



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201602364
Zittingsdatum : 7 juni 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv)

1. Partijen

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

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar 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). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 17 februari 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 juni 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Bij brief van 21 november 2016 heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 18 januari 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering en de gemaakte proceskosten te vergoeden (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 februari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 maart 2017 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 maart 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 5 april 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 16 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 27 maart 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017012186) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. *"Naar het oordeel van de medisch adviseur blijkt uit de in het dossier aanwezige informatie dat de zorgvraag enkel betrekking heeft op planbare zorg. Er is geen medische noodzaak voor zorg op wisselende tijdstippen of locaties, of voor zorg door een vaste hulpverlener."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 28 maart 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 7 juni 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 9 juni 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 13 juni 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 zorgverzekeraar het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingediend en hierop is, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"Op dit moment heb ik al een pgb. De zorg gaat me goed af. De zorg kan ik inplannen wanneer ik de zorg wil. Ik wil verzorgd worden door mijn zoon."*
- 4.2. Verzoeker is bekend met een hartkwaal, trombose en incontinentie. Daarnaast ondervindt hij in het dagelijks leven veel lichamelijke ongemakken. Zo heeft verzoeker geen gevoel meer in drie vingers van zijn rechterhand, heeft hij een slepende voet als gevolg van een hernia en hevige pijn in de armen en handen waarvoor hij sterke pijnstillers voorgeschreven krijgt. Verzoeker wordt al jaren verzorgd door zijn zoon. De zorg is op afroep, zowel overdag als 's nachts, noodzakelijk. Het komt namelijk voor dat verzoeker 's avonds nog gewassen moet worden omdat hij overmatig zweet door de medicijnen. Het omkleden en wassen kan niet wachten tot de volgende morgen. Daarnaast komt het regelmatig voor dat verzoeker in bed plast. Het bed dient dan 's nachts te worden verschoond en ook moet verzoeker dan worden gewassen en omgekleed. Verzoeker schaamt zich ervoor dat hij zich door iemand anders moet laten wassen. Zijn zoon heeft pas na jaren het vertrouwen van verzoeker gewonnen. De gedachte dat een wildvreemde zijn huis binnenkomt en hem gaat wassen is voor verzoeker ondraaglijk.
- 4.3. Verzoeker doet een beroep op de elementaire principes van mensenrechten zoals die in het Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap (hierna: VRPH) zijn vastgelegd. Het gaat daarbij om respect voor de waardigheid, persoonlijke autonomie, participatie en inclusie. Verzoeker wil als een volwaardig persoon aan de samenleving kunnen deelnemen en zich veilig voelen in de eigen leefomgeving, in plaats van afhankelijk te zijn van zorg die wordt geleverd door onbekenden. Voorts wil verzoeker de zorgverzekeraar veroordelen in de kosten van het proces.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker de standpunten herhaald.

4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag van verzoeker voor een PGB vv in eerste instantie afgewezen omdat destijds nog sprake was van een aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut). Na voldoening van de openstaande vorderingen heeft de zorgverzekeraar verzoeker per 1 maart 2016 bij het Zorginstituut afgemeld en heeft hij, bij de behandeling van het verzoek om herbeoordeling, de zorg inhoudelijk beoordeeld. Uit het zorgplan en de aanvraag blijkt dat verzoeker hulp nodig heeft bij het douchen, het kleden, de tandverzorging, het scheren en het aanreiken van medicatie. Daarnaast heeft verzoeker telkens hulp nodig nadat hij een ongelukje heeft gehad. Volgens zijn dochter gebruikt verzoeker geen incontinentiemateriaal. Uit de volledige aanvraag en de aanvullende stukken komt echter niet naar voren dat het gebruik van incontinentiemateriaal niet adequaat zou zijn om te voorzien in de zorg die verzoeker nodig heeft voor de ongelukjes. De indicatie bestaat uit 7 uren Persoonlijke Verzorging per week. Deze zorg valt onder planbare zorg en kan op vaste tijdstippen worden geleverd. Dit geldt ook voor hulp bij het aanreiken van medicatie en de zorg in de avond met wassen en kleden, waar verzoeker bij brief van 17 oktober 2016 naar verwijst met betrekking tot het overmatig zweten. Er is geen noodzaak de gevraagde zorg op wisselende tijdstippen te ontvangen. In combinatie met incontinentiemateriaal kan verzoeker de zorg in natura door een thuiszorgorganisatie laten regelen. Voor een vaste zorgaanbieder bestaat geen medische noodzaak.

5.2. De zorgverzekeraar begrijpt dat verzoeker liever wordt geholpen door zijn familie vanwege de taal, het geloof en de privacy. Bij het toekennen van een PGB vv mag een dergelijke persoonlijke voorkeur echter niet worden meegenomen in de beoordeling. Wellicht dat bij het vinden van een thuiszorgorganisatie rekening kan worden gehouden met de taal en het geloof van verzoeker.

5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar de standpunten herhaald.

5.4. De zorgverzekeraar 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 is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog aan verzoeker toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering, en de door verzoeker gemaakte 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 zorgverzekeraar 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. (...)

Bijzonderheden

1. U hebt alleen recht op 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.

2. De indicatiestelling voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap (intensieve kindzorg) vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de kinderarts in het ziekenhuis. De kinderverpleegkundige, niveau 5 stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen; (...)"

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van de zorgverzekeraar 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. (...)

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 zorgverzekeraar 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-geregistreeerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én

behoort u tot een van de doel -groepen 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 zorgverzekeraar 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, 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.
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 zorgverzekeraar 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. Niet in geschil is dat verzoeker behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van de zorgverzekeraar. De vraag is of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd 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 wassen, het douchen, het aan- en uitkleden, de tandverzorging, het



scheren en het aanreiken van medicatie. Dit betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn, mede gelet op de gestelde indicatie voor Persoonlijke Verzorging van 7 uren per week. 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.



Ten aanzien van het verschonen na een ongelukje is door de zorgverzekeraar aangevoerd dat verzoeker geen incontinentiemateriaal gebruikt, waar dit mogelijk wel is aangewezen. Gesteld noch gebleken is dat het gebruik van incontinentiemateriaal niet adequaat is om in deze zorgbehoefte te voorzien.



Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van zijn zoon, betekent dit niet dat formele zorgverleners geen rekening kunnen houden met zijn problematiek en wensen.

- 
- 9.4. Hetgeen door verzoeker verder is aangevoerd, daaronder begrepen het beroep op de elementaire principes van mensenrechten zoals neergelegd in het VRPH leidt niet tot een andere uitkomst. Verzoeker heeft onvoldoende feiten en omstandigheden gesteld die aannemelijk maken dat in zijn situatie sprake is van schending van het VRPH, terwijl de commissie evenmin ambtshalve van oordeel is dat een dergelijke schending zich hier voordoet. Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering. Dat verzoeker bij toekenning van een PGB vv een grotere vrijheid ervaart is desalniettemin begrijpelijk.

Proceskostenvergoeding

- 
- 9.5. Verzoeker heeft tevens aanspraak gemaakt op vergoeding van de door hem gemaakte proceskosten. De commissie ziet, gelet op het feit dat hiervoor is geconcludeerd dat hij geen aanspraak heeft op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering, geen grond voor toewijzing van dit onderdeel van het verzoek.

Conclusie

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

- 
10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 21 juni 2017,



P.J.J. Vonk