



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

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

Zaaknummer : 201601658

Zittingsdatum : 22 februari 2017

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, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IZA GezondSamenPolis Restitutie (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 Classic Comfort 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 12 augustus 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 22 september 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 brief van 22 november 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 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 januari 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 januari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 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 13 januari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 23 januari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017002195) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is aangetoond dat verzoekster in aanmerking komt voor een PGB vv. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 februari 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 23 februari 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 27 februari 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. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 25 juni 2015 in het zorgplan ten aanzien van verzoekster verklaard:
"3 x op een dag krijgt mw. hulp van haar partner bij de toiletgang en/of het verschonen van incontinentiemateriaal. (...) 4x op een dag reikt de partner van mw. haar medicatie aan. 1x in de week zet dhr. de medicatie uit voor de hele week voor mw. (...) Elke ochtend en avond wordt mw. door haar partner geholpen bij het wassen en aankleden. (...)".
De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor zestien uren Persoonlijke Verzorging per week.
- 4.2. De huisarts heeft op 2 augustus 2016 ten aanzien van verzoekster verklaard: *"[Verzoekster] is bekend met primair progressieve MS en status na CVA rechter hemisfeer. Hierdoor is zij voor haar ADL 24 uur per dag afhankelijk van zorg. Gezien het progressieve karakter van haar aandoening is de verwachting dat de situatie in de toekomst nog meer zal verslechteren. (...)".*
- 4.3. Als gevolg van MS is verzoekster met ingang van het najaar van 2009 niet langer in staat voor zichzelf te zorgen. Zij laat zich hierin bijstaan door haar echtgenoot. Verzoekster heeft dag en nacht verzorging nodig. Zij moet bij alles worden geholpen en leidt een zittend bestaan. Ook komt zij niet meer buiten, hetgeen mede het gevolg is van zware incontinentieproblematiek.
De echtgenoot van verzoekster had een redelijk bloeiende praktijk als ZZP'er op het gebied van journalistiek en communicatie. Zijn werkzaamheden op dit gebied bleken niet langer te combineren met de verzorging van verzoekster. De omgeving van verzoekster wees haar op het bestaan van het PGB vv. Dit heeft zij aangevraagd en verkregen voor een jaar. In 2010 volgde een verlenging met vijf jaren. Met de overheveling van het PGB vv naar de Zorgverzekeringswet moest een aanvraag worden ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar wees de aanvraag evenwel af op de grond dat het gaat om planbare zorg. De zorg die verzoekster nodig heeft, is echter niet in te plannen, zo leert de ervaring na zeven jaren zorgverlening.

