



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), indicatie, doelmatigheid
Zaaknummer : 201801667
Zittingsdatum : 3 april 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en 2.15a tot en met 2.15c Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018)

1. Partijen

Mevrouw 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 Rotterdampakket Doelgroep B afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekerings-overeenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Herverzekeren Verplicht Eigen Risico B 50,00 is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 18 april 2018 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 29 mei 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 8 januari 2019 heeft verzoekster 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 (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 12 februari 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 februari 2019 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 maart 2019 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 maart 2019 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 19 februari 2019 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 18 maart 2019 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2019008691) de commissie medegedeeld geen advies te kunnen geven, omdat zowel de bij verzoekster geïndiceerde zorg als de door de ziektekostenverzekeraar betrokken stelling dat de bij verzoekster geïndiceerde zorg niet voortvloeit uit de bij haar gestelde medische diagnoses niet voldoende is onderbouwd. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 19 maart 2019 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 april 2019 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 9 april 2019 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 10 april 2019 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 bij de ziektekostenverzekeraar een PGB vv aangevraagd voor twee uren en twintig minuten Verpleging en zeven uren Persoonlijke Verzorging per week. Deze zorg bestaat onder meer uit hulp bij het wassen/douchen, het aan- en uitkleden, het meten van de bloedsuikerspiegel, het toedienen van insuline, het verwisselen van incontinentiemateriaal, het aanreiken van medicatie en het toezien op de inname hiervan alsmede het bieden van begeleiding bij de toediening van oogdruppels door verzoekster zelf. Verzoekster is het niet eens met de afwijzing van haar aanvraag en vindt dat deze afwijzing geen stand kan houden. Zij licht dit als volgt toe. Verzoekster heeft vanwege de achteruitgang van haar gezondheid dringend zorg nodig. Zij heeft onder andere diabetes mellitus type II, osteoporose met lage rugpijn, incontinentie, en visus- en gehoorproblemen. Een en ander wordt gestaafd door de verklaring van de huisarts. Bovendien is de indicatie voor de Verpleging en Persoonlijke Verzorging gesteld volgens alle daarvoor geldende voorwaarden en beroepsnormen. Volgens de ziektekostenverzekeraar bestaat enkel aanspraak op een PGB vv als de zorg wordt geboden door een verpleegkundige, waarbij deze zorg verband houdt met geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. De zoon van verzoekster, die de geïndiceerde zorg verleent, is een gediplomeerd verzorgende en daarom bevoegd en bekwaam verpleegtechnische handelingen te verrichten. Daarbij heeft verzoekster meer Persoonlijke Verzorging dan Verpleging nodig. De afwijzing van de aanvraag voor het PGB vv is, gelet op het voorgaande, naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar en voldoet niet aan het proportionaliteitsvereiste.
- 4.2. Uit het door verzoekster overgelegde overzicht komt naar voren dat haar behoefte aan zorg voortvloeit uit haar aandoeningen. Dit overzicht is volgens verzoekster afkomstig van de indicierend wijkverpleegkundige. Als gevolg van de osteoporose, die gepaard gaat met lage rugpijn, kan zij niet bukken. Om die reden is hulp nodig bij de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (verder: ADL), het aan en -uittrekken van de steunkousen en het verschonen van incontinentiemateriaal. Tevens heeft verzoekster door de diabetes mellitus type II een slechte visus. Dit laatste maakt het aflezen van de bloedsuikerwaardes, het toedienen van insuline en het innemen van andere medicijnen onmogelijk. Deze handelingen moeten daarom worden overgenomen door een derde, zoals een verzorgende met opleidingsniveau 3 IG.

