



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem,
vertegenwoordigd door Turien en Co Assuradeuren B.V. te Alkmaar
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201602410
Zittingsdatum : 10 mei 2017

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, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

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

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door Turien en Co Assuradeuren B.V. te Alkmaar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering Natura (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 IZA Cura Aanvullend Rotterdampakket 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 Eigen Risico is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg 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 brieven van 2 maart 2016 en 10 juni 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 brieven van 24 maart 2016, 4 augustus 2016 en 28 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 9 november 2016 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 30 januari 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 1 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 maart 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 maart 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 maart 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 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 6 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 15 maart 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017010945) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit de in het dossier aanwezige informatie blijkt dat de zorgvraag enkel betrekking heeft op planbare zorg. Er is geen medische noodzaak voor een vaste zorgverlener. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 16 maart 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 mei 2017 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 11 mei 2017 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 15 mei 2017 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"Dagelijkse verzorging door familielid. Wassen, aankleden e.d. (...) Door gezondheid[s]problemen en depressie. (...) Wegens lichamelijke gebreken heeft meneer hulp nodig bij dagelijkse rituelen zoals wassen en aankleden. (...)".* De indicierend wijkverpleegkundige heeft bij verzoeker een indicatie gesteld van zeven uren Persoonlijke Verzorging per week.
- 4.2. Verzoeker behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 3 leden 1 tot en met 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat verzoeker niet voldoet aan artikel 3 lid 4 van genoemd reglement, omdat voor de variabele tijden van de benodigde zorg geen medische noodzaak bestaat. Daarbij zijn de klachten volgens de ziektekostenverzekeraar psychisch van aard, terwijl het PGB vv alleen kan worden toegekend in verband met somatische klachten. Deze eis is evenwel - gelet op artikel 2 van het reglement - enkel aan de orde indien het gaat om een verzekerde jonger dan 18 jaar. Aangezien verzoeker ouder is dan 18 jaar, speelt dit in zijn situatie niet.
- 4.3. Door de indicierend wijkverpleegkundige is verklaard dat verzoeker een indicatie heeft voor de benodigde zorg. De ziektekostenverzekeraar kan in dezen geen inhoudelijke toets uitvoeren, namelijk of er een noodzaak is voor vaste zorgaanbieders in verband met de specifieke zorgverlening. Aangezien een indicatie is gesteld, verzoeker voldoet aan de overige voorwaarden, en niet is gebleken dat uitsluitend bij somatische klachten een PGB vv kan worden toegekend, had

de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor het PGB vv niet mogen afwijzen. Verzoeker vordert dan ook nakoming van de tussen hem en de ziektekostenverzekeraar bestaande overeenkomst.

