



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

Zaaknummer : 201600575

Zittingsdatum : 21 juli 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,
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 jo. 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 4 december 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 3 februari 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 1 maart 2016 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 (hierna: het verzoek).

3.4. 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.

3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 13 mei 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 mei 2016 aan verzoeker gezonden.

3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 31 mei 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 8 juni 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

3.7. Bij brief van 17 mei 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 24 juni 2016 heeft het

Zorginstituut (zaaknummer 2016061248) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit de stukken niet blijkt dat bij verzoeker sprake is van niet-planbare zorg. Ook zijn er geen specifieke hulpmiddelen en is geen sprake van specifieke hulpverlening.

Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 27 juni 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 verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend. De zoon van verzoeker heeft hierop namens hem, voor zover hier van belang, het volgende vermeld: *"Ik vraag hierbij pgb vanwege mijn ziekte en beperkingen en heb het meest baat bij zorg van mensen uit mijn vertrouwde omgeving en met dezelfde achtergrond die ook dezelfde taal spreken. (...) Vanwege mijn ziekte en beperking heb ik zorg nodig bij het wassen en aan/uitkleden en het helpen bij de inname van medicijnen. Kan dit niet zelfstandig vanwege de slechte conditie. Heb hierbij hulp nodig. Iedere dag op verschillende tijden. (...)".*
- 4.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft miskend dat de door verzoeker benodigde zorg al diverse jaren naar volle tevredenheid wordt verleend door zijn zoon, die bij hem inwoont. De zoon spreekt dezelfde taal en is vertrouwd voor zijn vader. Daarnaast is de zoon bekend met zijn problematiek, en kan hij zijn vader dag en nacht te hulp schieten. Verzoeker behoeft geen zorg in natura.
- 4.3. Verzoeker voldoet aan alle voorwaarden voor het PGB vv, die zijn gesteld in het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar stelt ten onrechte dat het reglement van het jaar 2016 op hem van toepassing is, aangezien de aanvraag is ingediend op 12 oktober 2015. In de heroverweging stelt de zorgverzekeraar dat de afwijzingsgrond is gebaseerd op artikel 4.7 van het reglement. Dit artikel noemt echter een periode van vijf jaar voorafgaand aan de aanvraag waarin verzekerde betrokken was bij een, wegens opzettelijke misleiding door de verzekeringnemer, opgezegde of ontbonden zorgverzekering. De verzekering is niet gewijzigd, en de aanmelding bij het Zorginstituut heeft plaatsgevonden op 1 maart 2010, hetgeen meer dan vijf jaar is vóórdat de aanvraag voor het PGB vv werd ingediend.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Om aanspraak te kunnen maken op een PGB vv, waarmee verzoeker zelf zijn zorg kan inkopen, moet zijn voldaan aan de voorwaarden van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de zorgverzekeraar. De zorgvraag moet dan aansluiten bij één van de volgende voorwaarden:
- 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 vanwege de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
- Aangezien verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden van het reglement, heeft de zorgverzekeraar besloten hem het aangevraagde PGB vv niet toe te kennen.
- 5.2. In de heroverweging van 3 februari 2016 heeft de zorgverzekeraar toegelicht dat de afwijzing tevens is gebaseerd op artikel 4.7 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de zorgverzekeraar. Verzoeker heeft een openstaande vordering bij de zorgverzekeraar,

en het incasseren van de zorgpremie is met ingang van 1 maart 2010 uit handen gegeven aan het Zorginstituut.

5.3. 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.

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 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. (...)

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' 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: (...)

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' 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 4.7 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' luidt:

"4.7 U krijgt geen pgb verpleging en verzorging als u:

- tegelijkertijd verpleging en verzorging ontvangt van een zorgaanbieder die een contract heeft gesloten met ons voor deze zorg;*
- een pgb verpleging en verzorging aanvraagt voor zorg waarvoor al een pgb verpleging en verzorging is toegekend;*
- niet behoort tot de doelgroep, zoals beschreven in artikel 2;*
- niet voldoet aan de specifieke criteria, zoals genoemd in artikel 3;*
- onvoldoende aannemelijk kunt maken dat het pgb verpleging en verzorging zal voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit;*
- geen medewerking (meer) verleent aan een "Bewust keuze gesprek" dat door ons wordt georganiseerd;*
- binnen een periode van vijf jaar, gelegen onmiddellijk voorafgaande aan het verzoek tot het toekennen van het Zvw-rgb, als verzekerde betrokken was bij een wegens opzettelijke misleiding door de verzekeringnemer opgezegde of ontbonden zorgverzekering;*

 - zich bij de verstrekking van het Zvw-pgb of pgb in de AWBZ in 2014 of eerdere jaren niet heeft gehouden aan de opgelegde verplichtingen."

-  8.7. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3 en 4.7 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de zorgverzekeraar zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
-  8.8. 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 was ten tijde van het geschil als zodanig niet bij wet geregeld.
-  8.9. 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. Aangezien de aanvraag is ingediend in 2015, dient deze te worden beoordeeld aan de hand van de in dat jaar vigerende verzekeringsvoorwaarden, met name artikel 14 van de zorgverzekering en het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015'. 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 2015' van de zorgverzekeraar. De vraag is of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
-  9.3. Gelet op het zorgplan bestaat de zorg die verzoeker ontvangt uit hulp bij het innemen van medicatie, het douchen, het wassen en het aan- en uitkleden. 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 10,5 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. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van zijn zoon, die zijn taal spreekt en die kan inspelen op zijn specifieke wensen, betekent dit niet dat een thuiszorgorganisatie de zorg niet aan verzoeker kan verlenen. Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

- 9.4. Aangezien verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden zoals gesteld in artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de zorgverzekeraar, kan de vraag of in zijn geval - tevens - sprake is van een uitsluitingsgrond die is genoemd in artikel 4.7 van bedoeld reglement, onbeantwoord blijven.

Ten overvloede merkt de commissie in dit verband nog op dat niet eerder dan in het reglement voor 2016 de door de zorgverzekeraar aangehaalde uitsluiting, te weten in geval verzekerde als wanbetaler is aangemeld bij het Zorginstituut, is toegevoegd.

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, 21 juli 2016,

A.I.M. van Mierlo