



# 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 te  
Alkmaar

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

Zaaknummer : 201502874

Zittingsdatum : 18 mei 2016

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

---

1. Partijen

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

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

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster 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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Cura Rotterdam afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. 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). Bij brief van 2 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 7 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 9 december 2015 aan verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij e-mailbericht van 5 januari 2016 heeft verzoekster 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 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 9 maart 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 maart 2016 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 april 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 mei 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens 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. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 mei 2016 telefonisch gehoord.
- 3.10. Na de hoorzitting zijn partijen in de gelegenheid gesteld nadere stukken uit te wisselen. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 19 mei 2016 van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 20 mei 2016 nadere informatie gegeven. Afschriften van beide reacties zijn aan de wederpartijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend. Hierop is, voor zover hier van belang, het volgende vermeld: *"mw. heeft vanwege de vele klachten zorg nodig & kan door de klachten van haar & de depressie niet zelfstandig thuis blijven waardoor de zorgmomenten ook op verschillende locaties & verschillende tijden verleend worden. Zorgverlener gaat op oproep naar mw. toe. Mw. heeft hierdoor de zorg in PGB [v]orm nodig. Mw. heeft ook een hersenbloeding gehad waardoor ze erg achteruit is gegaan & niet zelfstandig in huis kan blijven, want mw. is door de hersenbloeding ook heel vergeetachtig. Mw. weet niet of het dag of avond is en vergeet waar ze is. (...) Mw. heeft intraventriculair hematoom eci, depressie, gonartrose, ost[e]joporose, adipositas & hypertensie & mw. heeft steunkousen. Mw. heeft zelfstandigheidstekort in wassen & kleden, is dreigend therapie-ontrouw & heeft inadequate sociale interactie. (...)".*
- 4.2. Verzoekster heeft een hersenbloeding gehad, als gevolg waarvan haar concentratievermogen en geheugen zijn verslechterd. Zij herkent alleen mensen die zij heel goed kent. Als onbekende of steeds andere personen langs komen om haar te helpen, raakt zij in paniek. Daarom is het heel belangrijk dat er een vaste persoon is die verzoekster verzorgt. Omdat verzoekster ten tijde van de hersenbloeding alleen was, en haar familie haar pas na een paar uur heeft gevonden, is besloten camera's in het huis te plaatsen om haar te kunnen observeren. Verder moet zij zo min mogelijk alleen worden gelaten. Daarom is zij steeds bij een andere zoon of dochter in huis. Verzoekster is incontinent en moet in verband daarmee worden verschoond. Omdat het vaak misgaat, moet zij in een dergelijk geval ook vaker worden gedoucht. Vanwege het feit dat de zorg op wisselende tijden en op wisselende locaties dient plaats te vinden, is deze niet in natura te verkrijgen.
- 4.3. Ter zitting is namens verzoekster aangevoerd dat verzoekster zelf niet in staat is het PGB vv te beheren; dit zal haar dochter voor haar doen. De zorg is niet planbaar omdat verzoekster ook 's nachts hulp nodig heeft. Zij heeft een psychische stoornis, te weten angst- en panieklachten. Er moet dan iemand in de buurt zijn. Ook heeft zij een hoorprobleem en gebruikt zij hoortoestellen. Verder heeft verzoekster een hersenbloeding gehad. De wijkverpleegkundige heeft aanvankelijk verklaard dat de zorg planbaar zou zijn, maar dit is later rechtgezet. Verder is namens verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar niet reageert op telefoontjes. Er zou sprake zijn van een steekproef, maar onduidelijk is waarop deze ziet en hoe lang deze duurt. De vraag is voorts waarom er geen restitutievergoeding op basis van 80% wordt verleend.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' bepaalt dat men in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden, op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in dat contracten moeten worden afgesloten met zorgaanbieders, dat deze zorgaanbieders moeten worden gecontroleerd, en dat taken moeten worden verricht zoals het werven van personeel, het opstellen van uurroosters en het toezicht houden op de nakoming van zorgovereenkomsten. Verder moet de verzekerde een weloverwogen keuze kunnen maken ten aanzien van werkgeverschap, en moet betrokkene in staat zijn de zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen dat sprake zal zijn van verantwoorde zorg.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft na de ontvangst van het aanvraagformulier contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige. Zij deelde mede dat het PGB vv van verzoekster wordt beheerd door de instelling die de zorg aan haar verleent, in samenwerking met de Sociale Verzekeringsbank en de dochter van verzoekster. Gebleken is dat verzoekster de administratie niet zelf kan voeren, en tevens dat geen sprake is van officiële wettelijke vertegenwoordiging, zodat niet is voldaan aan de vereisten van artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' van de ziektekostenverzekeraar.
- 5.3. Daarnaast blijkt uit de aanvraag niet dat de zorgvraag aansluit bij één van de voorwaarden die zijn genoemd in artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015', namelijk:
- de verzekerde heeft vaak (meer dan drie maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
  - de verzekerde heeft zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen, omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/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 is een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
- De aanvraag van verzoekster betreft persoonlijke verzorging gedurende acht uur en vijftien minuten per week. Toegelicht is dat verzoekster hulp nodig heeft bij het wassen, douchen en aankleden, hulp bij de toediening van medicatie en hulp bij het aan- en uittrekken van steunkousen. Verder wenst zij zorg op afroep. De zorg die aan verzoekster wordt verleend, is goed planbaar. Ook om die reden heeft zij geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de aanvraag is beoordeeld aan de hand van het toepasselijke reglement. Volgens artikel 2 van het reglement moet betrokkene zelf in staat zijn het PGB vv te beheren of een wettelijk vertegenwoordiger hebben. Volgens de dochter van verzoekster is er geen wettelijk vertegenwoordiger. Gelet op artikel 3 van het reglement moet de zorg niet planbaar zijn. Er zijn over juni tot en met december (exclusief de maand augustus) nota's ontvangen, waaruit blijkt dat de zorg is geleverd op exact de zelfde tijdstippen. Er is geen zorg op andere, afwijkende tijdstippen gedeclareerd. Ook volgens de wijkverpleegkundige is de zorg planbaar. Dat deze hierop is teruggekomen, is de ziektekostenverzekeraar niet bekend. Voor de vraag of een vergoeding van 80% kan worden verleend, heeft de ziektekostenverzekeraar meer informatie nodig. Zo ontbreekt de AGB-code van de zorgverlener. Ook moet bekend zijn wie de zorg heeft verleend en wat zijn kwalificaties zijn.
- 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 verzoekster 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. 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.*

