



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 : 201701812
Zittingsdatum : 9 mei 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

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

1. Partijen

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

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering 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 (verder: BW).

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) voor vijf uren en dertig minuten Verpleging en zestien uren Persoonlijke Verzorging per week. Bij brief van 8 september 2016 is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een PGB vv toegekend voor vier uren Verpleging en drie uren en dertig minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 3.2. Verzoekster is het niet eens met het aantal uren waarvoor het PGB vv is toegekend en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 2 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij faxbericht van 13 december 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan haar over de periode van 20 juli 2016 tot 20 juli 2017 een PGB vv toe te kennen op basis van vijf uren en dertig minuten Verpleging en zestien uren Persoonlijke Verzorging per week (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 9 maart 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 maart 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21 maart 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 april 2018 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 13 maart 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 11 april 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018012608) medegedeeld geen advies te kunnen uitbrengen. Een afschrift van de brief van het Zorginstituut is op 12 april 2018 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 9 mei 2018 gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op de brief van 11 april 2018 van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brieven van respectievelijk 11 mei 2018 en 15 mei 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 31 mei 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster is bekend met diabetes type 1 en ervaart hierdoor terugkerende hypo's. Als gevolg van artrose is zij daarnaast niet in staat zelfzorg uit te voeren. Voorts heeft verzoekster chronische maagklachten en terugkerende nierstenen, waarvan zij koliekpijnen ervaart, zowel overdag als 's nachts en waardoor het eten en drinken moeizaam gaat. Verder is verzoekster bekend met neuropathieën, die tot gevolg hebben dat zij geen gevoel heeft in handen en voeten. Vanwege de beperkingen die verzoekster ervaart als gevolg van haar ziektebeeld is zij aangewezen op zorg en begeleiding. Gelet op de wisselende tijdstippen waarop zorg nodig is, het gegeven dat verzoekster de Nederlandse taal niet machtig is en vanwege haar geloofsovertuiging is haar schoondochter de aangewezen persoon om de zorg en begeleiding te bieden die verzoekster nodig heeft.
- 4.2. Teneinde de zorg zelf te kunnen regelen, heeft verzoekster aanspraak gemaakt op een PGB vv bij de ziektekostenverzekeraar, op basis van een indicatie van vijf uren en dertig minuten Verpleging per week en zestien uren Persoonlijke Verzorging per week. De ziektekostenverzekeraar is ten onrechte van de door de indicierend wijkverpleegkundige gestelde indicatie afgeweken. Het is immers niet aan de ziektekostenverzekeraar de indicatie vast te stellen, dit is voorbehouden aan de wijkverpleegkundige. Het aantal uren waarvoor het PGB vv nu is toegekend is veel te laag en komt niet overeen met het aantal uren zorg dat verzoekster nodig heeft.
- 4.3. Het toegekende aantal uren is gebaseerd op de veronderstelling dat een half uur Verpleging per dag voldoende is. Echter, bij verzoekster moet meerdere malen per dag de bloedsuikerspiegel worden gemeten en driemaal per dag insuline worden gespoten. Vervolgens moet worden gekeken of verzoekster hierop goed reageert en wordt haar voeding hierop aangepast. In het verleden heeft verzoekster een hypo gehad en is zij tweemaal afgevoerd per ambulance. Aangezien zij een hypo, in tegenstelling tot andere patiënten, niet voelt aankomen, moet haar bloedsuikerspiegel goed in de

gaten worden gehouden en moet direct worden ingegrepen als deze te sterk afwijkt. Verzoekster is hiertoe niet zelf in staat.

Voorts geldt dat verzoekster, als gevolg van diabetes, een droge huid heeft en zichzelf veel krabt, omdat haar lichaam jeukt. Zij heeft om die reden eveneens verpleging nodig in verband met huid- en wondverzorging. Door artrose, neuropathieën en ouderdomsklachten heeft verzoekster bijna geen gevoel in haar handen en voeten, waardoor wondjes minder snel worden opgemerkt. Het is van cruciaal belang hierop elke dag te controleren. Verzoekster heeft tevens last van doorbloedingsproblemen en zenuw schade. Goede verzorging is daarom ook nodig om infecties te voorkomen. Als een wond niet tijdig en adequaat wordt behandeld, dan is dit een broedplaats van bacteriën, wat tot grote schade kan leiden. Verzoekster gebruikt verder meerdere soorten medicatie, die goed op elkaar moeten worden afgestemd. Ook heeft zij hulp nodig bij het aanreiken van de medicatie.

