



Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201700914
Zittingsdatum : 10 januari 2018



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker 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 verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Den Haagpakket 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 afgesloten aanvullende verzekering Herverzekeren Verplicht Eigen Risico Den Haag is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 13 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 28 maart 2017 en 21 april 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 e-mailbericht van 10 september 2017 heeft verzoeker 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 dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 november 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Bij e-mailbericht van 22 november 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar

aanvullende informatie gestuurd. Afschriften hiervan zijn op 24 november 2017 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 4 december 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 december 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. Bij brief van 24 november 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 3 januari 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017052760) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker zelf kan voorzien in zijn zelfzorg, en daarom niet is aangewezen op Verpleging en Verzorging ten laste van de zorgverzekering. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 3 januari 2018 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 januari 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 27 februari 2018 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 8 maart 2018 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 verzoeker

- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 14 december 2016 samen met verzoeker het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingevuld en hierop over verzoeker het volgende vermeld: *"Dhr is bekend met de volgende ziektebeelden: PTSS, depressieve stoornis, verlamming li arm tgv ongeval, doofheid li oor, vergeetachtigheid, rugklachten (...) Dhr is door deze ziektebeelden beperkt in zijn mobiliteit en zelfredzaamheid, dhr heeft stemmingswisselingen, dhr heeft pijnklachten rug door kromme rug en loopt voorovergebogen. Dhr heeft functiebeperking en krachtverlies li arm. Dhr vergeet veel, ook zijn medicatie in te nemen. (...) zelfzorgtekort wassen/lichaamsverzorging (...) uiterlijke verzorging (...) medicatiegebruik (...) fistelverzorging. Fistel onderlichaam. (...) dhr is dagelijks gedoucht, haren gewassen, huid is verzorgd en geeft aan tevreden te zijn met de hulpverlening (...) dhr is dagelijks aangekleed, omgekleed voor de nacht en wekelijks 1x geschoren en 1x nagels geknipt en geeft aan tevreden te zijn met de hulpverlening (...) dhr krijgt zijn medicatie aangereikt 1x per dag volgens voorschrift arts (...) dhr krijgt dagelijks 2x verschoning van het gaasje op fistel onderlichaam. (...)"*. De indicierend wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor Persoonlijke Verzorging gedurende zeven uren en vijftien minuten per week.
- 4.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 25 mei 2017 een zorgplan opgesteld en hierin over verzoeker verklaard: *"(...) P: Zelfzorgtekort wassen/lichaamsverzorging. E: Ten gevolge van letsel linker arm door verkeersongeval, PTSS, depressieve klachten. S: Dhr heeft functiebeperking linker arm en ook rechter arm door overbelasting rechter arm, dhr heeft stemmings- en angststoornissen. [D]hr is niet in staat om zelfstandig alle activiteiten uit te voeren die nodig zijn bij het douchen/lichaamsverzorging. (...) P: Zelfzorgtekort kleden. (...) dhr is niet in staat om zelfstandig alle activiteiten uit te voeren die nodig zijn bij het aankleden en omkleden voor de nacht. (...) P: Zelfzorgtekort medicatiegebruik. (...) Dhr heeft concentratieproblemen (...) dhr vergeet zijn medicatie in te nemen of weet niet of hij de medicatie al ingenomen heeft, dhr is niet in staat om zijn*

medicatiegebruik in goede banen te leiden. (...) P: Dhr heeft een fistel bij de genitale delen die hij niet zelf kan verzorgen. (...) kennistekort over wondverzorging en risico op infecties. (...) dhr kan er niet goed bij, dhr heeft niet de volledige kennis over wondverzorging en risico op infecties, dhr is niet in staat om zelfstandig de fistel bij de genitale delen te verzorgen. (...)"

De indicierend wijkverpleegkundige heeft zijn eerder gestelde indicatie gehandhaafd.

