



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Azivo Zorgverzekeraar N.V.
te 's-Gravenhage en Menzis N.V. te Wageningen

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

Zaaknummer : 201501650

Zittingsdatum : 27 januari 2016

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

- 1) Azivo Zorgverzekeraar N.V. te 's-Gravenhage, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,
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 Basisverzekering (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-TOP 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 11 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 14 april 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij klachtenformulier van 10 juni 2015 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).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 november 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt, namelijk dat alsnog een PGB vv wordt toegekend. Een afschrift hiervan is op 10 november 2015 aan verzoekster gezonden. Zij is bij die gelegenheid gevraagd of het geschil is opgelost. Bij brief van 17 november 2015 heeft verzoekster de commissie medegedeeld een

schadevergoeding te vorderen. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 1 december 2015 afwijzend gereageerd. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 10 december 2015 verzocht alsnog een bindend advies uit te brengen.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 23 december 2015 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 januari 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De behandelend specialist ouderengeneeskunde heeft ten aanzien van verzoekster op 11 december 2014 het volgende verklaard: *"(...) Zij is veel moe, valt regelmatig, heeft frequent last van oprispingen en pijn op de borst. Mevrouw slaapt tweemaal per dag op vaste tijden. Het slapen 's nachts is wisselend. Soms piekert zij veel. Waarover zij piekert kan zij niet goed vertellen. Het lopen gaat erg moeilijk. In huis loopt zij met een stok, of los. Zij valt regelmatig en lijkt hierbij haar evenwicht te verliezen. De trap op kan zij nog, met hulp van de kinderen. Zij doet dit tweemaal per dag. Eten is wisselend. Over het algemeen eet ze de maaltijden goed. Zij zegt zelf geen eetlust te hebben. Zij is niet misselijk, braakt niet. De kinderen van mevrouw zorgen dat er continu iemand van de familie aanwezig is, ook 's nachts. Dit omdat mevrouw niet alleen voor zichzelf kan zorgen (zij neemt geen initiatieven tot zelfzorg) en het risico op vallen groot is. Mevrouw geniet van de aanwezigheid van de kinderen. (...) Wij zien een redelijk verzorgde, ietwat vermoeid ogende, vriendelijke 88-jarige Surinaamse vrouw, met somatische multimorbiditeit passend bij de leeftijd. Er is sprake van een matige globale deterioratie c.q. dementieel beeld (NAO) (...)".*

- 4.2. Verzoekster wordt verzorgd door haar dochter en schoondochter, die werkzaam zijn in de zorg. Zij wisselen elkaar af. De ene persoon is overdag aanwezig, en de andere begint in de vooravond en blijft dan slapen. Hiermee is sprake van zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen. De zorg wordt zodanig ingepland, dat deze 24 uur per dag beschikbaar is. Verzoekster vindt de zorg van haar familie uitermate prettig. Zij wil geen vreemden die haar verzorgen, omdat zij hiermee in het verleden nare ervaringen heeft gehad.

Van het Ambulant Geriatriesch Team, waarvan de behandelend specialist ouderengeneeskunde deel uitmaakt, heeft verzoekster het advies gekregen de huidige vorm van zorg voort te zetten. Op basis van de voorwaarden van de zorgverzekering is dit ook goed mogelijk. Verzoekster kan immers zelf haar zorgaanbieder kiezen, zo volgt uit de artikelen 4.3 en 10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar.

- 4.3. Naar aanleiding van de brief van 5 november 2015 waarin de ziektekostenverzekeraar te kennen geeft alsnog een PGB vv toe te kennen, merkt verzoekster op hierover weliswaar verheugd te zijn, maar dat zij de nodige kosten heeft gemaakt die zij vergoed wenst te krijgen. Zo heeft zij het entreegeld van € 37,-- betaald, alsmede bij een advocaat advies ingewonnen, waarvoor zij een eigen bijdrage van € 196,-- is verschuldigd. Ook is overwogen de zaak voor te leggen aan de rechtbank, zodat griffierechten van € 45,-- dienden te worden betaald. Deze kosten van - afgezien van het entreegeld - totaal € 241,-- dient de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster te vergoeden.

- 4.4. 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 kent de mogelijkheid van een PGB vv indien is voldaan aan één van de volgende voorwaarden:
- de verzekerde heeft vaak (meer dan driemaal 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 door de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

5.2. De zorg die verzoekster ontvangt bestaat uit hulp bij het aan- en uitkleden, het douchen, het aanreiken van medicijnen, het aan- en uittrekken van steunkousen en het begeleiden naar het toilet. Deze zorg is in te plannen. Verzoekster voldoet dan ook niet aan de voorwaarden om in aanmerking te komen voor een PGB vv.

5.3. Nadat de commissie de ziektekostenverzekeraar had verzocht nader commentaar op het geschil te geven, heeft de ziektekostenverzekeraar het dossier nogmaals bestudeerd. Dit heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten verzoekster alsnog het PGB vv toe te kennen. Ook het door haar betaalde entreegeld van € 37,-- zal worden vergoed.
Op grond van artikel 14 lid 1 van het Reglement van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen dient elke partij de kosten die zij maakt in de behandeling van een verzoek zelf te dragen. De ziektekostenverzekeraar zal daarom niet overgaan tot het betalen van een schadevergoeding.

