



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Verpleging en verzorging, PGB, hoogte aantal uren, vergoeding proceskosten
Zaaknummer : 201700473
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, 2.29a-c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

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

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

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering 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 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).

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) op basis van 21 uren Persoonlijke Verzorging en 7 uren Verpleging per week. Bij brief van 6 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat aan haar een PGB vv wordt toegekend van op basis van 15 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging en 6 uren Verpleging per week.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 30 januari 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 30 juni 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is (i) haar met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017 een PGB vv toe te kennen op basis van 21 uren Persoonlijke Verzorging en 7 uren Verpleging per week, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, alsmede (ii) de proceskosten te vergoeden (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 30 augustus 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 september 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 september 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 18 september 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. 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 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft in 2006 een beroerte gehad met als gevolg krachtverlies in haar rechterarm en -been. Daarnaast is zij visueel gehandicapt. In beide ogen is sprake van macula degeneratie en de kwaliteit van haar ogen verslechtert ieder jaar. De behandelend oogarts van het Oogziekenhuis Rotterdam heeft in dit verband op 10 maart 2017 het volgende over verzoekster verklaard: *“Pat. is blind en al vele jaren in het oogziekenhuis onder behandeling”*. Verder is verzoekster bekend met Diabetes Type II en heeft zij uitstulpingen in haar darmen waardoor zij problemen heeft met haar ontlasting. Vanwege voornoemde aandoeningen is verzoekster aangewezen op de verzorging en verpleging door haar dochter, bij wie zij inwoont.
- 4.2. Verzoekster maakt sinds 2015 gebruik van een PGB. Ten behoeve van haar is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een PGB vv met ingang van 1 januari 2017. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het daarbij gevoegde zorgplan onder andere het volgende over verzoekster verklaard: *“(…) Mw. is op 2 oktober voor 2 dagen opgenomen geweest in het ziekenhuis voor een maag/darmonderzoek. (…) Uit het onderzoek kwam naar voren dat mw. uitstulpingen in haar darmen heeft, waar de ontlasting achter blijft zitten. De arts uit het ziekenhuis heeft ook klysma’s voorgeschreven 3 a 4 keer per week. Mw. kan dit niet zelf, de dochter van mw. doet dit. (…) Als gevolg van haar diabetes is mw. haar zicht achteruit gegaan. Ze is hierdoor niet in staat om zelf haar bloedsuikers te prikken en de insuline te spuiten. Mw. kan op de spuit niet lezen hoeveel insuline ze heeft opgedraaid. Ook het zelfstandig bloedsuiker prikken lukt niet, omdat mw. het apparaat niet goed kan bedienen. De dochter van mw. doet dit. Haar bloedsuikers wisselen sterk en daardoor wordt er op meerdere moment[en] op een dag gecontroleerd. Dit kan ook in de nacht zijn. Mw. voelt het aan als de bloedsuiker gaat dalen en dan waarschuwt ze haar dochter. (…) Mw. is niet in staat zelf haar eten te berei[d]en door haar slechtzienheid. Voor het opscheppen en snijden van het eten is mw. ook afhankelijk van haar dochter. (…) Het is in het belang van de suikerziekte van mw. dat ze regelmatig eet en drinkt. (…) Mw. gebruikt meerder[e] soorten medicatie voor haar aandoeningen. De dochter van [mw.] geeft deze aan mw. omdat ze dit niet zelfstandig kan. (…) Mw. loopt door haar slechter zicht moeizaam. Ze is afhankelijk van haar dochter. Haar dochter helpt haar bij de ADL zorg in de ochtend en de avond. (…) Mw. wordt door haar dochter begeleid[t] naar het toilet. Ook bij het verplaatsen buitenshuis is mw. van haar dochter afhankelijk. (…)”*. De indicierend verpleegkundige heeft een indicatie gesteld van 21 uren Persoonlijke Verzorging en 7 uren Verpleging per week.