***Wie mag de zorg verlenen***

*Verpleegkundig specialist, verpleegkundige en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er). Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. (...)*

***Bijzonderheden***

- 1. De indicatie voor de verpleging en verzorging wordt gesteld door de verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland.*
- 2. Als u vóór 1 januari 2015 een indicatie voor verpleging en verzorging hebt van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), dan blijft u zorg ontvangen van dezelfde zorgaanbieder. Dit betekent niet dat de zorg precies hetzelfde is als de zorg die u gewend was te ontvangen. (...)*

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' 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: (...)*

*2. u langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. Hierbij zijn de functiebeperkingen niet veroorzaakt door normale verouderingsprocessen.*

*Hierbij geldt ook:*

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger (ouder, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb verpleging en verzorging verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt o.a. in contracten afsluiten en controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten;*
- 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 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 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

*"Hebt u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én kiest u er bewust voor om geen gebruik te maken van zorgaanbieders die door ons zijn gecontracteerd? Dan kunt u in aanmerking komen voor een pgb verpleging en verzorging. Hiermee kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb verpleging en verzorging.*

*Hierbij moet uw zorgvraag aansluiten bij een of meer van de volgende voorwaarden:*

- u hebt vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;*
- u hebt zorg nodig 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 hebt zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;*
- er is een noodzaak 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 2015' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2.9 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 onderhavige geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.

9.2. De vraag die vervolgens dient te worden beantwoord, is of verzoekster behoort tot één van de in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar genoemde doelgroepen. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster niet in staat is het PGB vv zelf te beheren. Zij is derhalve aangewezen op de hulp van een wettelijk vertegenwoordiger. Aldus is bepaald in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015'. De thuiszorgorganisatie die de zorg verleent noch de dochter van verzoekster is haar wettelijk vertegenwoordiger. Ook is geen andere persoon als zodanig aangemerkt. Verzoekster behoort hiermee niet tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld.

9.3. Aangezien verzoekster niet behoort tot de doelgroep voor een PGB vv, kan de vraag of de zorg die zij nodig heeft voldoet aan de voorwaarden zoals gesteld in artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar, onbeantwoord blijven.

**Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen mogelijkheid voor een 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, 8 juni 2016,

A.I.M. van Mierlo