



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te
Zeist en Zilveren Kruis Ziektelastenverzekeringen N.V. te Amersfoort

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

Zaaknummer : 201601912

Zittingsdatum : 22 maart 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, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door B, beiden te C,
tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
 - 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (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 AV Amsterdam 2 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Gespreid betalen Eigen Risico is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

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 24 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld uit coulance een PGB vv toe te kennen tot 22 mei 2016. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 29 juli 2016 aan verzoekster medegedeeld dat voor de periode daarna geen aanspraak bestaat op een PGB vv.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 18 augustus 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 22 september 2016 aan verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 24 november 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv, zoals aangevraagd, 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 31 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 februari 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 februari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 februari 2017 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. Bij brief van 6 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 14 februari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017006152) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de zorgvraag van verzoekster enkel betrekking heeft op planbare zorg en dat geen medische noodzaak bestaat voor een vaste zorgverlener. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 27 februari 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 maart 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 22 maart 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 29 maart 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 verzoekster

- 4.1. Verzoekster - een 78-jarige vrouw - is bekend met hartfalen en diabetes, hetgeen heeft geleid tot slechtiendheid. Daarbij is zij slecht ter been. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende vermeld: *"Waarom wilt u een pgb? Omdat ik thuisverpleging en verzorging hard nodig [heb]. Sinds 2006 liep alles via zorgkantoor zonder problemen. Ik kreeg een budget waarmee ik zelf [zorg inkoop]. De kosten declareer ik achteraf bij zorgkantoor".*
- 4.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging', voor zover hier van belang, het volgende vermeld: *"Mw. heeft ondersteuning nodig bij ADL i.v.m. hartklachten. Ook heeft mw. ondersteuning nodig bij het opendraaien van insulinepennen en [bij het prikken van bloedsuikers]. Mw. is verzorgd. Mw. krijgt de juiste medicatie en loopt hierdoor geen onnodig risico op hypo's of hartklachten".* De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor zeven uren Persoonlijke Verzorging en drie uren en dertig minuten Verpleging per week.
- 4.3. Tot 1 januari 2015 ontving verzoekster een PGB op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (hierna: AWBZ). Het onderliggende indicatiebesluit was geldig tot 16 februari 2017. Verzoekster heeft nooit enige problemen ervaren met de uitkering van het budget door het zorgkantoor. Zij is van mening dat de ziektekostenverzekeraar niet het recht had het PGB vv met ingang van 22 mei 2016 stop te zetten. Verzoekster wenst zelf haar zorgverleners te kiezen, en stelt

het recht te hebben te worden verzorgd door bloed- of aanverwanten in de eerste of tweede graad, hetgeen in het onderhavige geval aan de orde is.

4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat haar gezondheidssituatie is verslechterd. Omdat de ziektekostenverzekeraar het PGB vv heeft afgewezen, kan zij haar vaste zorgverleners niet betalen. Hierdoor ontvangt zij op dit moment niet de door haar benodigde zorg. Verzoekster benadrukt dat zij sinds 2006 een PGB ontving. Zij heeft hiermee nooit problemen ondervonden. De ziektekostenverzekeraar voert aan dat de indicatie van de wijkverpleegkundige leidend is voor de beoordeling. De ziektekostenverzekeraar gaat volgens verzoekster ten onrechte uit van de indicatiestelling. De indicatie is gesteld door twee wijkverpleegkundigen, waarvan een stagiaire. Verzoekster heeft de indicatie en de benodigde gegevens direct doorgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar. Zij stelt niet op de hoogte te zijn geweest van hetgeen de wijkverpleegkundigen hebben verklaard, zodat zij niet weet of dit een juiste weergave is van haar situatie.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Vanaf 1 januari 2015 maakt wijkverpleging deel uit van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar beoordeelt of een verzekerde gebruik kan maken van een PGB vv of van zorg in natura. Om in aanmerking te komen voor een PGB vv dient de zorgvraag aan te sluiten bij één van de voorwaarden die zijn opgenomen in artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2016', 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,
- de verzekerde heeft zorg nodig die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep,
- er bestaat een noodzaak voor vaste zorgaanbieders als gevolg van de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft ten behoeve van verzoekster op 27 november 2015 een aanvraagformulier ontvangen voor een PGB vv. Hierop is een indicatie gesteld voor zeven uren Persoonlijke Verzorging en drie uren en dertig minuten Verpleging per week. De indicatie en de zorgbehoefte van verzoekster zoals vermeld bij de tweede aanvraag van 30 juni 2016 zijn niet veranderd ten opzichte van de eerste aanvraag. De geïndiceerde uren Persoonlijke Verzorging betreffen ADL-zorg in de ochtend, bestaande uit hulp bij het douchen, het aankleden en de haar-, huid- en gebitsverzorging. De Verpleging geschiedt in de avond en bestaat uit het controleren van de bloedsuiker en insuline toedienen. Uit de gestelde indicatie, het Bewust Keuze Gesprek (hierna: BKG) en de klacht van verzoekster blijkt dat de zorg die zij nodig heeft op vaste tijden kan worden verleend, zodat sprake is van planbare zorg. Er is voorts geen medische noodzaak voor zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar een bindend advies van de Geschillencommissie van 23 november 2016 (GcZ 23 november 2016, SKGZ.201601261) De wens van verzoekster om te worden verzorgd door een bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is begrijpelijk, maar is geen reden een PGB vv toe te kennen. Er is geen medische noodzaak voor een vaste zorgverlener vanwege specifieke zorgverlening of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Verzoekster komt geen PGB vv toe. Zij heeft recht op zorg in natura van een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat de aanvullende ziektekostenverzekering geen mogelijkheid kent voor een PGB vv.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de aanvraag voor het PGB vv is beoordeeld op basis van de aanwezige stukken, waaronder de indicatie van de