- 4.3. Verzoekster stelt dat zij geen expliciete machtiging aan de verpleegkundige heeft verstrekt, op basis waarvan deze namens haar akkoord had mogen gaan met een verlaging van het aantal geïndiceerde uren. Zij heeft de verpleegkundige gevraagd deze gang van zaken te verklaren. De ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat verzoekster tijdens een telefonisch contact op 5 januari 2017 heeft ingestemd met de toekenning van een PGB vv voor *totaal* 21 uren en 45 minuten per week. Verzoekster betwist voorgaande niet, doch zij heeft hiermee ingestemd uit angst dat zij anders helemaal geen PGB vv zou ontvangen. Aan verzoekster is tijdens het telefonisch contact namelijk medegedeeld dat als zij niet akkoord zou gaan, aan haar geen PGB vv zou worden toegekend. Omdat dit ernstige financiële gevolgen zou hebben voor haar dochter, die in dat geval de huur van haar woning niet meer zou kunnen opbrengen, heeft verzoekster ingestemd met een lager aantal uren dan oorspronkelijk door de verpleegkundige geïndiceerd.
- 4.4. Verzoekster merkt verder op dat zij niet begrijpt dat het budget dat zij ontvangt ieder jaar lager wordt, terwijl haar gezondheidstoestand - met name haar gezichtsvermogen - juist verslechtert. Voorts verklaart zij inmiddels begeleiding te ontvangen vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo), echter het aantal toegekende uren is voor haar niet afdoende.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunten herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat het aantal uren volgens de ziektekostenverzekeraar tijdens een telefonisch overleg met de indicierend wijkverpleegkundige is verlaagd. Er is echter geen bandopname van dit gesprek overgelegd. Volgens verzoekster is de wijkverpleegkundige onder druk gezet. In het zorgplan, dat zorgvuldig tot stand is gekomen, is uitgebreid gemotiveerd hoeveel zorg verzoekster nodig heeft. De wijkverpleegkundige is echter niet meer werkzaam bij de thuiszorgorganisatie, zodat bij haar geen verklaring kan worden opgevraagd. Verzoekster betwist telefonisch te hebben ingestemd met een verlaging van het aantal uren. Verzoekster heeft verder gesteld dat er kennelijk ruimte is om af te wijken van de standaard, nu 60 in plaats van 50 minuten is toegekend voor ochtendzorg. Ze vraagt zich af waarom een verhoging naar 75 minuten niet mogelijk is. Verzoekster heeft nog opgemerkt dat zij, nadat zij bezwaar had gemaakt, op gesprek is geweest bij de ziektekostenverzekeraar.
- 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een PGB vv aangevraagd voor 21 uren Persoonlijke Verzorging en 7 uren Verpleging per week. Tijdens het Bewust Keuze Gesprek dat op 16 december 2016 met verzoekster heeft plaatsgevonden, heeft zij medegedeeld dat de zorg die zij van haar dochter ontvangt, bestaat uit hulp bij het wassen, het aan- en uitkleden, en de toiletgang, alsmede dat zij door haar dochter wordt verzorgd in verband met diabetes. In het overgelegde zorgplan heeft de indicierend verpleegkundige de indicatie voor Persoonlijke Verzorging als volgt onderbouwd:
"- Ochtend ADL (1 uur en 15 minuten per dag)
- Omkleden voor de nacht (30 minuten per dag)
- Begeleiding (30 minuten per dag)
- Hulp bij toiletgang (45 minuten per dag)."
De indicatie voor Verpleging is als volgt onderbouwd:
"- Aanreiken medicatie en insuline spuiten (45 minuten per dag)
- Klysma (3x per week a 20 minuten per keer)".
In het zorgplan komt de verpleegkundige tot een indicatie van 6 uren Verpleging per week. Omdat dit aantal uren afwijkt van het aantal geïndiceerde uren zoals vermeld op het aanvraagformulier, is hierover telefonisch contact opgenomen met de verpleegkundige. Bij die gelegenheid heeft de verpleegkundige medegedeeld dat moet worden uitgegaan van 6 uren Verpleging per week. Voorts heeft de verpleegkundige verklaard dat de zorg in de ochtend ruim is geïndiceerd en dat deze zorg kan worden teruggebracht tot 60 minuten per dag. Verder blijkt uit het zorgplan dat er

zorg is geïndiceerd die niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt, namelijk 30 minuten begeleiding per dag. In overleg met de indicierend wijkverpleegkundige is de indicatie aangepast naar 15 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging en 6 uren Verpleging per week. Op 5 januari 2017 is de verlaging van het aantal uren telefonisch met verzoekster besproken en heeft zij hiermee ingestemd.

