



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De erven van wijlen A, vertegenwoordigd door B te C, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget, slaapdiensten
Zaaknummer : 201702137
Zittingsdatum : 29 augustus 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

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

1. Partijen

De erven van wijlen A, hierna te noemen: erflater, vertegenwoordigd B te C, 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 erflater 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 erflater bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Best 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.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Ten behoeve van erflater is bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 11 oktober 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat aan erflater geen PGB vv wordt toegekend.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 6 november 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 brief van 6 februari 2018 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 2 mei 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 mei 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 13 mei 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 mei 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 4 mei 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 8 juni 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018023427) bij wege van voorlopig advies de commissie medegedeeld geen advies te kunnen uitbrengen, omdat uit het zorgplan niet kan worden opgemaakt in hoeverre de geïndiceerde zorg aansluit op de zorgbehoefte van erflater. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 12 juni 2018 aan partijen gezonden.
- 3.9. Partijen zijn bij brief van 30 mei 2018 uitgenodigd voor de hoorzitting van 20 juni 2018. Ondanks daartoe deugdelijk te zijn uitgenodigd, is verzoeker niet ter zitting verschenen en was hij tevens telefonisch niet bereikbaar op het door hem vermelde telefoonnummer. Omdat de commissie gegronde redenen had te twifelen of verzoeker kennis had genomen van de uitnodiging, heeft zij besloten de hoorzitting te verzetten.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 29 augustus 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 31 augustus 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en het tijdens de hoorzitting overgelegde stuk gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en dit nagekomen stuk aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 4 september 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en het tijdens de hoorzitting overgelegde stuk 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 huisarts van erflater heeft over hem het volgende verklaard: *“Patiënt is bekend met een langzaam progressieve ziekte van Waldenström en hartfalen. Tevens forse beperkingen door artrose in de rechterschouder. De laatste maanden is patiënt toenemend zorgbehoeftig geworden door een sterke achteruitgang van zijn paniek/angststoornis. Hiervoor heeft patiënt chronisch meer zorg nodig dan in de thuissituatie geleverd kan worden. Episode: 01-2004 Hypertensie, CVRM 08-2005 Hypercholesterolemie 03-2009 cataract 04-2012 glaucoom 10-2015 schouderklachten 01-2016 anemie 03-2016 Ziekte van Waldenström 05-2016 vitamine D deficiëntie 02-2017 gedecompenseerd hartfalen 05-2017 Obstipatie 06-2017 Benigne paroxysmale positie duizeligheid 07-2017 Decubitus 07-2017 Slapeloosheid/andere slaapstoornis 07-2017 Angst/paniekstoornis 08-2017 Incontinent Medicatie[.] Enalapril tabl 5mg; 1x per dag 1 tablet[.] Furosemide tabl 40mg; 1x per dag 1 tablet[.] Mono cedocard ret caps 25mg; 1x per dag 1 capsule[.] Ipratropium inh 20mcg/do; zonodig 4x per dag 1-2 inhalaties[.] Fentanyl matrixpl 12mcg/uur; 1x per 3 dagen (=72 uur) 1 pleister[.] Fentanyl matrixpl 25mcg/u[ur]; 1x per 3 dagen (=72 uur) 1 pleister[.] Temazepam caps 10mg; 's avonds zonodig 1-2 capsules[.] Zaldiar tabl omh; 3-4x per dag 1 tablet[.] Cholecalciferol tabl 800ie; 1x per dag 1 tablet[.] Macrogol en electr pdr v dr; 1x per dag 1 zakje[.] Pantoprazol tabl msr 40mg; 1x per dag 1 tablet[.] Duotrav oogdr flac 2,5ml; 1x per dag 1 druppel in beide ogen[.] Paracetamol tabl 1000mg; 4x per dag 1 tablet[.] Allev sacr komp 17x17cm; volgens voorschrift[.] Nutridrink compact aardbei; volgens voorschrift[.] Nutridrink compact bosvrucht; volgens voorschrift(...)”*