- 4.3. Verzoekster merkt nog op dat de ziektekostenverzekeraar telefonisch heeft verklaard dat de afwijzing van de aanvraag voor het PGB vv is gebaseerd op een andere grond dan die welke in zijn primaire beslissing is genoemd.
- 4.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat uit het advies van het Zorginstituut van 19 februari 2019 blijkt dat de bij verzoekster geïndiceerde zorg onvoldoende is onderbouwd. Voorts kan hij geen duidelijk verband leggen tussen de in de verklaring van de huisarts benoemde aandoeningen en de geïndiceerde zorg. Als al sprake is van een zorgvraag, dan zijn de aard en intensiteit hiervan niet duidelijk. Daarnaast gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het op de weg ligt van de verzekerde de benodigde informatie op te vragen bij de huisarts of de behandelend medisch specialist. Dit geldt te meer vanwege de toepasselijke privacyreggeving.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De zorgverzekering biedt dekking voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden waarbij deze zorg niet gepaard gaat met verblijf in een instelling. De verpleging en verzorging moet verband houden met geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) of een hoog risico daarop. Voor alle zorg ten laste van de zorgverzekering geldt als voorwaarde dat een verzekerde daarop redelijkerwijs moet zijn aangewezen en dat deze zorg doeltreffend en doelmatig is. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de bij verzoekster geïndiceerde verpleging en verzorging niet doelmatig. Hij licht dit als volgt toe.
- 5.2. Het is de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk waarop het zelfzorgtekort van verzoekster is gebaseerd. Hij raadt haar aan een verklaring van een arts of medisch specialist over te leggen waaruit blijkt welke aandoeningen ten grondslag liggen aan de zorgvraag van verzoekster, én welke lichamelijke beperkingen/handlingsproblemen hieruit voortvloeien. Een en ander komt niet naar voren uit de verklaring van de huisarts van verzoekster. Zonder deze verklaring, waaruit dus moet blijken waarom verzoekster de geïndiceerde verpleging en verzorging niet zelf kan uitvoeren of kan leren uitvoeren, eventueel met behulp van hulpmiddelen, beschouwt de ziektekostenverzekeraar de geïndiceerde verpleging en verzorging niet als doelmatig. Hij adviseert haar wat betreft haar moeite bij het bukken en de problemen met haar zicht te onderzoeken welke hulpmiddelen kunnen worden ingezet ter vergroting van de zelfredzaamheid. Het inzetten van aanpassingen of hulpmiddelen is namelijk voorliggend op een PGB vv. Een ergotherapeut kan verzoekster hierbij helpen. Als na dit onderzoek blijkt dat bij haar nog sprake is van een hulpvraag, wil de ziektekostenverzekeraar het verslag van de ingeschakelde ergotherapeut ontvangen. De zoon van verzoekster heeft in een gesprek met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling van de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoekster geen hulpmiddelen voor het toedienen van insuline en het aan- en uittrekken van steunkousen kan gebruiken, omdat zij niet over de daartoe vereiste handigheid beschikt.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft geen contact met de indicierend wijkverpleegkundige gezocht over de bij verzoekster geïndiceerde verpleging en verzorging. Dit heeft hij achterwege gelaten, omdat hij het, gelet op de indicatiestelling en het zorgplan, niet aannemelijk vindt dat zij de vragen kan beantwoorden welke aandoeningen ten grondslag ligt aan de zorgvraag van verzoekster en welke lichamelijke beperkingen of handlingsproblemen uit deze aandoeningen voortvloeien die zelfzorg belemmeren.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat uit het advies van het Zorginstituut van 19 februari 2019 blijkt dat de bij verzoekster geïndiceerde zorg onvoldoende is onderbouwd. Voorts kan hij geen duidelijk verband leggen tussen de in de verklaring van de huisarts benoemde aandoeningen en de geïndiceerde zorg. Als al sprake is van een zorgvraag, dan zijn de aard en intensiteit hiervan niet duidelijk. Daarnaast gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het op de weg ligt van de verzekerde de benodigde informatie op te vragen bij de

huisarts of de behandelend medisch specialist. Dit geldt te meer vanwege de toepasselijke privacyregelgeving.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering.

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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 38 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 12 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging (wijkverpleging) 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. 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. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntensysteem en casemanagement.
(...)*

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).
(...)*

8.4. Artikel 5 van het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2018 (Zvw-pgb)' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Aanvraag Zvw-pgb

(...)

2. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb beoordelen wij aan de hand van de volledig ingevulde pgb-aanvraagformulierenset inclusief bijlagen. Een bewust-keuzegesprek maakt onderdeel uit van de aanvraagprocedure, tenzij wij hiervan afzien. Als blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in dit reglement, krijgt u toestemming voor een Zvw-pgb.

3. a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door een BIG geregistreerde hbo-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld;
(...)

9. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Dan kennen wij u hiervoor geen Zvw-pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij uw indicatie geanonimiseerd voor advies voorleggen aan een onafhankelijke derde partij.
(...)"

8.5. Artikel 1.1. van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Medische noodzaak

*U hebt recht op (vergoeding van de kosten van) zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. De inhoud en omvang van de zorgvorm wordt mede bepaald door wat de betreffende zorgaanbieders aan zorg 'plegen te bieden'. Ook wordt de inhoud en omvang bepaald door de stand van de wetenschap en de praktijk.
(...)"*

8.6. De artikelen 1.1. en 12 van de zorgverzekering en artikel 5 van het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2018 (Zvw-pgb)' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2.9. in samenhang met artikel 2.3. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Verpleging en verzorging is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv.

Het PGB vv is geregeld in artikel 13a Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.15a tot en met 2.15c Bzv en de artikelen 2.29a tot en met 2.29c Rzv.

Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat een verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.