- 5.2. Verzoekster heeft nadien aangevoerd dat de verpleegkundige de indicatie niet zonder voorafgaand overleg met haar had mogen aanpassen, en dat de ziektekostenverzekeraar de indicatie niet had mogen verlagen enkel op basis van het telefoongesprek met de verpleegkundige. Blijkens de brief aan de commissie van 30 juni 2017 zal verzoekster zelf een verklaring bij de verpleegkundige opvragen, zodat de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding ziet op dit standpunt te reageren.
- 5.3. Volgens verzoekster is sprake van een verslechtering van haar medische situatie. Uit de door haar overgelegde stukken volgt dit evenwel niet. In dit verband merkt de ziektekostenverzekeraar op twee verklaringen van de medisch specialist van het Oogziekenhuis te hebben ontvangen waarin is vermeld dat verzoekster blind is en al enkele jaren onder behandeling is bij het ziekenhuis. Deze visuele handicap is bij de ziektekostenverzekeraar bekend en door hem wordt ook niet ontkend dat verzoekster als gevolg van - onder andere - deze beperking hulp nodig heeft bij haar Persoonlijke Verzorging en Verpleging. Beide verklaringen zijn meegenomen in de beoordeling. De ziektekostenverzekeraar ziet hierin echter geen aanleiding verzoekster een PGB vv toe te kennen voor een hoger aantal uren.
- 5.4. Met betrekking tot de stelling van verzoekster dat de begeleiding die zij inmiddels op grond van de Wmo ontvangt niet afdoende is, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat de Wmo andere voorwaarden en criteria stelt ten aanzien van de vraag of, en zo ja hoeveel uren vanuit deze wet kunnen worden toegekend.
- 5.5. Wat betreft de verlaging van het budget merkt de ziektekostenverzekeraar op dat er wijzigingen hebben plaatsgevonden bij de overheveling van het PGB van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet. In het overgangsjaar 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar alle budgetten afgegeven op basis van het (hoge) formele tarief. Nadat het overgangsrecht was vervallen, zijn budgetten afgegeven op basis van het formele dan wel het (lage) informele tarief, afhankelijk van de kwaliteit van de zorgverlener. Het is de ziektekostenverzekeraar niet bekend welk tarief vóór 2017 bij verzoekster is gehanteerd, aangezien zij pas met ingang van 1 januari 2017 bij hem is verzekerd.
- 5.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat het aantal uren in overleg met verzoekster is verlaagd. In het zorgplan zijn uren geïndiceerd voor begeleiding. Begeleiding valt echter niet onder de aanspraak vanuit de zorgverzekering. Dit staat beschreven in de bestuurlijke afspraken die zijn gemaakt. Voorts is de zorg in de ochtend ruim geïndiceerd, zodat dit is teruggebracht tot 60 minuten. De ziektekostenverzekeraar heeft verwezen naar een bindend advies van de commissie (201600762) waarbij ook sprake was van een verlaging van het aantal uren. Het verzoek werd in die situatie afgewezen. De ziektekostenverzekeraar merkt nog op bij het toekennen van een PGB vv geen rekening te mogen houden met het niet kunnen betalen van de huur en/of eten. Bij de beoordeling van de aanvraag voor een PGB vv staat de zorgvraag voorop. Voorts is nog opgemerkt dat 75 minuten per dag voor ochtendzorg erg ruim is.
- 5.7. 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 (i) het PGB vv met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017 te verhogen naar totaal 28 uren per week, en (ii) de proceskosten te vergoeden.

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 39 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 vergoeding van de kosten van verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling.
(...)*

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 vergoeding van de kosten van 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 5 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar regelt de aanvraag voor het PGB vv en luidt, voor zover hier van belang:

*“1.1 De aanvraag van een pgb vv vindt plaats door indiening van het pgb-aanvraagformulier. U dient ons aanvraagformulier te gebruiken. Dit pgb-aanvraagformulier bestaat uit twee delen: (I) het verpleegkundige deel en (II) het verzekerde deel. Het verpleegkundige deel (I) bestaat uit de door de verpleegkundige (zoals beschreven in artikel 5.3) vastgestelde indicatie en te beantwoorden vragen zodat wij kunnen bepalen of uw zorgvraag aansluit bij de in artikel 5.3 en 5.4 genoemde voorwaarden. Het gaat hier om de aard, omvang en duur van de beoogde zorg. Deel I van het aanvraagformulier moet u laten invullen door de verpleegkundige die de indicatie stelt. De indicatie dient gesteld te worden nadat de verzekerde gezien is door de verpleegkundige die de indicatie stelt. Het verzekerde deel (II) wordt door u zelf volledig ingevuld en ondertekend. In het verzekerde deel (II) van het pgb aanvraagformulier 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 vv wenst te contracteren. U vindt het pgb aanvraagformulier op onze website.
(...)*

2. Uw aanvraag voor een pgb vv wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en eventueel een bewust keuze gesprek. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en 3 en er zijn geen weigeringsgronden (artikel 4) van toepassing, krijgt u toestemming voor een pgb vv.