- 4.3. Verzoeker is bekend met PTSS als gevolg van een ongeluk in 2010. Aan het ongeluk heeft verzoeker lichamelijk letsel overgehouden in de vorm van een verlamming van de linker arm en doofheid aan het linker oor. Verzoeker heeft slechte ervaringen met thuiszorginstellingen. Daarnaast werken zij tijdens kantooruren, met vaste medewerkers die op bepaalde tijdstippen op de dag worden ingeroosterd om bij een cliënt langs te gaan. Verzoeker gebruikt verschillende soorten medicatie, waardoor hij niet steeds beschikbaar is op de afgesproken tijdstippen. Met een PGB vv heeft hij dit probleem niet. Het is voor verzoeker erg belangrijk één vaste persoon te hebben die hem verzorgt, mede gelet op de hevige emoties die bij verzoeker optreden.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor het PGB vv afgewezen op grond van een contact dat heeft plaatsgevonden met de huisarts. Omdat verzoeker al anderhalf jaar niet meer bij de huisarts was geweest, en deze daarom niet op de hoogte was van zijn situatie, heeft verzoeker hem een bezoek gebracht. Volgens de ziektekostenverzekeraar was het medisch dossier van de huisarts nodig om tot een ander oordeel te komen. De huisarts overhandigde verzoeker echter slechts een afschrift van de journaalregels, omdat de overige stukken onder het medisch geheim vallen. De ziektekostenverzekeraar deelde vervolgens mede dat dit niet voldoende was. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch contact opgenomen met de huisarts, die mededeelde de gestelde vragen niet telefonisch te kunnen beantwoorden en deze graag op schrift te willen hebben. De huisarts wachtte op een vragenlijst van de ziektekostenverzekeraar, maar heeft deze nooit ontvangen. In tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar schrijft, is door de huisarts met de medisch adviseur niet gesproken over oefeningen en fysiotherapie die verzoeker kon aanwenden voor zijn lichamelijke problemen.
- 4.5. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar niet op de juiste gronden tot zijn beslissing is gekomen. Hij voldoet aan de voorwaarden voor een PGB vv, zodat dit aan hem dient te worden verstrekt.
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar niet met de huisarts heeft gesproken over de linkerarm. De huisarts wil alleen een schriftelijke verklaring geven, maar de ziektekostenverzekeraar weigert een brief te sturen met daarin de juiste vragen. Verzoeker heeft het vermoeden dat de ziektekostenverzekeraar hem ook niet tegemoet wil komen als de huisarts de vragen beantwoordt. Verzoeker kan zichzelf niet goed verzorgen met één arm. Zo kan hij bijvoorbeeld de nagels van zijn rechterhand niet knippen. Bovendien is scheren met één arm niet handig. Hij heeft dit eenmaal geprobeerd, en had toen diverse sneetjes.
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Tijdens de eerste beoordeling, die de ziektekostenverzekeraar op 10 februari 2017 heeft uitgevoerd, heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige en verzoeker. Ook is er contact geweest met de huisarts, waarbij deze mededeelde dat verzoeker geen verlamming heeft in de linker arm, maar dat sprake is van schouderklachten waarvoor hij wordt behandeld. Ook heeft de huisarts toegelicht dat in het verleden sprake is geweest van een fistel, maar dat verzoeker hiervoor al langere tijd niet bij de huisarts is geweest. De conclusie naar aanleiding van dit gesprek was dat bij verzoeker geen sprake is van een somatische problematiek. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op Persoonlijke Verzorging ten laste van de zorgverzekering, en hiermee ook niet op een PGB vv.

5.2. Verzoeker heeft medegedeeld al langere tijd niet bij de huisarts te zijn geweest, zodat deze niet op de hoogte was van de huidige situatie. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker geadviseerd contact op te nemen met de huisarts en aanvullende informatie aan te leveren.

5.3. Op 24 februari 2017 ontving de ziektekostenverzekeraar een verzoek tot herbeoordeling. Verzoeker was inmiddels bij de huisarts geweest; er zou sprake zijn van een veranderde situatie. Hierop heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om een verslag van de huisarts. Dit verslag van 15 maart 2017, dat afkomstig was van een andere huisarts, is door de ziektekostenverzekeraar op 17 maart 2017 ontvangen en vervolgens voorgelegd aan de medisch adviseur. Aansluitend vond uitvoerig intern overleg plaats binnen het medisch adviesteam en afstemming met de afdeling PGB. De conclusie was dat het zeer onwaarschijnlijk is dat de informatie van de huisarts niet volledig zou zijn. Op basis hiervan is de ziektekostenverzekeraar tot het oordeel gekomen dat geen aanleiding bestaat alsnog het PGB vv aan verzoeker toe te kennen. Verzoeker zou door oefening van zijn spieren, het aanleren van (nieuwe) vaardigheden en het gebruik van hulpmiddelen in staat moeten zijn in de eigen zorg te voorzien.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat uit het contact met de huisarts en de onderliggende stukken blijkt dat verzoeker met behulp van fysiotherapie en hulpmiddelen kan oefenen met zijn linkerarm. Verder kan hij zich verzorgen met zijn rechterarm. Het is van belang, ook gelet op zijn depressieve klachten, dat hij bezig blijft.