- 4.2. Na een verblijf van bijna twee weken in het Bravis ziekenhuis en van enkele weken in revalidatiecentrum de Zeven Schakels keerde erflater op 5 mei 2017 terug naar huis. Vanaf dat moment ontving hij, verdeeld over twee momenten per dag, veertig minuten Persoonlijke Verzorging van thuiszorgaanbieder Surplus. Omdat erflater in de nachten soms viel en medicatie nodig had voor de pijn en de benauwdheid, is door zijn kinderen besloten dat nachtverpleging dringend was gewenst. De noodzakelijke nachtverpleging is vanaf 13 augustus 2017 verleend door thuis-zorgaanbieder Zorgservice Brabant. Verzoeker licht toe dat, in afwachting van verder contact met de ziektekostenverzekeraar, ervoor is gekozen zorg van de twee genoemde thuiszorgaanbieders af te nemen, omdat deze adequaat was en op dat moment, gelet op de dringende zorgbehoefte van erflater, geen andere oplossing mogelijk was. Hij had in overleg met de ziektekostenverzekeraar de verschillende vormen van zorg op elkaar willen afstemmen of volledig naar een PGB vv willen overgaan. Ter bekostiging van de nachtverpleging is op 22 augustus 2017 aan de ziektekostenverzekeraar een PGB vv ten behoeve van erflater aangevraagd. Hiertoe is bij hem het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingediend, waarop de indicerende wijkverpleegkundige een indicatie voor 67 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week met ingangsdatum 21 augustus 2017 heeft vermeld. In het zorgplan heeft hij deze indicatie nader toegelicht: "(...) **Interventies (NIC) Dagelijks (ochtend) ondersteunen bij uit bed gaan, wassen, aan- [en] uitkleden. In overleg met [erflater] afspraak maken mbt frequentie douchen. Ochtend PV: 7 x 40 minuten (...)** De mantelzorgers monitoren het eten en drinken van [erflater]. Tevens monitoren medicijngebruik. **Verpleegkundige Diagnose (PES) P. Slapeloosheid E. Benauwdheid en angst om te stikken tijdens de slaap S. Vaak wakker in de nacht en slapen in de ochtend. Dag- en nachtritme ontbreekt. Doelstelling (NOC) Dhr. geeft aan dat hij in de nacht beter slaapt. Interventie (NIC) (...)** Om de angst te reduceren wil [erflater] graag iemand in de nacht aanwezig hebben. Nogmaals het probleem voorleggen aan de huisarts. **Avond/nacht: Slaapdienst van 22.00 tot 7 uur in de ochtend PV: 7 x 9 uur**". De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag van erflater voor een PGB vv tot groot ongenoegen van verzoeker afgewezen. Verzoeker wil dat (een deel van) de kosten van de in de periode van 13 augustus 2017 tot 17 oktober 2017 verleende nachtverpleging alsnog door hem wordt vergoed en voert hiertoe het volgende aan.
- 4.3. In tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar stelt, hebben de verpleegkundigen tijdens de slaapdiensten verpleegkundige handelingen verricht, waaronder: het bieden van hulp bij het medicatiegebruik, het naar bed gaan en het opstaan, en het behandelen van decubitus. Daarnaast klopt het beeld van de ziektekostenverzekeraar dat erflater vanwege psychosomatische klachten nachtelijke aandacht nodig had en gekalmeerd moest worden totaal niet. Erflater was weliswaar bij tijd en wijlen enigszins angstig, maar deze angst was geheel het gevolg van zijn snelle aftakeling en naderende dood. Verzoeker licht hierbij toe dat de situatie van erflater vanaf augustus 2017 extreem snel verslechterde en hij als gevolg daarvan last had van veel fysieke ongemakken, zoals een extreem pijnlijke rechterschouder, beginnende decubitus bij het staartbeen, urine- en faecesverlies, continue moeheid, immobiliteit en benauwdheid. Volgens verzoeker valt de verleende nachtzorg derhalve onder de aanspraak 'wijkverpleging' en daarmee onder de Zvw. Gelet op de eerder beschreven uitermate problematische medische situatie van erflater, die wordt bevestigd in voornoemde verklaring van de huisarts, zou zorg ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (verder: Wmo) in zijn situatie totaal ontoereikend zijn geweest. In dit verband is nog van belang dat erflater bekend was met ernstige arthrose met een regelmatig terugkerende pijnlijke gespannen haemarthros en longproblemen.
- 4.4. De beslissing van de ziektekostenverzekeraar op de aanvraag voor het PGB vv dateert van 11 oktober 2017. Aangezien verzoeker het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' op 22 augustus 2017 aan hem heeft gestuurd en de ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld deze aanvraag op 25 augustus 2017 te hebben ontvangen, heeft laatstgenoemde de wettelijke termijn waarbinnen hij op een aanvraag moet beslissen, te weten zes weken, overschreden.
- 4.5. Met ingang van 17 oktober 2017 heeft het Centrum Indicatiestelling Zorg (verder: CIZ) een indicatie ten behoeve van erflater gesteld voor zorg op grond van de Wet langdurige zorg (verder:

Wlz). Erflater is op 21 oktober 2017 verhuisd naar zorghotel De Horst, zodat op die datum de zorgverlening door de twee thuiszorgaanbieders Surplus en Zorgservice Brabant is geëindigd. Op 14 november 2017 is erflater in genoemd zorghotel overleden aan de gezondheidsklachten waarvoor hij eerder thuis verpleegkundige hulp nodig had.