3. U bent in het bezit van een door een BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging heeft opgesteld, nadat hij/zij u in uw thuissituatie heeft gezien; (...)."

- 8.5. Artikel 6 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar regelt de toekenning van een PGB vv en luidt, voor zover hier van belang:

"1. De ingangsdatum van het pgb vv is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het pgb vv ook op een latere datum in laten gaan;
(...)

3. In de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw pgb vv vast. De looptijd van uw pgb vv is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het pgb vv aan u is toegekend en mits u een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode nog steeds een pgb vv wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe pgb vv aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5. Beschikt u reeds over een toekenningsverklaring met een looptijd van 5 jaar, dan blijft deze geldig tenzij de zorgvraag wijzigt.

4. Voor de vaststelling van de hoogte van uw pgb vv gaan wij uit van:

- de aangevraagde uren pgb vv die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd, en/of de uren MSVT die door de medisch specialist zijn geïndiceerd en;
- de maximale tarieven voor formele en informele zorgverleners en;
- het door u ingevulde schema bij punt 7 en 8 van deel 2: Verzekerde deel van het aanvraagformulier.

5. Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het pgb vv is vastgesteld.
(...)

7. De toekenning, beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het pgb vv wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.
(...)

9. Bij de berekening van het budget wordt er gerekend met de tarieven voor formele en informele tarief artikel 7.2. Hierbij wordt gekeken naar het aanvraagformulier deel 2 waarop vermeld staat bij welke zorgaanbieders er zorg wordt ingekocht."

- 8.6. Artikel 8 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar regelt de verplichtingen van de budgethouder en luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

8. U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige, de huisarts en de behandelend specialist om uw (medische) gegevens omtrent de PGB aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien op het moment dat het nodig is voor een juiste uitvoering van uw verzekering. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur of verpleegkundig adviseur.
(...)"

- 8.7. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 5, 6 en 8 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens de artikelen 2.1, 2.3 en 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.8. Artikel 11, eerste lid, 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.
In artikel 13a Zvw is de aanspraak op verpleging en verzorging in de vorm van een PGB opgenomen.
Verpleging en verzorging is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv. Het PGB vv is opgenomen in de artikelen 2.29a tot en met 2.29c Rzv.

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. Het onderhavige geschil heeft betrekking op het aantal uren waarvoor door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een PGB vv is toegekend. Met betrekking hiertoe geldt het volgende.

Gelet op artikel 6.4 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar wordt voor de vaststelling van de hoogte van het PGB vv uitgegaan van de aangevraagde uren PGB vv die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd. Uit de redactie van artikel 5, eerste lid, onderdeel 1, het derde lid, en het negende lid, van genoemd reglement volgt dat de indicerende verpleegkundige verantwoordelijk is voor de indicatiestelling.

Vast staat dat met het op 26 oktober 2016 ingevulde 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging' door de verpleegkundige een indicatie is gesteld voor 21 uren Persoonlijke Verzorging en 7 uren Verpleging per week, met een ingangsdatum van 1 januari 2017 en een einddatum van 31 december 2018.

9.2. Omdat de ziektekostenverzekeraar, mede gelet op het door de verpleegkundige opgestelde, en bij de aanvraag overgelegde zorgplan, kennelijk van mening was dat het aantal geïndiceerde uren onvoldoende onderscheidenlijk onjuist was onderbouwd, heeft deze telefonisch contact opgenomen met de betrokken verpleegkundige. De ziektekostenverzekeraar was hiertoe, gezien artikel 8, achtste lid, van het reglement, bevoegd. De verpleegkundige heeft verklaard dat ten aanzien van het aantal uren Verpleging dient te worden uitgegaan van de 6 uren per week zoals opgenomen in het zorgplan in plaats van de 7 uren die zijn aangevraagd. Voorts heeft zij verklaard dat voor de zorg bij ADL in de ochtend een ruime indicatie is gesteld van 75 minuten per dag, en dat deze kon worden teruggebracht tot 60 minuten per dag. Verder is 30 minuten per dag aan begeleiding geïndiceerd, welke zorg niet tot het domein van de Zvw behoort. In overleg met de verpleegkundige is de indicatie op 15 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging en 6 uren Verpleging per week gesteld.

