



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A 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 : 201502693

Zittingsdatum : 6 juli 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(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,
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 Den Haag 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).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Eigen Risico is niet in geschil en blijft daarom 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 29 juni 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 30 juli 2015 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 ongedateerde brief, ontvangen op 25 februari 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 29 april 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 3 mei 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft het antwoordformulier, ook na rappel, niet geretourneerd, zodat de commissie heeft besloten een hoorzitting in persoon te plannen. Op 4 juli 2016 heeft verzoekster medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 juli 2016 telefonisch medegedeeld in persoon 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 6 juli 2016 telefonisch respectievelijk in persoon gehoord.
- 3.10. Bij brief van 7 juli 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 28 juli 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016090707) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat vanuit medisch oogpunt geen onderbouwing is gegeven voor het niet-planbaar zijn van de benodigde zorg.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 8 augustus 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De huisarts heeft op 15 oktober 2015 ten aanzien van verzoekster verklaard: *"ondergetekende, huisarts van [verzoekster] verklaart hierbij dat gezien de ziekte van [verzoekster] fibromyalgie en de psychische problemen het niet mogelijk is om de dagelijkse zorg iedere dag op de zelfde uren te plannen wegens het verloop van de ziekte. Mw. opteert dan ook voor PGB in plaats van zorg in natura op geplande uren. (...)".*
- 4.2. De behandelend bewegingsdeskundige heeft op 19 oktober 2015 ten aanzien van verzoekster verklaard: *"Op verzoek (div. medisch specialisten) wordt [verzoekster] behandeld (bewegingsleer) zie medisch dossier. Patiënte is gebaat bij begeleiding met variabele frequentie op diverse tijdstippen. Aanpassing van tijdstippen is noodzakelijk (ook thuisbezoek) daar noodzakelijk gebruik van medicatie, verschuivingen doet plaatsvinden in de biologische ritme. Er ontstaat een beeld lijkend op narcolepsie, gepaard gaand met tonusverlies en spiergroepen. De impact hiervan is groot, is bijna een onderdeel aan het worden van de reeds aanwezige systeemziekten. Patiënte is derhalve het meest gebaat bij een praktische begeleiding op de tijdstippen dat zij het meest alert is. Aannemelijk is dat op dit soort momenten moeilijk hulp beschikbaar is, daar ook de hulpverlener gebonden is aan gezette tijden. Het gaat nu om een structureel probleem. Patiënte heeft op haar functionele tijdstippen wel de beschikking over hulp, die zich bereidwillig stelt op deze variabele tijden. Het lijkt mij dan ook wenselijk om deze mogelijk optimaal te benutten. Uiteindelijk gaat het om het welzijn van patiënte. (...)".*
- 4.3. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"Ik krijg nu ook pgb. Na onderzoek is gebleken dat PGB beter bij mij past gezien psychische gesteldheid. (...) Mijn zoon zal elke dag 1 uur de persoonlijke verzorging regelen. Dit heb ik nodig vanwege mijn ziekte. (...)".*
De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen op de grond dat sprake is van planbare zorg.