4.6. Ter zitting heeft verzoeker benadrukt dat de somatische problematiek van erflater groot was. Verder heeft hij, daarnaar gevraagd, gespecificeerd waaruit de handelingen bestonden die de verpleegkundigen tijdens de slaapdiensten hebben verricht. Deze bestonden uit het in en uit bed halen van erflater, het masseren van zijn stuitje en het verwisselen van het incontinentiemateriaal.

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. Ten behoeve van erflater is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een PGB vv voor 67 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week. De geïndiceerde zorg bestaat uit slaapdiensten en hulp bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (verder: ADL-zorg), zoals het uit bed gaan, het aankleden in de ochtend, het wassen/douchen. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag van erflater voor een PGB vv afgewezen, omdat de betreffende zorgverleners zijns inziens tijdens de geïndiceerde slaapdiensten geen handelingen hebben verricht die vallen onder de aanspraak 'Persoonlijke Verzorging'. In het zorgplan is in dit verband het volgende vermeld: "*Om de angst te reduceren wil de heer graag iemand in de nacht aanwezig hebben*". Bovendien heeft de indicerende wijkverpleegkundige in het telefoongesprek met de ziektekostenverzekeraar op 4 oktober 2017 aan hem bevestigd dat de geïndiceerde slaapdiensten bij erflater noodzakelijk waren vanwege zijn psychosociale klachten. Ook heeft verzoeker volgens de ziektekostenverzekeraar telefonisch aan hem verklaard dat de zorgverleners erflater tijdens deze slaapdiensten met name kalmeerden. Tevens wordt in de verklaring van de huisarts van erflater van 9 oktober 2017 het volgende vermeld: "*(...) De laatste maanden is patiënt toenemend zorgbehoefstig geworden door een sterke achteruitgang van zijn paniek/angststoornis. Hiervoor heeft patiënt chronisch meer zorg nodig dan in de thuissituatie geleverd kan worden.*" Hieruit blijkt volgens de ziektekostenverzekeraar dat de noodzaak van de slaapdiensten voortvloeide uit de psychische toestand van erflater. Hierbij benadrukt hij dat indien de behoefte aan zorg een psychische oorzaak heeft, deze zorg nimmer kan worden vergoed vanuit een PGB vv.

5.2. De geïndiceerde ADL-zorg werd reeds voorafgaand aan de onderhavige aanvraag voor een PGB vv aan erflater verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder, zodat, indien de ziektekostenverzekeraar voor deze zorg het PGB vv had verstrekt, sprake was geweest van een dubbele verstrekking.

5.3. In tegenstelling tot hetgeen verzoeker stelt, geldt voor de ziektekostenverzekeraar geen wettelijke verplichting om een aanvraag voor een PGB vv binnen zes weken te beoordelen. Hij heeft de onderhavige aanvraag desalniettemin beoordeeld binnen een termijn van zes weken. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag immers op 25 augustus 2017 ontvangen en de beslissing hierop op 4 oktober 2017 telefonisch aan verzoeker medegedeeld. De bevestiging van deze beslissing heeft hij op 11 oktober 2017 per brief aan hem verzonden.

5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

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 'Voorwaarden' van de zorgverzekering en artikel 7 van de 'Voorwaarden' 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 ten behoeve van erflater alsnog toe te kennen over de periode van 13 augustus 2017 tot en met 16 oktober 2017, 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 e.v. van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 13 van de 'Voorwaarden' 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.

(...)

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' (2017) van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"U komt in aanmerking voor het pgb vv als u:

1. behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.

(...)"

8.5. Artikel 5 van het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' (2017) van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 5: Aanvraag pgb vv

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.
(...)

12. Indien u een combinatie wenst van een pgb vv en zorg in natura (ZIN), dan moet de indicatie van het pgb vv en de indicatie van ZIN door dezelfde zorgaanbieder gesteld worden. Dit houdt in dat de indicatie gesteld moet worden door de organisatie die de zorg in natura levert. Om een pgb vv in combinatie met ZIN aan te vragen geeft u dit aan op uw pgb-aanvraagformulier. Dit kunt u doen door bij punt 7 van deel II van uw aanvraagformulier aan te geven bij welke zorgaanbieder(s) u de zorg in wilt kopen op basis van de geïndiceerde uren pgb vv. Daarnaast geeft u bij punt 8 van deel II van het aanvraagformulier aan bij welke zorgaanbieder(s) u zorg in natura gaat afnemen en welke afspraken u maakt met de zorgaanbieder(s) die uzelf op basis van het pgb vv wenst te contracteren.
(...)"