4.4. Het aantal toegekende uren voor Persoonlijke Verzorging is eveneens ontoereikend. Verzoekster heeft bij alles ondersteuning nodig op een tempo dat bij haar past. De verzorging bestaat uit wassen, scheren, tanden poetsen, aan- en uitkleden, verschonen en nagel- en handverzorging. Ook wordt hulp geboden bij eten en drinken als verzoekster hiertoe niet in staat is, vanwege de wisselende bloedsuikerspiegel. Verder worden haar handen en schouders gemasseerd in verband met artrose. Voorts is verzoekster afhankelijk van zorg in verband met koliekpijnen, die gepaard gaan met overgeven. Zij moet dan veelal worden verschoond en omgekleed en er moet worden schoongemaakt. 's Nachts heeft verzoekster hulp nodig bij in- en uit bed gaan en bij de toiletgang. Hulp bij de toiletgang is ook overdag nodig, als verzoekster zich niet goed voelt. Al met al heeft verzoekster veel meer uren zorg per week nodig, dan nu zijn toegekend.

4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat in het gesprek met de indicierend wijkverpleegkundige over meerdere verzorgende handelingen is gesproken, maar hieraan geen indicatie is verbonden. Een voorbeeld hiervan is de wondverzorging. Daarbij is het opmerkelijk dat hiervoor in 2017 wel meer uren zijn geïndiceerd. Verzoekster voert verder aan dat het de verantwoordelijkheid is van de ziektekostenverzekeraar zorg te dragen dat de gestelde indicatie overeenkomt met de daadwerkelijke zorgbehoefte van verzoekster.

4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op 8 augustus 2016 is ten behoeve van verzoekster een aanvraag ontvangen voor een PGB vv op basis van een indicatie van vijf uren en dertig minuten Verpleging en zestien uren Persoonlijke Verzorging per week. Op 8 september 2016 is de aanvraag goedgekeurd, met een afwijkend aantal uren. De ziektekostenverzekeraar had de aanvraag strikt genomen moeten afwijzen, omdat de indicatiestelling niet juist was. Uit de aanvraag bleek namelijk dat in de indicatie veel zorg is meegenomen die niet valt onder verpleging en verzorging en waarvoor derhalve geen PGB vv ten laste van de zorgverzekering wordt verstrekt. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen de aanvraag niet af te wijzen, maar hierover contact op te nemen met de indicierend wijkverpleegkundige. Deze heeft de indicatie op 7 september 2016 aangepast naar vier uren Verpleging en drie uren en dertig minuten Persoonlijke Verzorging per week. Onder verpleging en verzorging vallen onder meer diabeteszorg, transfers en ADL-zorg. De zorg die niet onder verpleging en verzorging valt, betreft: koken, eten klaarzetten, begeleiding naar zorgverleners of familie en vrienden, vervoer, tolken en het uitvoeren van religieuze wassingen.

5.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft alle zorg die door verzoekster is genoemd en die zij van haar schoondochter ontvangt meegenomen in de gestelde indicatie, voor zover deze zorg valt onder verpleging en verzorging. Mogelijk kan op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) aanspraak worden gemaakt op zorg die niet ten laste van de zorgverzekering komt. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster geadviseerd hierover contact op te nemen met het Wmo-loket in haar gemeente.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de wijkverpleegkundige verantwoordelijk is voor het stellen van de indicatie. Indien twijfels bestaan over de gestelde indicatie kan een herindicatie worden aangevraagd. Dit kan eventueel ook bij een andere wijkverpleegkundige. Indien de onderhavige indicatie wordt aangepast, zal de ziektekostenverzekeraar beoordelen of hiervoor alsnog een PGB vv moet worden toegekend.

5.4. 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 is gehouden aan verzoekster over de periode van 20 juli 2016 tot 20 juli 2017 een PGB vv toe te kennen voor vijf uren en dertig minuten Verpleging en zestien uren Persoonlijke Verzorging per week.

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 37 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Omschrijving

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntensysteem en casemanagement. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop.

(...)

Persoonsgebonden budget (pgb)

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

(...)

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 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.

(...)"

- 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.

(...)

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 4 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' luidt, voor zover hier van belang:

"4.1 De aanvraag van een pgb verpleging en verzorging vindt plaats door indiening van het pgb aanvraagformulier. Dit pgb-aanvraagformulier bestaat uit twee delen: (I) het verpleegkundig deel en (II) het verzekerden deel. Het verpleegkundig deel (I) moet u laten invullen door de verpleegkundige die de indicatie stelt, waarna u beiden - in elkaars aanwezigheid - voor akkoord ondertekent. Het verzekerden deel (II) wordt door u zelf volledig ingevuld en ondertekend. U vindt het pgb-aanvraagformulier op onze website. U kunt het aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk opvragen.

4.2 Deel I van het aanvraagformulier (verpleegkundig deel) bestaat uit de door de HBO-verpleegkundige (niveau 5) vastgestelde indicatie en te beantwoorden vragen zodat wij kunnen bepalen of uw zorgvraag aansluit bij de in art. 3.4 genoemde voorwaarden. Het gaat hier om de aard, omvang en duur van de beoogde zorg.

