



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in haar hoedanigheid van erfgename van C, vertegenwoordigd door de heer D te B, tegen OWM DSW Zorgverzekeraar te Schiedam

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

Zaaknummer : 201701108

Zittingsdatum : 8 november 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk erfgename van C, hierna te noemen: erflater, vertegenwoordigd door D te B,

tegen

OWM DSW Zorgverzekeraar te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was erflater bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van erflater bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top 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. Erflater heeft op 17 januari 2017 bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Op 15 februari 2017 is erflater overleden.

Bij brief van 13 april 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld een PGB vv toe te kennen voor 22 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging per week.

3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van het budget, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 23 mei 2017 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 3 september 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is een PGB vv toe te kennen op basis van 24 uren per dag althans voor meer dan 22 uren en 45 minuten 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 24 oktober 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 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 telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 november 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens 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. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 8 november 2017 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 17 januari 2017 op het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (Zvw-pgb)' over erflater verklaard: *"Dhr heeft een papilcarcinoom (alvleesklier) met uitzaaiingen naar de lever. Dhr is uitbehandeld. (...) Dhr ligt bijna heel de dag op bed. 's morgens komt hij even uit bed. (...) Dhr wil graag in z'n eigen omgeving verzorgd worden en door z'n eigen familie. (...) Familie wil Dhr graag verzorg[en], dit is ook de wens van dhr. (...) Dhr heeft 24u toezicht en verzorging nodig. Dhr is vooral in de nacht erg onrustig. Huisarts komt iedere week langs en heeft de behandeling overgenomen van behandell[en]d arts in het ziekenhuis. (...)".*
- 4.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft na een persoonlijk gesprek met erflater een indicatie gesteld van 22 uren en 45 minuten voor Persoonlijke Verzorging per week. Erflater had op dat moment echter geen reëel beeld van de intensieve zorg die hij nodig had, en heeft zich groot gehouden. De wijkverpleegkundige heeft in de aanvraag wel vermeld dat erflater rusteloos was en vaak 's nachts wakker werd, zodat hij intensieve zorg nodig had, waaronder 24-uurs toezicht, maar is desalniettemin tot deze vrij lage indicatiestelling gekomen. Dit is tegenstrijdig, maar de ziektekostenverzekeraar heeft zich toch op deze indicatiestelling gebaseerd, en geen contact opgenomen met de huisarts van erflater, die hem de laatste week vóór zijn overlijden dagelijks heeft bereikt. De wijkverpleegkundige is na de indicatiestelling niet meer bij erflater langs geweest. Ook met deze wijkverpleegkundige wil de ziektekostenverzekeraar geen contact meer opnemen. Hieruit blijkt dat de ziektekostenverzekeraar absoluut niet bereid is na te denken over een herziening van het aantal uren toegekende zorg.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat op het aanvraagformulier onder punt vijf staat dat erflater 24 uur toezicht en verzorging nodig had. Er is ook vermeld dat de geschatte zorgduur korter is dan drie maanden. De familie wilde zo lang mogelijk de zorg op zich nemen, en erflater had veel verzorging nodig. Er is een handtekening gezet op een blanco formulier, omdat dit zou helpen alles sneller afgehandeld te krijgen.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Aan een PGB vv zijn voorwaarden verbonden die zijn opgenomen in het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Zoals is bepaald in dit reglement ligt de regie van een PGB vv bij de budgethouder, hetgeen inhoudt dat hij of zijn wettelijk vertegenwoordiger in staat moet zijn tot het voeren van een deugdelijk beleid omtrent de benodigde zorg.

De indicierend wijkverpleegkundige heeft op het aanvraagformulier toegelicht dat de gemiddelde zorgbehoefte van erflater op het moment dat zij de indicatie stelde 22 uren en 45 minuten per week was. Erflater dan wel zijn wettelijk vertegenwoordiger heeft zich hiermee akkoord verklaard door middel van ondertekening van het aanvraagformulier. Het is vervolgens aan de budgethouder dan wel zijn wettelijk vertegenwoordiger contact op te nemen met de wijkverpleegkundige indien de situatie verslechtert en meer zorg nodig is. De ziektekostenverzekeraar speelt hierin geen rol. De ziektekostenverzekeraar heeft het aantal geïndiceerde uren aan erflater toegekend, omdat hiermee de kwaliteit van zorg was gewaarborgd. Aangezien geen professionele zorgverleners bij de geleverde zorg betrokken zijn geweest, is het niet mogelijk achteraf vast te stellen welke zorg is geleverd in afwijking van het toegekende aantal uren. De ziektekostenverzekeraar kan daarom niet met terugwerkende kracht een hoger aantal uren toekennen.

