hebben van immobiliteit zodat zij voortdurend moet worden ondersteund door haar echtgenoot. Ook is toegelicht dat verzoekster regelmatig last heeft van haar huid. Verder heeft verzoekster medegedeeld dat door haar huidige zorgverzekeraar (nog) geen PGB vv is toegekend, maar dat de aanvraag hiervoor loopt. Met betrekking tot de sportactiviteiten en de vakantiedagen is verklaard dat verzoekster thuis sport en dat zij jaarlijks naar het zelfde vakantieadres in Spanje gaat. De medische situatie van verzoekster vormt geen beletsel om op vakantie te gaan. Uit de tijdens het gesprek door verzoekster verstrekte informatie is niet gebleken dat zij wél voldoet aan de voorwaarden voor het toekennen van een PGB vv. Verzoekster heeft aanspraak op zorg in natura die aan haar kan worden verleend door een zorgverlener werkzaam bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de zorg die aan verzoekster moet worden geleverd, in zijn aard planbaar is. Over toiletgang bestaan bindende adviezen van de commissie. Hieruit volgt dat het moet gaan om een schrijnende situatie waarbij incontinentiemateriaal onvoldoende is. Uit het aanvraagformulier blijkt voorts niet dat mevrouw door haar benen zakt. Bovendien kan een beroep worden gedaan op mantelzorg, zodat dit niet wordt meegenomen in de beoordeling. Ten aanzien van de NHA-problematiek beroept de ziektekostenverzekeraar zich op bindend advies met nummer 201601713. Het Zorginstituut heeft in die kwestie medegedeeld dat de NHA-problematiek geen reden vormt voor een PGB vv.

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 18.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering, welk artikel blijkens de inleiding van de algemene voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering van overeenkomstige toepassing is op die verzekering, 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 is gehouden (i) aan verzoekster alsnog een PGB vv toe te kennen voor de periode van 1 augustus 2015 tot en met 31 december 2015, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering alsmede (ii) 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 1 tot en met 39 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 28 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"In artikel 16, 17, en 29 van de 'Aanspraken Select Zorg Plan' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving aanspraak op verpleging en verzorging. U heeft aanspraak op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.(...)"

Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (PGB) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Achmea Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons aanvragen. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor aanspraak

Een wijkverpleegkundige (niveau 5) moet een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Dit wordt samen met u uitgewerkt in een zorgplan. In het zorgplan wordt onder andere een onderverdeling vastgesteld in het aantal uur verzorging en aantal uur verpleging."

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb vv.

U komt in aanmerking voor het pgb vv als:

(...)

2) U langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. Hierbij zijn de functiebeperkingen niet veroorzaakt door normale verouderingsprocessen.

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger (ouder, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in contracten afsluiten met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten;*
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw wettelijk vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap;*
- dat u in staat bent de zorgverleners 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 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Om voor een pgb vv in aanmerking te komen:

1) Heeft u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden nodig én

2) Moet u behoren tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én

3) Moet u er bewust voor kiezen om geen gebruik te maken van zorgverleners die door ons zijn gecontracteerd. Met dit pgb vv kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb vv.

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

- u hebt vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;*
- u hebt zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;*
- u hebt zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;*
- er is een noodzaak voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."*

8.6. Artikel 4 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

4.6 Wij beoordelen uw pgb vv aanvraag op basis van het volledig ingevulde aanvraagformulier.

Eventueel kunt u worden uitgenodigd voor een "bewust keuze gesprek". U kunt dan in een persoonlijk gesprek uw pgb vv aanvraag toelichten en wij kunnen u informeren wat de keuze voor een pgb vv voor u betekent. Vervolgens nemen wij een beslissing.

(...)

4.7 U krijgt geen pgb vv als u:

- niet behoort tot de doelgroep, zoals beschreven in artikel 2;*
- niet voldoet aan de specifieke criteria, zoals genoemd in artikel 3;*

(...)

4.8 Toekennen pgb vv

• Uw aanvraag voor een pgb vv wordt beoordeeld aan de hand van de pgb-aanvraagformulieren-set en eventueel een "bewust keuze gesprek". Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden van dit Reglement, krijgt u toestemming voor een pgb vv."

8.7. Artikel 28 van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3 en 4 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1.1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.8. 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.

8.9. 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 verzoekster behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar. Rest de vraag of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt. Hiertoe overweegt de commissie als volgt.

9.3. De zorg die verzoekster ten tijde van de aanvraag in 2015 ontving, bestond uit het begeleiden naar het toilet, het toedienen van medicatie, ondersteuning bij het zich binnens- en buitenshuis verplaatsen, hulp bij douchen en bij het wassen van het lichaam en het gezicht en hulp bij het aankleden. Voorts worden haar wonden verzorgd en worden de maaltijden voor haar bereid. Ten aanzien van de ondersteuning bij het zich binnens- en buitenshuis verplaatsen en het bereiden van maaltijden geldt dat dit geen verzekerde zorg is die ten laste van de zorgverzekering kan worden gebracht. De overige zorg betreft 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.

Het gaat voorts naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn.

Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener door de specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van haar echtgenoot, betekent dit niet dat formele zorgverleners haar de noodzakelijke verzekerde zorg niet kunnen verlenen, daarbij rekening houdend met haar problematiek en de gevolgen hiervan.

- 9.4. Met betrekking tot het door verzoekster gestelde aangaande de problemen die kunnen ontstaan bij 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 dit geval vormt het toiletbezoek weliswaar onderdeel van de indicatiestelling, maar is niet gebleken van voornoemde bijzondere omstandigheden, zodat niet kan worden gesproken van niet-planbare zorg. Uit het overgelegde zorgplan blijkt dat verzoekster ondersteuning ontvangt van een mantelzorger, te weten haar echtgenoot, die haar bij de toiletbezoeken eventueel kan bijstaan. Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op een PGB vv voor de periode van 1 augustus tot en met 31 december 2015, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.5. Voor zover verzoekster stelt dat de beoordeling van de aanvraag onzorgvuldig is geweest omdat geen bewust keuze gesprek heeft plaatsgevonden, geldt dat het op grond van artikel 4 van het toepasselijke reglement aan de ziektekostenverzekeraar is om te bepalen of hij de verzekerde al dan niet uitnodigt voor een bewust keuze gesprek. Kennelijk heeft de ziektekostenverzekeraar in het kader van de beoordeling ten tijde van de eerste beslissing en in de fase van de heroverweging een bewust keuze gesprek niet nodig geacht. In dit besluit kan de commissie niet treden. Verder stelt de commissie vast dat verzoekster nadien is uitgenodigd voor een gesprek met de ziektekostenverzekeraar waarbij zij haar situatie heeft kunnen toelichten en aan haar enkele gerichte vragen hierover zijn gesteld, zodat, voor zover verzoekster thans nog van mening is dat sprake is geweest van een onzorgvuldige beoordeling de commissie haar in dit standpunt niet kan volgen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid voor een PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.
- 9.7. De commissie ziet - gelet op hetgeen hiervoor is overwogen - geen grond tot toekenning van de door verzoekster 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, 20 december 2017,

A.I.M. van Mierlo