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 de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

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

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op 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. Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben alleen recht op verzorging als er sprake is

van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:

- sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of;
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

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. (...)"

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb verpleging en verzorging. U komt in aanmerking voor het pgb verpleging en verzorging als: (...)

3. U langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. (...)

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de verantwoordelijkheden en verplichtingen die bij het pgb verpleging en verzorging horen, uit te voeren. Een wettelijk vertegenwoordiger kan een ouder (voor kinderen tot 18 jaar), curator, bewindvoerder of mentor zijn. De verantwoordelijkheden en verplichtingen die u moet kunnen uitvoeren zijn bijvoorbeeld contracten afsluiten met een zorgaanbieder en deze controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten, zie hiervoor ook artikel 6;
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van het werkgeverschap;
- dat u in staat bent de zorgaanbieders die u heeft gecontracteerd op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg."

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Om voor een pgb verpleging en verzorging in aanmerking te komen moet u voldoen aan de navolgende voorwaarden:

1. U bent in het bezit van een door een BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot een van de doel -groepen zoals beschreven in artikel 2. Voor Intensieve Kindzorg moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige. (...)

3. U moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgaanbieder(s) die door ons zijn gecontracteerd. Dit noemen wij zorg in natura (ZIN). Indien u een combinatie wenst van zorg in natura met een pgb verpleging en verzorging, dan mag de indicatie maar door één zorgaanbieder worden gesteld.

4. Uw zorgvraag moet aansluiten bij één of meer van de volgende voorwaarden. Uit de indicatie moet blijken dat:


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

- 8.6. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2 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 zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv. Het PGB vv was ten tijde van de aanvraag nog niet bij wet geregeld.
- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.


9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het onderhavige geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.
- 9.2. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of bij verzoeker sprake is van somatische klachten waarvoor hij Persoonlijke Verzorging nodig heeft. In het verlengde daarvan dient de vraag te worden beantwoord of verzoeker aanspraak heeft op het PGB vv. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.3. In het advies van het Zorginstituut van 3 januari 2018 is door de medisch adviseur overwogen dat bij verzoeker geen sprake lijkt te zijn van een verlamming van de linkerarm. Wel lijkt er enig functieverlies te zijn, gelet op de door de (tweede) huisarts gerapporteerde atrofie van de linkerschouder, gevoelsverlies en krachtverlies van de biceps. In maart 2016 is verzoeker behandeld in het kader van basis GGZ. Uit het verslag hiervan blijkt dat verzoeker last heeft van PTSS met secundair depressieve klachten, maar dat ernstige beperkingen in het oordeelvermogen en ernstig initiatiefverlies niet aan de orde zijn. Met betrekking tot de fistel in het onderlichaam is door de huisarts telefonisch aan de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat deze niet meer actief is. In




het rapport van de tweede huisarts wordt de fistel niet genoemd. De medisch adviseur van het Zorginstituut is daarom van oordeel dat verzoeker zelf in zijn zelfzorg kan voorzien, en daarom niet is aangewezen op Verpleging en Verzorging ten laste van de zorgverzekering. Dit betekent dat de betreffende zorg niet in natura, maar evenmin in de vorm van een PGB vv kan worden verstrekt. Het Zorginstituut heeft dit advies bij brief van 8 maart 2018 gehandhaafd.



De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit leidt ertoe dat verzoeker geen aanspraak heeft op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.




Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering


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



Conclusie


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

- 
10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 21 maart 2018,



J.A.M. Strens-Meulemeester