5.2. Tijdens de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met de huisarts van erflater. Deze heeft toegelicht dat erflater vanaf eind december 2016 in het terminale stadium verkeerde en dat de familie heel veel heeft gedaan om hem te verzorgen. Op de vraag of hij vond dat een indicatie van 22 uren en 45 minuten zorg per week reëel was, gaf de huisarts geen duidelijk antwoord. Overigens is het niet aan de huisarts een indicatie te stellen ten aanzien van de benodigde Persoonlijke Verzorging.

5.3. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat indien iemand terminaal ziek is, dit niet automatisch leidt tot de conclusie dat 24 uur per dag zorg benodigd is. Indien een patiënt veel slaapt, kan hij met minder uren zorg toe. Persoonlijke Verzorging gedurende 22 uren en 45 minuten per week, hetgeen neerkomt op gemiddeld meer dan drie uren zorg per dag, komt de ziektekostenverzekeraar onder de gegeven omstandigheden niet onrealistisch voor.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat hij uit gaat van het aantal uren dat is geïndiceerd door de wijkverpleegkundige. Het is juist dat op het formulier is vermeld dat erflater gedurende 24 uur zorg nodig had. Dit gaat echter alleen om bevindingen van de wijkverpleegkundige. Het gaat uiteindelijk om het aantal geïndiceerde uren. Er wordt gekeken naar de handelingen die moeten plaatsvinden, en hierop wordt het aantal uren gebaseerd. Als iemand een PGB vv aanvraagt, is hij of zij hiervoor verantwoordelijk, ook voor het formulier dat wordt opgestuurd. Op dit formulier kon de familie zien hoeveel uren waren geïndiceerd.

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 14 van de zorgverzekering en 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 tot 17 januari 2017 toe te kennen op basis van 24 uren per dag althans voor meer dan 22 uren en 45 minuten 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 15 tot en met 42 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 17a van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging zonder verblijf bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“lid 1 Verpleging en Verzorging

lid 1.1 Te vergoeden zorgkosten

Vanuit de aanspraak Verpleging en Verzorging vergoeden wij de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij geen sprake is van verblijf in een instelling en de zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Het gaat hier onder andere om verpleegkundige technische handelingen, instructie en persoonlijke verzorging.

Binnen de aanspraak Verpleging en Verzorging worden Intensieve Kindzorg (IKZ), Palliatief Terminale Zorg (PTZ) en Casemanagement als bijzondere zorgvormen aangemerkt. In lid 2 tot en met lid 4 van dit artikel vindt u meer informatie over deze zorgvormen.

lid 1.2 Voorwaarden

Algemeen

De te leveren zorg omvat uitsluitend de zorg zoals geïndiceerd door de zorgaanbieder.

Indien u het niet eens bent met de gestelde indicatie, bestaat de mogelijkheid tot het vragen van een second opinion. Voor deze second opinion moet u vooraf toestemming van ons hebben gekregen. Ook wij kunnen een second opinion aanvragen, wanneer wij twijfelen aan de gestelde indicatie.

Zorgplan

De te leveren zorg moet door een verpleegkundig specialist of een verpleegkundige worden vastgelegd in een zorgplan. Het zorgplan bevat een beschrijving van de aard, duur en omvang van de te leveren zorg. Het zorgplan voldoet aan de richtlijn en het normenkader van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

U dient in te stemmen met het zorgplan door het zorgplan te ondertekenen. Wij behouden ons het recht voor om ter controle het zorgplan op te vragen.

Zorgaanbieder

De zorg wordt geleverd door: de verpleegkundig specialist (HBO-master), de verpleegkundige (HBObachelor), de verpleegkundige niveau 4 of de verzorgende individuele gezondheidszorg niveau 3. Een uitzondering hierop betreft het PGB VV.

Voorbehouden handelingen zoals omschreven in artikel 36 van de Wet BIG mogen zelfstandig of onder verantwoordelijkheid van een daarvoor in de Wet BIG aangewezen zorgaanbieder worden

uitgevoerd. Overige handelingen (waaronder risicovolle handelingen) dienen te worden uitgevoerd door een daartoe aantoonbaar bevoegde en bekwame zorgaanbieder. (...)

lid 3 Palliatief terminale zorg (PTZ)

lid 3.1 Te vergoeden zorgkosten

Vanuit de aanspraak Verpleging en Verzorging vergoeden wij in geval van palliatief terminale zorg (PTZ) de benodigde verpleging en verzorging en de bijbehorende begeleiding.

lid 3.2 Voorwaarden

Algemeen

De te leveren zorg omvat uitsluitend de zorg zoals geïndiceerd door de zorgaanbieder. Gezien de aard en het doel van PTZ, wordt geleverde mantelzorg niet in mindering gebracht op de indicatie.

Verwijzing

U heeft een verklaring van de behandelend arts nodig.