9.3. Volgens verzoekster had de verpleegkundige de indicatie niet zonder haar expliciete toestemming mogen verlagen en had de ziektekostenverzekeraar niet enkel op basis van het telefoongesprek met de verpleegkundige mogen beslissen tot een verlaging van de indicatie. Zoals onder 9.1 is overwogen, behoort de indicatiestelling tot de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige. Hieraan doet niet af dat het aan de ziektekostenverzekeraar is te beoordelen of sprake is van verzekerde zorg, of is voldaan aan de in de polisvoorwaarden en het reglement opgenomen eisen,

en of de zorg doelmatig is. Om dat na te gaan, is de toestemming van verzoekster niet vereist (waarbij de commissie verder in het midden kan laten wat exact tijdens het telefoongesprek op 5 januari 2017 tussen de ziektekostenverzekeraar en verzoekster is gezegd). De commissie volgt de ziektekostenverzekeraar in zijn stelling in dit verband dat begeleiding niet tot de aanspraak verpleging en verzorging vanuit de Zvw, maar tot het domein van de Wmo behoort. De commissie is gelet op het voorgaande van oordeel dat grond bestond voor aanpassing van het aantal uren. Verzoekster heeft derhalve met ingang van 1 januari 2017 aanspraak op een PGB vv op basis van 15 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging en 6 uren Verpleging per week. Voor toekenning van een hoger aantal uren ziet de commissie gezien het hiervoor overwogene geen grond. Ten overvloede merkt de commissie op dat indien verzoekster van mening is dat haar gezondheidssituatie inmiddels is verslechterd, waardoor zij een hoger aantal uren zorg nodig heeft, zij om een herindicatie kan vragen en een nieuwe aanvraag voor een PGB vv kan indienen.

- 9.4. Verzoekster heeft verklaard dat zij niet begrijpt dat zij jaarlijks een lager budget ontvangt terwijl haar gezondheidstoestand alsmaar verslechtert. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband toegelicht dat dit een gevolg is van de overheveling van het PGB vanuit de AWBZ naar de Zvw, en dat het huidige budget dat aan verzoekster is toegekend, is berekend op basis van het tarief voor een informele zorgverlener zoals dit is vastgelegd in het reglement. Hoewel het geding ziet op de *het aantal uren* waarvoor aan verzoekster een PGB vv is toegekend, en niet op het hierbij te hanteren tarief, wenst de commissie op te merken dat in de regelgeving noch in de bestuurlijke afspraken die zijn gemaakt door ZN, Per Saldo en het Ministerie van VWS ten aanzien van het PGB vv, iets is geregeld over de hoogte van de tarieven. Het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar bepaalt het tarief dat maximaal wordt vergoed, en dat volgens de ziektekostenverzekeraar toereikend is. Hierbij geldt hetzelfde tarief voor alle verzekerden. Aangezien de ziektekostenverzekeraar op veel onderdelen van de zorgverzekering de hoogte van de vergoeding bepaalt - gedacht kan bijvoorbeeld worden aan diverse hulpmiddelen -, en niet is vastgelegd wat de minimale hoogte van het PGB vv moet zijn, ligt het in de rede dat de ziektekostenverzekeraar de hoogte hiervan opneemt in het reglement. Aldus kan een (aspirant) verzekerde hiervan kennis nemen en de vergoeding betrekken in zijn keuze de verzekering aan te gaan onderscheidenlijk voort te zetten dan wel over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Verzoekster is contractueel gebonden aan het reglement, zodat hetgeen hierin is opgenomen met betrekking tot de hoogte van het te vergoeden tarief haar kan worden tegengeworpen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Proceskosten

- 9.6. De commissie ziet - gelet op hetgeen hiervoor is overwogen - geen grond tot toekenning van de gevorderde proceskosten.

Conclusie

- 9.7. 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