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. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar de aanvraag van verzoekster voor het PGB vv mocht afwijzen. Naar de commissie begrijpt, vindt de ziektekostenverzekeraar van wel, omdat het volgens hem niet aannemelijk is dat bij verzoekster sprake is van een zelfzorgtekort, zodat zij niet is aangewezen op verpleging en verzorging. Tevens vindt hij het aannemelijk dat - als er al sprake zou zijn van een zelfzorgtekort - dit zelfzorgtekort kan worden opgeheven door inzet van aanpassingen en hulpmiddelen. Verzoekster heeft een en ander betwist en verklaard hoe haar zelfzorgtekort voortvloeit uit de beperkingen die zij door diverse aandoeningen ondervindt. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 9.2. Vast staat dat de indicierend wijkverpleegkundige bij verzoekster een indicatie heeft gesteld voor twee uren en twintig minuten Verpleging en zeven uren Persoonlijke Verzorging per week. Uit het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' en het zorgplan komt niet naar voren of, en zo ja welke, medische gronden het door de indicierend wijkverpleegkundige vastgestelde zelfzorgtekort veroorzaken. Tevens blijkt hieruit niet of de indicierend wijkverpleegkundige heeft onderzocht of het zelfzorgtekort mogelijk kan worden opgeheven – en dientengevolge de zelfredzaamheid van verzoekster kan worden vergroot – door de inzet van aanpassingen en hulpmiddelen. De ziektekostenverzekeraar heeft over de aanvraag geen contact gezocht met de indicierend wijkverpleegkundige.
- 9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in artikel 5, derde lid, onder a, van zijn 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2018 (Zvw-pgb)' de bevoegdheid tot het indiceren van verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 12 van de zorgverzekering bij uitsluiting toegankelijk aan BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundigen. Dit is in lijn met artikel 3.3, sub d, van de 'Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb 2017/2018'. Het strookt niet met deze bepaling - die kennelijk is ingegeven vanwege de specifieke kennis en kunde van deze beroepsgroep op het gebied van indiceren - dat de ziektekostenverzekeraar zonder overleg met de indicierend wijkverpleegkundige, die voldoet aan de genoemde (kwaliteits)eisen, voorbij gaat aan de door haar gestelde indicatie. Dit geldt te meer omdat uit het advies van het Zorginstituut van 18 maart 2019 blijkt dat het zelfzorgtekort, en daarmee de geïndiceerde zorg, wel degelijk kan voortvloeien uit de aandoeningen van verzoekster, te weten diabetes mellitus type II, osteoporose, chronische lage rugpijn, een slechte visus en urine incontinentie. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de indicierend wijkverpleegkundige hem niet de benodigde informatie kan geven, te weten welke aandoeningen ten grondslag liggen aan de zorgvraag van verzoekster en welke lichamelijke beperkingen of handelingsproblemen uit deze aandoeningen voortvloeien die de zelfzorg van verzoekster belemmeren, kan de commissie niet volgen. Deze informatie zou de indicierend wijkverpleegkundige de ziektekostenverzekeraar juist moeten kunnen geven, omdat zij deze ook nodig heeft voor het stellen van haar indicatie.
- 9.4. Aangezien de ziektekostenverzekeraar geen contact met de indicierend wijkverpleegkundige heeft gezocht over de door haar gestelde indicatie, kon hij in redelijkheid niet tot het oordeel komen dat verzoekster niet op de geïndiceerde zorg is aangewezen. De commissie gaat daarom uit van de juistheid van de indicatie, in die zin dat bij verzoekster sprake is van een zelfzorgtekort dat niet kan worden opgeheven door inzet van aanpassingen en hulpmiddelen. Voorts is niet komen vast te staan dat de geïndiceerde zorg in de situatie van verzoekster niet doelmatig is. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag daarom ten onrechte afgewezen. Verzoekster heeft aanspraak op het aangevraagde PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.5. Verder overweegt de commissie het volgende. Onweersproken is dat verzoekster functiebeperkingen heeft als gevolg van diabetes mellitus type II, osteoporose, incontinentie en een




verminderd gehoord. Deze aandoeningen worden gestaafd door de verklaring van de huisarts. De ziektekostenverzekeraar heeft de gegeven uitleg echter onvoldoende geacht. De commissie merkt op dat de ziektekostenverzekeraar zijn twijfels over deze uitleg van de aandoeningen van verzoekster (ook) niet bij de huisarts heeft geverifieerd.




Conclusie



9.6. Uit het voorgaande volgt dat de ziektekostenverzekeraar het PGB vv conform de aanvraag moet toekennen, ten laste van de zorgverzekering.




9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.




10. Het bindend advies



10.1. De commissie beslist dat:

- 
1. de ziektekostenverzekeraar het PGB vv conform de aanvraag moet toekennen, ten laste van de zorgverzekering, en
 2. de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster dient te vergoeden.



Zeist, 17 april 2019,



L. Ritzema