4.3 In deel II van het aanvraagformulier (verzekerden deel) geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan van welke zorgaanbieder(s) u gebruik wilt gaan maken. Ook geeft u in dit deel aan bij welke zorgaanbieder(s) u zorg in natura wenst af te nemen en welke zorgaanbieder(s) uzelf op basis van het pgb verpleging en verzorging wenst te contracteren. Heeft u zorg in natura of pgb en wilt u uw keuze wijzigen? Dan dient u dit direct aan ons te melden door een nieuw pgb verpleging en verzorging aan te vragen.

4.4 Als uw pgb-aanvraagformulier niet volledig is ingevuld en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, dan nemen wij uw aanvraag niet in behandeling.

4.5 Als wij hierom vragen bent u verplicht (of uw verpleegkundige, dan wel huisarts, te machtigen) nadere (medische) informatie met betrekking tot uw aanvraag te verstrekken aan onze medisch adviseur of verpleegkundig adviseur. (...)"

- 8.7. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikel 2, 3 en 4 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar zijn gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. 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 waren ten tijde van het geschil 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.
- 8.9. 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 verpleging en verzorging een verzekerde prestatie is op grond van de zorgverzekering. Voorts staat vast dat verzoekster van 8 augustus 2016 tot en met 20 juli 2017 een indicatie had op grond waarvan zij aanspraak kon maken op verpleging en verzorging. Aangezien de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een PGB vv heeft toegekend, staat eveneens vast dat verzoekster behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld, als omschreven in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). Hetgeen partijen verdeeld houdt is het aantal uren waarvoor het PGB vv is toegekend.
- 9.3. Ten behoeve van verzoekster is een aanvraag ingediend voor een PGB vv op grond van een indicatie voor vijf uren en dertig minuten Verpleging en zestien uren Persoonlijke Verzorging per week. Deze indicatie is gesteld door een wijkverpleegkundige niveau 5. De ziektekostenverzekeraar

heeft aan verzoekster een PGB vv toegekend voor vier uren Verpleging en drie uren en dertig minuten Persoonlijke Verzorging per week.

Verzoekster heeft dienaangaande aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar de indicatie ten onrechte heeft verlaagd en dat hierin niet alle zorgactiviteiten zijn meegenomen die door haar zorgverlener worden verricht. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat de indicierend wijkverpleegkundige de indicatie heeft aangepast, nadat was gebleken dat zorg was geïndiceerd die niet onder verpleging en verzorging valt en derhalve niet ten laste van de zorgverzekering komt.

9.4. Uit artikel 4 van het reglement volgt dat de ziektekostenverzekeraar aan de hand van de gestelde indicatie beoordeelt of de zorgvraag van verzekerde aansluit bij de voorwaarden die in het reglement zijn genoemd. Eveneens volgt uit artikel 4 van het reglement dat de ziektekostenverzekeraar nadere informatie kan opvragen met betrekking tot de aanvraag bij de betrokken verzekerde of de indicierend wijkverpleegkundige. De ziektekostenverzekeraar heeft van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige, naar de commissie begrijpt, in verband met het vermoeden dat zorg was geïndiceerd die niet onder verpleging en verzorging valt, zoals bedoeld in artikel 13 van de zorgverzekering. Dit heeft ertoe geleid dat de indicierend wijkverpleegkundige de indicatie op 7 september 2016 heeft verlaagd. Hieruit maakt de commissie op dat het vermoeden van de ziektekostenverzekeraar juist was. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens een PGB vv aan verzoekster toegekend conform het aantal uren dat in de indicatie van 7 september 2016 is genoemd. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar hiermee in lijn met het toepasselijke reglement heeft gehandeld.

9.5. Voor zover verzoekster het niet eens was met de (verlaagde) indicatie, met name omdat volgens haar ten onrechte geen rekening is gehouden met zorgactiviteiten die wél onder verpleging en verzorging in het kader van de Zvw vallen, had het op haar weg gelegen een nieuwe indicatie te laten stellen door een andere wijkverpleegkundige niveau 5. Dat verzoekster van deze mogelijkheid geen gebruik heeft gemaakt, kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen.

9.6. De commissie wenst tot slot te benadrukken dat zij niet uitsluit dat verzoekster is aangewezen op meer uren zorg per week. Dit betekent echter niet dat hierop aanspraak bestaat ten laste van de zorgverzekering. Mogelijk betreft het (voor een deel) zorg die onder de Wmo valt, zodat de commissie de ziektekostenverzekeraar kan volgen in zijn verwijzing naar het Wmo-loket van de gemeente.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van een PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

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, 6 juni 2018,

H.A.J. Kroon