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 A17 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 alsnog een PGB vv toe te kennen ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, alsmede een schadevergoeding van € 241,-- toe te kennen.

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 voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. In de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat. Het betreffende artikel luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

U heeft recht op verpleging en verzorging. Onder verpleging en verzorging wordt verstaan: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die

a. verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop,

b. niet gepaard gaat met verblijf, en

c. geen kraamzorg betreft. (...)

Persoonsgebonden budget

Een Persoonsgebonden budget (Pgb) is een geldbedrag waarmee u zelf verpleging en verzorging kunt inkopen. Als u recht heeft op verpleging en verzorging kunt u bij Azivo mogelijk ook vergoeding van die zorg vragen in de vorm van een Persoonsgebonden budget. In het Verzekeringsreglement kunt u lezen wanneer u hiervoor in aanmerking kunt komen, wat uw verantwoordelijkheden daarbij zijn en hoe het Pgb wordt betaald. U kunt het Verzekeringsreglement op onze website vinden. U kunt het ook opvragen bij ons Klantenservice op 070 440 24 00.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een verpleegkundige of een verzorgende met minimaal opleidingsniveau 3 in dienst van een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging en verzorging (thuiszorginstelling) of die is toegelaten voor verblijf, verpleeg- of verzorgingshuis of een instelling voor gehandicaptenzorg, die extramurale zorg levert.

Medisch specialistische verpleging thuis

Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, kunt u naar een verpleegkundige in dienst van een Instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of ZBC), revalidatie-instelling of een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging (thuiszorgorganisatie).

Azivo heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.azivo.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Azivo een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 070 440 24 00. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Indicatie en zorgplan

U heeft alleen recht op verpleging en verzorging als u een indicatie daarvoor heeft. Deze indicatie moet voldoen aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, zoals vastgesteld door de beroepsvereniging van wijkverpleegkundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u een verpleegkundige indicatie met een zorgplan hebben waarin de zorg die u nodig heeft beschreven staat in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. Dit zorgplan moet opgesteld zijn door een wijkverpleegkundige niveau 5 en ondertekend door u en de zorgaanbieder.

Medisch specialistische verpleging thuis

Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, moet de medisch specialist daartoe een uitvoeringsverzoek MSVT aan de zorgaanbieder hebben gedaan met daarin opgenomen:

- Omvang verpleegkundige handeling.
- Frequentie verpleegkundige handeling.
- Duur van verpleegkundige handeling (start- en einddatum). (...)"

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' 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 vv. U komt in aanmerking voor het PGB vv 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 vv 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' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Heeft 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 vv. Hiermee kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het PGB vv.

Hierbij moet uw zorgvraag aansluiten bij een of meer van de volgende voorwaarden:

- u heeft vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;*
- u 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;*
- u heeft 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 heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."*

- 8.6. De voorwaarden van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar 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, 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 is als zodanig (nog) 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

- 9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten verzoekster alsnog het aangevraagde PGB vv toe te kennen. Ook het betaalde entreegeld van € 37,-- zal aan haar worden vergoed, zodat hierover niet langer een geschil bestaat.
Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of de ziektekostenverzekeraar gehouden is verzoekster een schadevergoeding toe te kennen, door haar begroot op totaal € 241,--. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.

- 9.2. Artikel 14 lid 1 van het reglement van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen bepaalt dat de kosten die partijen voor de behandeling van het verzoek door de commissie maken, waaronder het entreegeld, de door een partij aan de zaak bestede tijd, de door een partij gemaakte reiskosten, en de kosten die verband houden met het horen van getuigen en/of deskundigen, voor rekening zijn van de partij die deze kosten maakt. Artikel 14 lid 3 van genoemd reglement bepaalt dat de commissie in het bindend advies kan bepalen dat de ziektekostenverzekeraar een schadevergoeding dient te betalen, althans voor zover het kosten betreft waarvan het redelijk is dat deze door de consument zijn gemaakt en waarvan ook de omvang redelijk is.
- 9.3. De door verzoekster gevorderde kosten betreffen de eigen bijdrage in verband met rechtsbijstand en griffierechten die aan de rechtbank zijn betaald.
Voor zover het de eigen bijdrage voor rechtsbijstand betreft, geldt dat deze kosten, indien zij zijn gemaakt in verband met het voeren van de procedure bij de commissie, op grond van artikel 14 lid 1 van het reglement van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen voor rekening van verzoekster dienen te blijven. Dit geldt ook voor de kosten voor inschakeling van een advocaat, waarbij in het midden kan blijven of deze inschakeling voor een procedure als de onderhavige wel noodzakelijk was.
Indien de eigen bijdrage voor rechtsbijstand de bij de rechtbank aanhangige procedure betreft, geldt met betrekking hiertoe alsmede ten aanzien van de kennelijk betaalde griffierechten, dat deze niet redelijk zijn te noemen, als bedoeld in artikel 14 lid 3 van het reglement. Verzoekster heeft immers zelf ervoor gekozen het geschil bij de rechtbank aanhangig te maken en deze procedure weer te staken. De ziektekostenverzekeraar kan voor die keuze en de daaruit voortvloeiende kosten niet verantwoordelijk worden gehouden.
De commissie ziet - gelet op het voorgaande - geen grond tot toekenning van de gevorderde schadevergoeding.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 27 januari 2016,

A.I.M. van Mierlo