Zorgplan

De te leveren zorg moet door een verpleegkundig specialist of een verpleegkundige worden vastgelegd in een zorgplan. Het zorgplan omvat een beschrijving van de aard, duur en omvang van de te leveren zorg. Het zorgplan voldoet aan de richtlijn en het normenkader van V&VN. U dient in te stemmen met het zorgplan door deze te ondertekenen.

Zorgaanbieder

De zorg wordt verleend onder directe medische verantwoordelijkheid van de behandelend arts. Voorbehouden handelingen zoals omschreven in artikel 36 van de Wet BIG mogen zelfstandig of onder verantwoordelijkheid van een daarvoor in de Wet BIG aangewezen zorgaanbieder worden uitgevoerd.

Overige handelingen (waaronder risicovolle handelingen) dienen te worden uitgevoerd door een daartoe aantoonbaar bevoegde en bekwame zorgaanbieder. (...)

lid 5 Persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (PGB VV)

In een aantal gevallen kunt u een persoonsgebonden budget (PGB) aanvragen. In welke gevallen en onder welke voorwaarden dit kan, staat omschreven in het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polisvoorwaarden."

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb als u:

1. behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft (hieronder valt ook de Medisch Specialistische Verpleging Thuis (MSVT));
2. onder de zorg zoals benoemd in 2.1. valt niet de verzorging aan verzekerden tot 18 jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of door een lichamelijke handicap, en
 - er behoefte is aan permanent toezicht, of
 - 24-uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en deze zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Daarnaast dient u: (...)

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

- 8.5. Artikel 5 van het 'Reglement persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"(...) 2. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde pgb aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en een (telefonisch) bewust keuzegesprek. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3 en zich geen van de in artikel 4 genoemde weigeringsgronden voordoet, krijgt u toestemming voor een Zvw-pgb.

3. U bent in het bezit van een door [een] verpleegkundige, zoals gedefinieerd in dit reglement, gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld; (...)

7. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn uw (wettelijke) vertegenwoordiger en/of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn. Ook mag de indicatie niet gesteld worden door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons gecontracteerde zorg in natura aanbieder is. (...)"

- 8.6. In de begripsomschrijvingen van het 'Reglement persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar is het begrip 'verpleegkundige' als volgt omschreven:

"Verpleegkundige

*a. Een BIG-geregistreerde verpleegkundige niveau 5 (artikel 3a Wet BIG, HBO-bachelor); of
b. en verpleegkundig specialist (artikel 14 Wet BIG, HBO-master)."*

- 8.7. De artikelen 17a van de zorgverzekering en 2 en 5 van het 'Reglement persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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. Het PGB vv is naar aard en omvang geregeld in artikel 13a Zvw. De aanspraak op Verpleging en Verzorging is verder uitgewerkt in artikel 2.10 Bzv.

- 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. Tussen partijen is niet in geschil dat erflater behoorde tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld, als omschreven in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar, en dat hij een indicatie had voor Persoonlijke Verzorging als bedoeld in artikel 17a van de zorgverzekering. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de hoogte van het toegekende budget, dat is gebaseerd op 22 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

9.2. Vast staat dat de indicatie voor erflater is gesteld door een wijkverpleegkundige op HBO-V niveau, zoals vereist in de voorwaarden van de zorgverzekering en het 'Reglement persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoekster niet bestreden, dat erflater of zijn wettelijk vertegenwoordiger de indicatie van 22 uren en 45 minuten per week heeft onderschreven, hetgeen in lijn is met artikel 17a, derde lid, van de zorgverzekering waarin is opgenomen dat de verzekerde moet instemmen met het zorgplan door dit te ondertekenen. Het zorgplan bevat een beschrijving van de aard, duur en omvang van de te leveren zorg. Denkbaar is dat op enig moment de zorgbehoefte toeneemt. Het is op dat moment aan de betrokken verzekerde een herindicatie te vragen. In dit geval is dat niet gebeurd. Hoewel de commissie er niet aan twijfelt dat vóór het overlijden van erflater meer Persoonlijke Verzorging is geleverd dan het geïndiceerde aantal uren, valt achteraf niet meer objectief te bepalen hoeveel uren dit heeft betroffen en of inderdaad steeds sprake was van Persoonlijke Verzorging waarvoor het PGB vv is bedoeld. Het onderscheid met mantelzorg is niet steeds eenvoudig vast te stellen. De stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar hierover contact kan opnemen met de huisarts treft geen doel, aangezien de huisarts niet bevoegd is de indicatie voor het PGB vv te stellen. De indicerende wijkverpleegkundige heeft erflater na de indicatiestelling niet meer bezocht en kan daarom geen informatie over een eventueel nadien toegenomen zorgbehoefte verstrekken. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoekster geen aanspraak heeft op toekenning van een hoger budget, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 november 2017,



A.I.M. van Mierlo