- 4.4. Ter zitting is door verzoekster toegelicht dat zij dusdanig immobiel is geworden dat zij permanent zorg nodig heeft, die alsmaar intensiever wordt. Dat komt allemaal op haar echtgenoot terecht, waarvoor een PGB vv is aangevraagd. Dit is in het verleden goedgekeurd. In augustus 2015 moest het worden verlengd, en toen ontstonden de drama's rond het PGB vv. Iemand moest verzoekster komen bekijken. Dit was een wijkverpleegkundige die ongeveer drie kwartier is geweest. Op basis hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat verzoekster alleen maar zorg nodig heeft die planbaar is. Verzoekster is evenwel 24 uur per dag afhankelijk van zorg, en vanwege haar progressieve ziekte is de verwachting dat de benodigde zorg zal vermeederen. Haar echtgenoot moet haar bij alles helpen. Zij kan niet meer dan even een film kijken of wat praten. Zij heeft dusdanig veel pijn dat zij morfinepleisters op haar rug heeft om de pijn enigszins te verlichten. Er komen allerlei kleine dingen bij. Sinds enige weken kan zij haar linkerhand bijvoorbeeld niet meer bewegen. Wat verzoekster zeer verbaast is dat na een PGB vv van zes jaar, na één bezoek wordt geconstateerd dat de benodigde zorg planbaar is. Dit bezoek was overigens in 2015, en inmiddels is het anderhalf jaar verder. De huisarts heeft een verklaring gegeven die veelzeggend is. Verzoekster krijgt alle zorg aan huis. Het Zorginstituut zegt dat er medische informatie aanwezig moet zijn waaruit de onplanbaarheid van de zorg blijkt. Verzoekster zou niet weten wat dit voor stukken moeten zijn. Zij kan bijna niet meer lopen, zij kan niet meer schrijven, en behalve tv-kijken kan zij niets. Zij kan bijvoorbeeld ook geen computer bedienen. Soms is zij door de morfinepleisters uren niet aanspreekbaar.
- Verzoekster is al jaren verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar, en zij is geïndiceerd met incontinentie zeven. Op basis daarvan krijgt zij al enige tijd een grote hoeveelheid incontinentiemateriaal. De ziektekostenverzekeraar beroept zich op bepaalde regels. Het gaat over dingen die niet in te plannen zijn, bijvoorbeeld een toiletbezoek in de nacht. Verzoekster is al vier jaar niet meer buiten geweest. Zij heeft dus geen zorg nodig op meerdere locaties, omdat zij hier niet komt.
- 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. De zorgverzekering biedt, gelet op het bepaalde in artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar, de mogelijkheid van het PGB vv indien is voldaan aan één of meer van de volgende criteria:
- 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. Dit 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.
- 5.2. De zorg die verzoekster nodig heeft, is goed in te plannen en te leveren door een thuiszorgorganisatie. Dit geldt ook voor het verschonen van het incontinentiemateriaal. Omdat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden die artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar stelt, is de aanvraag voor het PGB vv afgewezen. Verzoekster kan gebruikmaken van zorg in natura, verleend door een gecontracteerde thuiszorgorganisatie.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de wijkverpleegkundige een indicatie heeft gesteld voor 16 uren zorg per week. Hiervan moet worden uitgegaan bij de beoordeling. De omschreven zorg betreft onder andere het verschonen van incontinentiemateriaal, wassen en aankleden en medicatie toedienen. Op basis van de beschikbare informatie voldoet verzoekster niet aan één van de in het reglement genoemde voorwaarden. De zorg is planbaar. Het Zorginstituut is het hiermee eens.

Eerder is ook al ingegaan op de toiletgang, en in dat kader is verwezen naar een bindend advies van de commissie. Een van de voorwaarden is ook dat het toiletbezoek geïndiceerd is, en dat is niet het geval, want het komt niet voor in de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige.

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 de artikelen 10 van de zorgverzekering en 8 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van 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 vergoeding van de kosten van 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).

Verwijsbrief nodig van medisch specialist:

- voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar;*
- voor medische specialistische verpleging thuis. De zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist.*

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 b 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 vergoeding van de kosten van 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 onderhavige 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. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld, als verwoord in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar. Rest de vraag of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.

9.3. De zorg die verzoekster ontvangt bestaat, gelet op het zorgplan, uit hulp bij het wassen, het aan- en uitkleden, het aanreiken van medicatie en het verschonen van incontinentiemateriaal. 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 door de wijkverpleegkundige gestelde indicatie voor Persoonlijke Verzorging van zestien uren per week.

Voorts is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft of 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 echtgenoot, betekent dit niet dat een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie haar de noodzakelijke verzekerde zorg niet kan verlenen en hierbij rekening kan houden met haar problematiek en de gevolgen hiervan.

9.4. Met betrekking tot het door verzoekster gestelde aangaande het toiletbezoek, merkt de commissie het volgende op.

Het enkele feit dat al dan niet regelmatig het toilet moet worden bezocht is inherent aan de menselijke natuur en in die zin niet onderscheidend als het gaat om de vraag of dit onderdeel van de zorg al dan niet planbaar is. Indien geen indicatie is gesteld voor 24-uurs zorg, is daartoe in de eerste plaats vereist dat het toiletbezoek deel uitmaakt van de indicatiestelling door de verpleegkundige. Voor zover aan deze eis is voldaan heeft verder te gelden dat sprake moet zijn van bijzondere omstandigheden die gelegen zijn in de persoon zelf – waarbij met name kan worden gedacht aan problemen met de urinelozing of de ontlasting – dan wel de sociale context van betrokkene, zoals bijvoorbeeld het ontbreken van ondersteuning door mantelzorg.

In dit geval vormt het toiletbezoek weliswaar onderdeel van de indicatiestelling, maar is niet gebleken van voornoemde bijzondere omstandigheden. Verzoekster maakt gebruik van incontinentiemateriaal, waardoor de bestaande problemen met de urinelozing of ontlasting worden ondervangen. Daarom kan niet worden gesproken van niet-planbare zorg. Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

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, 8 maart 2017,

H.A.J. Kroon