- 4.4. Verzoekster is onder behandeling van een psychiater, aangezien er in het verleden veel is gebeurd op persoonlijk vlak. Zij laat zich liever omringen door mensen die zij kent, met wie zij vertrouwd is, en waarmee zij een persoonlijke band heeft. Omdat het gaat om lichamelijke verzorging, wenst verzoekster geen hulp van "buitenaf". Ook heeft zij een vaste zorgverlener nodig, aangezien zij psychisch in de war raakt als de dag geen vast patroon volgt. Verzoekster heeft drie thuiszorgorganisaties geraadpleegd, maar geen van alle kan garanderen dat de zorg wordt verleend door één persoon. Dit heeft te maken met personeelwisselingen, vakanties en andere omstandigheden. Ook het verlenen van de zorg op een vast tijdstip kan niet worden gegarandeerd. Niet alle zorg die aan verzoekster wordt verleend, is goed planbaar. Zij is afhankelijk van de momenten dat haar kinderen eten komen brengen en dit voor haar opscheppen. Dit gebeurt niet op vaste tijden, en is afhankelijk van de beschikbare tijd van haar kinderen. Ook de medicatie die verzoekster krijgt, kan zij niet steeds op vaste tijdstippen nemen, omdat sommige middelen naar behoefte dienen te worden ingenomen. Tot slot draagt verzoekster steunkousen. Op het moment dat zij opgezette benen en voeten krijgt, moeten deze worden uitgetrokken. Dit kan op verschillende momenten van de dag zijn.
- 4.5. Ter zitting is namens verzoekster aangevoerd dat haar zoon haar de zorg verleent, en hij kan dit op elk moment van de dag doen. De medicatiebehoefte is niet planbaar, omdat sommige medicijnen naar behoefte worden gebruikt. Verzoekster heeft ook steunkousen, die niet altijd nodig zijn, maar alleen wanneer zij veel moet lopen of wanneer haar voeten opgezet zijn. De fysiotherapeut en de revalidatiearts hebben ook toegelicht dat de zorg niet planbaar is, maar de ziektekostenverzekeraar heeft hiernaar onvoldoende gekeken. Verzoekster wordt liever niet door vreemden verzorgd, hetgeen te maken heeft met haar verleden. Zij is mishandeld en misbruikt, en is daarvoor onder behandeling bij een psychiater. De ziektekostenverzekeraar is hierop niet ingegaan. Tot slot is namens verzoekster toegelicht hoe een dag voor haar verloopt.
- 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 een aanvraag gedaan voor het PGB vv. Het betreft een indicatie voor zeven uren Persoonlijke Verzorging per week. De zorg wordt aan haar verleend door haar zoon, die geen formele zorgverlener is. Op het aanvraagformulier is niet vermeld bij welke verrichtingen verzoekster hulp behoeft. Ook ontbreekt een zorgplan. Teneinde duidelijkheid te verkrijgen omtrent de zorgbehoefte van verzoekster, heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact opgenomen voor een zogenoemd 'Bewust Keuze Gesprek'. De medewerker sprak met de zoon van verzoekster, die heeft toegelicht dat verzoekster ondersteuning krijgt van haar zoon en dochter bij het voeren van haar financiële administratie. Er is geen sprake van een officiële wettelijk vertegenwoordiger. Gelet hierop is niet voldaan aan de criteria zoals omschreven in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar.
- 5.2. Tijdens het 'Bewust Keuze Gesprek' is door de zoon van verzoekster toegelicht dat zij hulp nodig heeft bij de persoonlijke verzorging, bestaande uit het douchen/wassen, het aan- en uitkleden, het aan- en uittrekken van steunkousen en bij het uit bed komen. Dit betreft planbare zorg. De zorgbehoefte van verzoekster op variabele momenten en door een vaste zorgverlener wordt ingegeven door de psychische gemoedstoestand van verzoekster. In het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' is opgenomen dat het PGB vv enkel kan worden toegekend op basis van somatische klachten.
- 5.3. Door verzoekster is verwezen naar verklaringen van de huisarts en de behandelend bewegingsdeskundige. Uit deze verklaringen volgt slechts dat verzoekster begeleiding nodig heeft. Er wordt niet toegelicht of dit begeleiding in de persoonlijke levenssfeer dient te zijn dan wel begeleiding bij ADL-zorg. Deze verklaringen verstrekken dan ook geen duidelijkheid ten aanzien van

de zorgbehoefte van verzoekster en of de benodigde zorg, op basis van somatische aandoeningen, als niet planbaar dient te worden aangemerkt.

- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat voor de beoordeling is aangesloten bij de aanvraag uit 2015. De bereiding van maaltijden en het toedienen ervan kan niet ten laste van de zorgverzekering komen, en hierover kan verzoekster informatie inwinnen bij de gemeente. De zorgvraag betreft het aan- en uittrekken van steunkousen en het toedienen van medicatie. Uit het Bewust Keuze Gesprek is gebleken dat ook hulp nodig is bij de ADL, zoals douchen en aan- en uitkleden.

Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat verzoekster voldoet aan de voorwaarden van artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar, aangezien zij in staat is het PGB vv zelf te beheren. De zorg is echter planbaar, hetgeen de reden is dat het verzoek tot toekenning van het PGB vv is afgewezen.

- 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' 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 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 zoon en dochter van verzoekster zijn geen van beiden 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 het 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, 14 september 2016,

H.A.J. Kroon