- 4.4. Zorg in natura is voor verzoeker geen toereikende voorziening en/of passend alternatief, aangezien bij hem geen sprake is van planbare zorg, en hij vanwege zijn psychische klachten geen behoorlijke vertrouwensrelatie kan opbouwen met vreemde mensen. Verzoeker heeft voorts lichamelijke klachten, waaronder pijnklachten. Hij gebruikt hiervoor medicatie, maar deze heeft onvoldoende werking. Als gevolg van de pijnklachten heeft verzoeker een verstoord dag- en nachtritme. Dit houdt in dat hij de ene dag om zeven uur 's ochtends wakker wordt en op een andere dag om elf uur. Als hij door de pijn 's nachts niet in slaap kan komen, moet hij nagenoeg de hele ochtend in bed blijven. Het is voor verzoeker niet mogelijk om op van tevoren afgesproken tijdstippen te worden gewassen en aangekleed. De zorgverlener die verzoeker met behulp van het PGB vv inzet, kan op de door hem gewenste momenten zorg verlenen.
- 4.5. Ter zitting wordt door verzoeker de standpunten herhaald. Ter aanvulling wordt aangevoerd dat verzoeker door zijn medicatiegebruik problemen heeft met de stoelgang waardoor hij op wisselende tijdstippen zorg nodig heeft die niet vooraf kan worden ingepland. Voorts vindt verzoeker het opmerkelijk dat de ziektekostenverzekeraar geen contact heeft opgenomen met de wijkverpleegkundige aangezien zij de indicatie heeft afgegeven. Gelet op alle problematiek kan niet anders worden geconcludeerd dan dat verzoeker voldoet aan de voorwaarden voor een PGB vv. Daarnaast zijn ook de voorwaarden van 2017 van toepassing aangezien verzoeker ook dit jaar zorg heeft genoten.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Met ingang van 1 januari 2015 is het PGB vv overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Op grond van de Zvw bestaat aanspraak op een PGB vv indien wordt voldaan aan de voorwaarden, zoals vastgelegd in het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar. De voorwaarden in dit reglement zijn ontleend aan de bestuurlijke afspraken, zoals overeengekomen door het Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland en de belangenorganisatie Per Saldo.
- 5.2. In genoemd reglement is onder andere bepaald dat de zorgvraag moet aansluiten bij één of meer van de volgende voorwaarden:
- de verzekerde heeft vaak zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
 - de verzekerde heeft zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden e/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
 - de verzekerde heeft zorg nodig die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
 - er bestaat een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
- 5.3. Op het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' is toegelicht dat verzoeker hulp nodig heeft bij het wassen van het onderlichaam, en bij het aantrekken van de broek, sokken en schoenen. Er is sprake van één zorgmoment per dag. Op twee dagen in de week, meestal in de middag, wordt deze zorg geboden door de neef van verzoeker. Verzoeker voelt zich in de ochtend vaak niet goed. De persoonlijke verzorging op de andere dagen in de week wordt uitgevoerd door verzoeker zelf. Omdat dit eigenlijk nauwelijks haalbaar is, is een aanvraag gedaan voor een hoger aantal uren zorg. Vanwege de psychische gesteldheid van verzoeker wenst hij geen zorg te ontvangen van vreemden. In het reglement is echter bepaald dat een PGB vv alleen kan worden toegekend vanwege somatische klachten. Aangezien de zorgbehoefte van verzoeker op variabele momenten mede wordt bepaald door zijn psychische gesteldheid, kan aan hem geen PGB vv worden toegekend.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar de standpunten herhaald. Ter aanvulling stelt de ziektekostenverzekeraar dat de aanvraag leidend is voor de beoordeling. Aangezien het aanvraagformulier op 30 mei 2016 is ingevuld, dient deze dan ook te worden getoetst aan de voorwaarden voor 2016. Verzoeker is per 1 januari 2017 niet meer bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten.
Voorts is op het ingevulde aanvraagformulier niet vermeld dat verzoeker last heeft van een onregelmatige stoelgang. Ook uit de antwoorden op de aanvullende vragenlijst blijkt geen sprake van wisselende zorg die niet planbaar is.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering 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 aan verzoeker 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 gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar 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 cliëntsysteem 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. (...)

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

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:

"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. Voor Intensieve Kindzorg moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.
2. U bent in het 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 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 de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Verpleging en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv.

Het PGB was ten tijde van het geschil als zodanig 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 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. Verzoeker heeft aangevoerd dat de indicierend wijkverpleegkundige bij hem een indicatie heeft gesteld van zeven uren Persoonlijke Verzorging per week, en dat de ziektekostenverzekeraar deze indicatie als een gegeven moet beschouwen. Daarom mag zijns inziens niet worden getoetst of is voldaan aan de voorwaarden die het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar stelt, met name ten aanzien van de noodzaak van een vaste zorgverlener vanwege de specifieke zorgverlening. Dienaangaande merkt de commissie op dat verzoeker zich met het afsluiten van de zorgverzekering heeft geconformeerd aan het bijbehorende reglement, zodat hetgeen hierin is bepaald, hem kan worden tegengeworpen. Om die reden mag door de ziektekostenverzekeraar worden beoordeeld of is voldaan aan de in het reglement gestelde voorwaarden, ook als een (medische) indicatie is gesteld.

Niet in geschil is dat verzoeker behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van genoemd reglement. De vraag is of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van het reglement stelt.

- 9.3. De zorg die verzoeker ontvangt bestaat, blijkens de aanvraag die in dit kader als uitgangspunt wordt genomen, uit hulp bij het aan- en uitkleden van het onderlichaam, het wassen van het onderlichaam en het wassen van de rug. 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. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van zijn neef, mede in verband met de psychische klachten die hij ondervindt, 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. De aanwezigheid van een psychische problematiek vormt op zich geen reden voor een vaste zorgverlener. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoeker geen aanspraak heeft op het 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, 31 mei 2017,



H.A.J. Kroon