- 8.6. Artikel 13 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 5 van het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' (2017) van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2.3 in samenhang met artikel 2.9 van de '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 is naar aard en omvang geregeld in artikel 13a Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.10 en 2.15a-c Bzv.
Artikel 2.1, eerste lid, Bzv bepaalt dat de zorg op grond van artikel 11, eerste lid, onderdeel a, Zvw niet omvat vormen van zorg die voor verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
- 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. Vast staat dat bij erflater 67 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week is geïndiceerd, bestaande uit slaapdiensten en hulp bij het uit bed gaan, het wassen of het douchen en het aan- en uitkleden. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld, en door verzoeker niet bestreden, dat erflater reeds ADL-zorg in natura ontving, zodat bij toekenning van een PGB vv voor die zorg feitelijk sprake is van een dubbele verstrekking. De commissie volgt de ziektekostenverzekeraar in zijn stelling. De aanvraag voor het PGB vv werd voor het betreffende deel dus terecht afgewezen. Voorts zijn (7 x 9 uren =) 63 uren geïndiceerd voor slaapdiensten. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat Persoonlijke Verzorging een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat deze zorg, onder voorwaarden, ook kan worden bekostigd door middel van een PGB vv. Hetgeen partijen ten eerste verdeeld houdt, is of bij erflater zorg is geïndiceerd die valt onder de aanspraak Persoonlijke Verzorging. Deze aanspraak omvat, gelet op artikel 13 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering, verzorging, zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden. Hieronder valt ook coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntensysteem en casemanagement.
- 9.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar is tijdens de geïndiceerde slaapdiensten geen zorg verleend, zoals bedoeld in voornoemde zin. Verzoeker heeft dit betwist en onder meer aangevoerd dat de verpleegkundigen erflater tijdens de slaapdiensten hulp boden bij het medicatiegebruik, het naar bed gaan en het opstaan, en het behandelen van decubitus. Ook is het door de ziektekostenverzekeraar geschetste beeld van erflater, dat hij nachtelijke aandacht nodig had en moest worden gekalmeerd, niet juist. De commissie overweegt ten aanzien hiervan het volgende.
- 9.4. Uit artikel 5, tweede lid, van het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' (2017) van de ziektekostenverzekeraar volgt dat het niet erom gaat welke zorg tijdens de slaapdiensten feitelijk aan erflater is verleend, maar welke zorg de indicierend wijkverpleegkundige, gelet op het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' en het bijgevoegde zorgplan, bij hem heeft geïndiceerd. Uit het zorgplan blijkt dat erflater benauwdheidsklachten had en als gevolg daarvan bang was dat hij in zijn slaap zou overlijden. De enkele aanwezigheid van een verpleegkundige - en derhalve niet het door deze behandelen van de benauwdheidsklachten - moest ervoor zorgen dat deze angst werd gereduceerd, opdat erflater beter zou slapen. De aanwezigheid van een verpleegkundige op zich is geen zorg, zoals bedoeld in artikel 13 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering. Het dient immers te gaan om zorg die verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 Bzv of een hoog risico daarop. Ook anderszins, bijvoorbeeld uit het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' of het verslag van het telefoongesprek van de ziektekostenverzekeraar met de indicierend wijkverpleegkundige, is niet gebleken dat iets anders dan de enkele aanwezigheid van een verpleegkundige werd geïndiceerd. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op een PGB vv ten behoeve van erflater, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.5. Hetgeen verzoeker overigens heeft aangevoerd, met name dat zorg ten laste van de Wmo in de situatie van erflater totaal ontoereikend zou zijn, kan niet leiden tot een andere beslissing. De commissie tekent hierbij nog aan dat indien inderdaad sprake is van Wmo-zorg - welke vraag in de onderhavige procedure niet kan worden beantwoordt, omdat de commissie te dien aanzien




niet bevoegd is - artikel 2.1, eerste lid, Bzv eraan in de weg staat dat een PGB vv ten laste van de zorgverzekering wordt verleend.


Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op grond van deze verzekering kan worden ingewilligd.

Overschrijden beslistermijn

- 
- 9.7. De wet kent, anders dan verzoeker meent, geen verplichting voor de ziektekostenverzekeraar binnen een termijn van zes weken te beslissen op een aanvraag voor een machtiging (voor een PGB vv). De ziektekostenverzekeraar behoort een aanvraag (voor een PGB vv) te beoordelen binnen een redelijke termijn. Deze termijn is in de onderhavige situatie niet overschreden.

Conclusie


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

10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 12 september 2018,



J.A.M. Strens-Meulemeester

