



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

Zaaknummer : 201700696

Zittingsdatum : 7 februari 2018

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

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (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 Aanvullend Tand 1 ster 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 aanvullende ziektekostenverzekering 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 3 oktober 2016 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 brief van 27 oktober 2016 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 brief van 18 juli 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 (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 22 november 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 november 2017 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 december 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 december 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 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 27 december 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017052759) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van de beschikbare informatie niet kan worden vastgesteld dat sprake is van een medische noodzaak voor een vaste zorgverlener of voor het leveren van zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen of voor 24 uur zorg in de nabijheid of op afroep. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 2 januari 2018 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 februari 2018 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 9 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. Bij brief van 19 februari 2018 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht, inhoudende dat het verzoek dient te worden afgewezen op de grond dat niet is gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener. Een afschrift van dit advies is op 22 februari 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker heeft op 2 maart 2018 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift hiervan is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft samen met verzoeker het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar ingevuld en hierop toegelicht: "(...) een beperking, beide benen amputatie (...) wassen, aankleden, prothese helpen aantrekken, douchen, medicijnen geven (...)". De wijkverpleegkundige heeft bij verzoeker een indicatie gesteld voor Persoonlijke Verzorging van vijf uren en vijftien minuten per week.
- 4.2. In juli 2012 is bij verzoeker vanwege een bloedvergiftiging het rechter been boven de knie geamputeerd. In april 2013 volgde amputatie van het linker been. Verzoeker heeft het moeilijk met het verlies van zijn benen. Hij is vaak agressief en boos. Daarnaast is hij argwanend, omdat hij bang is dat iemand misbruik maakt van zijn kwetsbare situatie. In het ziekenhuis en het revalidatiecentrum maakte hij voortdurend ruzie met het personeel. Hij is zelfs eerder ontslagen vanwege de onhoudbare situatie. In verband met deze problematiek bezoekt verzoeker een psycholoog en gebruikt hij een antidepressivum. De zorgverlener die verzoeker heeft ingehuurd voelt hem haarfijn aan, omdat zij hem al kent sinds hij een baby was. Zij neemt de tijd voor hem en verzorgt ook het huishouden, waardoor maar één zorgverlener over de vloer hoeft te komen.
- 4.3. De Wlz-indicatie waarover verzoeker beschikte, liep af in april 2016. Hij heeft hierop een aanvraag gedaan bij de ziektekostenverzekeraar. Deze is helaas in de post verloren geraakt, en in september 2016 heeft verzoeker een nieuwe aanvraag ingediend. Dat de zorg werd afgewezen was voor

hem een grote klap. Vanaf april 2016 heeft verzoeker zijn zorgverlener niet meer kunnen betalen, hetgeen hem veel stress geeft.

Verzoeker zou graag zorg in natura accepteren als dit voor hem passend zou zijn. Voor zowel de medewerkers van de thuiszorgorganisatie als voor verzoeker is dit echter niet veilig, gezien zijn opvliegende en agressieve buien.

4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de beslissing tot afwijzing van het PGB vv niet beargumenteerd. In de afgelopen jaren heeft verzoeker laten zien dat hij zijn administratie goed op orde heeft. Voor PGB-budgetten gelden lagere tarieven dan voor zorg in natura, zodat het voor de ziektekostenverzekeraar ook goedkoper is het PGB vv te verstrekken dan zorg in natura te vergoeden. Budgethouders geven ongeveer een kwart minder uit dan wanneer zij zorg in natura zouden gebruiken.

4.5. Verzoeker doet een beroep op de elementaire principes van mensenrechten zoals verwoord in het Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap (VRPH). Hierbij gaat het om respect voor de waardigheid, persoonlijke autonomie, participatie en inclusie. Verzoeker wenst als volwaardig persoon aan de samenleving te kunnen deelnemen.

4.6. Ter zitting is door verzoeker opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar wist dat er meer aan de hand was en nader onderzoek had moeten doen, maar dit heeft nagelaten. Verzoeker heeft in de tussenliggende periode zorg ontvangen, maar kon zijn zorgverlener hiervoor niet betalen. Verder vraagt verzoeker specifieke aandacht voor de brief van de psycholoog van 1 juni 2017. Hieruit blijkt dat het bij hem gaat om een andere situatie dat in het door de ziektekostenverzekeraar aangehaalde bindend advies van de commissie.