wijkverpleegkundige. De indicatie is leidend. Uit de indicatie blijkt dat de zorg die verzoekster nodig heeft planbare zorg betreft. Het PGB vv is met ingang van 1 januari 2015 overgeheveld vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw). De aanvraag is getoetst aan de voorwaarden van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar.



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

6. De bevoegdheid van de commissie



6.1. Gelet op artikel 18.4 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering, welk artikel van overeenkomstige toepassing is op 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 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 1 tot en met 39 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering.



8.3. Artikel 28 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:



"In artikel 16, 17 en 29 van de 'Verzekerde Zorg' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving aanspraak op verpleging en verzorging. (...)



*U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.
(...)*



Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (PGB) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving



Een wijkverpleegkundige (niveau 5) moet een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Dit wordt samen met u uitgewerkt in een zorgplan. In het zorgplan wordt onder andere een onderverdeling vastgesteld in het aantal uur verzorging en aantal uur verpleging.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

a. (...)

b. u heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)".

- 8.4. Artikel 2 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2016' 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 vv. U komt in aanmerking voor het pgb vv als u onder een of meerdere van de hieronder beschreven doelgroepen valt:

(...)

2) U langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 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: (ouder voor kinderen tot achttien jaar, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in contracten afsluiten met zorgverleners 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 zorgverleners 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 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2016' luidt, voor zover hier van belang:

"Om voor een pgb vv in aanmerking te komen, moet verzekerde voldoen aan de onderstaande voorwaarden:

1) verzekerde heeft een door een BIG geregistreerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden nodig én moet verzekerde behoren tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2. (...)

2) (...)

3) (...)

4) de zorgvraag van verzekerde moet aansluiten bij één of meer van de volgende voorwaarden. Uit de indicatie moet blijken dat:

- verzekerde vaak zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;*
- verzekerde zorg nodig heeft 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;*
- verzekerde zorg nodig heeft die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;*
- er een noodzaak is voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die verzekerde nodig heeft of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen".*

- 8.6. Artikel 28 van het hoofdstuk 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2016' zijn volgens artikel 1.1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

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

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

Het PGB vv 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. Niet in geschil is dat verzoekster behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar. De vraag die vervolgens dient te worden beantwoord, is of tevens wordt voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.3. De zorg die verzoekster ontvangt bestaat, blijkens het zorgplan dat in dit kader als uitgangspunt wordt genomen, uit hulp bij de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), zoals hulp bij het douchen, het aankleden en de haar-, huid- en gebitsverzorging. Daarnaast ontvangt verzoekster hulp bij het toedienen van insuline en het meten van de bloedsuikerspiegel. Dit betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan plaatsvinden. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen.
Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgverleners in verband met specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft, dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van haar vaste zorgverleners, bloed- of aanverwanten in de eerste graad, betekent dit niet dat formele zorgverleners geen rekening kunnen houden met haar wensen.
Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van 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, 5 april 2017,



P.J.J. Vonk