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. Verzoeker heeft aanspraak op Persoonlijke Verzorging ten laste van de zorgverzekering. De aanvraag voor het PGB vv is afgewezen omdat zijn zorgvraag niet voldoet aan de voorwaarden zoals omschreven in artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Uit de indicatie, het bewust keuze gesprek en de ingediende klacht blijkt niet dat verzoeker zorg nodig heeft die moeilijk is in te plannen. De uren die zijn geïndiceerd, kunnen ook worden geleverd door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Er bestaat geen medische noodzaak voor een vaste zorgverlener. Ook heeft verzoeker geen vaste zorgverlener nodig vanwege specifieke (eigen) zorgverlening of specifieke hulpmiddelen.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat verzoeker in het verleden een PGB ontving via de AWBZ (thans: Wlz). Thans valt het PGB onder de Zvw, zodat de ziektekostenverzekeraar aan die wet heeft getoetst. Er moet een noodzaak bestaan voor een vaste zorgverlener, doch hiervan is bij verzoeker niet gebleken. Het gaat om gewone handelingen zoals douchen, welke zorg een gecontracteerde zorgaanbieder ook kan bieden. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar het bindend advies van de commissie met nummer 201600473. In deze kwestie heeft het Zorginstituut toegelicht dat, wil sprake zijn van de noodzaak voor een vaste zorgverlener, de betreffende zorgverlener bepaalde vakkennis moet hebben die een gemiddelde zorgverlener niet heeft. Of er moet sprake zijn van een psychiatrische voorgeschiedenis met opname.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' 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 1 tot en met 39 van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering.

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

"In artikel 16, 17, en 29 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat. (...)

Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (PGB) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. (...)"

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

"Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft, is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb vv. U komt in aanmerking voor het pgb vv als u onder één of meerdere van de hieronder beschreven doelgroepen valt: (...)

3) u langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 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 (Wettelijk vertegenwoordiger: ouder voor kinderen tot 18 jaar, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in contracten afsluiten met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten. Zie hiervoor ook artikel 6.*

We maken hierbij een onderscheid in (wettelijk) vertegenwoordigers. Een ouder (voor kinderen tot 18 jaar) of curator is bevoegd om overeenkomsten te ondertekenen en is daarmee eindverantwoordelijke. Een door u aangewezen vertegenwoordiger uit de familie (met uitzondering

van ouders van kinderen tot 18 jaar), bewindvoerder of mentor, mag wel de zaken voor u regelen, maar u moet zelf de overeenkomsten ondertekenen, wat betekent dat u dan eindverantwoordelijk bent;

- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap;
- dat u in staat bent de zorgverleners waar u een overeenkomst mee heeft gesloten 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' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Om voor een pgb vv in aanmerking te komen, moet u voldoen aan de onderstaande voorwaarden: 1) u heeft een door een BIG geregistreerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden nodig én moet u behoren tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2. Voor IKZ moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.

2) u bent in bezit van een indicatie van de medisch specialist, als u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op medisch specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT).

3) u moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgverlener(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 vv, dan mag de indicatie maar door 1 zorgverlener 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 heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- u zorg nodig heeft 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 heeft die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- er een noodzaak is voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

8.6. Artikel 28 van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1.1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. 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

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 verzoeker behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. De vraag is of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.

9.3. De zorg die verzoeker ontvangt, bestaat uit hulp bij het wassen en douchen, het aankleden, het aan- en uittrekken van de beenprothesen en het aanreiken van medicatie. Dit betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn.
Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft, dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Dat verzoeker ruzie maakt met zorgverleners vormt niet een zodanige noodzaak. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van een vaste zorgverlener die hem goed kent, betekent dit niet dat een thuiszorgorganisatie de noodzakelijke zorg niet aan verzoeker kan verlenen en hierbij rekening kan houden met zijn problematiek en de gevolgen hiervan.
Het voorgaande leidt ertoe dat verzoeker geen aanspraak heeft op het PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

9.4. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd, waaronder dat hem eerder ten laste van de Wlz een PGB vv is verstrekt en dat het PGB vv voor de ziektekostenverzekeraar goedkoper is dan het verstrekken van zorg in natura, kan niet leiden tot een ander oordeel. Het zelfde geldt ten aanzien van het gestelde met betrekking tot het VRPH, aangezien aan verzoeker de mogelijkheid van zorg in natura wordt geboden. In dat licht zijn onvoldoende feiten en omstandigheden gesteld die aannemelijk maken dat in de situatie van verzoeker sprake is van schending van de regels van dit verdrag.

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,



A.I.M. van Mierlo

