



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201502577
Zittingsdatum : 23 maart 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, 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 Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit betreft 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 ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 17 april 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 20 juli 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 4 november 2015 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij e-mailbericht van 5 november 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar 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 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.

3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 januari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 januari 2016 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 februari 2016 schriftelijk 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. Bij brief van 21 januari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 23 februari 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016010291) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat verzoeker niet in aanmerking komt voor een PGB vv als bedoeld in artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 23 maart 2016 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 
- 3.11. Na afloop van de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld na te gaan of er al dan niet sprake is van planbare zorg, aangezien de indicatie binnenkort afloopt en verzoeker ter zitting heeft verklaard veel – niet planbaar – vrijwilligerswerk te doen. Bij brief van 14 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld het PGB vv alsnog aan verzoeker toe te kennen. Verzoeker is gevraagd of hiermee het geschil is opgelost, welke vraag verzoeker bij brief van 19 april 2016 bevestigend heeft beantwoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 
- 4.1. Verzoeker heeft een Cerebro Vasculair Accident (CVA) gehad, met als gevolg dat hij een verlamming heeft in zijn rechterarm en rechterbeen. Hij is om die reden aangewezen op hulp bij de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), en heeft dagelijks hulp nodig bij het opstaan (uit bed helpen, douchen, aankleden), het nuttigen van maaltijden (ontbijt, lunch, diner), het naar bed gaan (uitkleden, in bed helpen), het openen van de voordeur (op onregelmatige tijden) en het toiletbezoek (op onregelmatige tijden, verspreid over de dag). Verder heeft verzoeker diverse malen per dag hulp nodig bij het klaarzetten van zijn scootmobiel, zodat hij naar buiten kan. Ook wordt voor hem de medicatie klaargemaakt, en heeft hij wekelijks zwemtherapie, waarbij hij hulp nodig heeft bij het aan- en uitkleden vóór en na de therapie. Tot slot kan verzoeker na een onverhoopte val niet zelfstandig opstaan, zodat hij in noodsituaties op afroep hulp nodig heeft. Verzoeker is slechts mobiel met orthopedische schoenen, die hij niet zelfstandig kan aantrekken. Verder kan hij met een stok slechts over korte afstanden lopen. Voor de lange afstanden is hij aangewezen op een scootmobiel. Er zijn echter vele locaties die niet bereikbaar zijn met een scootmobiel. Verzoeker is dan aangewezen op een rolstoel, die door iemand moet worden geduwd.
- 
- 4.2. Verzoeker behoort tot de doelgroep voor het PGB vv, omdat hij langdurig is aangewezen op verpleging en/of verzorging, waarbij de functiebeperkingen niet zijn veroorzaakt door normale verouderingsprocessen. Verzoeker is in staat de verantwoordelijkheden van het PGB vv te dragen. Hij kiest bewust ervoor geen gebruik te maken van zorgaanbieders die door de ziektekostenverzekeraar zijn gecontracteerd. Hij heeft meer dan driemaal per week zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties (thuis en bij het zwembad). Verzoeker heeft op beide locaties hulp nodig bij het aan- en uitkleden, toiletbezoek en het openen van deuren. Hij heeft zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen, omdat de zorg nodig is op verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep. Verzoeker heeft verder zorg nodig die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep. Hij heeft tot slot een noodzaak voor vaste zorgverleners vanwege de specifieke zorgverlening die hij nodig heeft. Verzoeker heeft een zeer complexe medicatie die door een vaste hulpverlener moet worden samengesteld, dit in verband met de veiligheid en gezondheid van verzoeker.
- 
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij al vele jaren vrijwilligerswerk doet bij de gehandicaptenzorg. Hij doet voorlichting op scholen, en moet hiervoor dan eerder opstaan. Dit is



de afgelopen tien jaar goed gegaan. Het PGB vv is er juist voor bedoeld, en iemands levensstijl mag niet worden doorbroken door een systeem. Verzoeker heeft hierover een brief gestuurd aan de minister en de kwestie is onlangs aan de orde geweest in de Kamer. Het PGB vv kost de helft van zorg in natura. In het begin van 2015 was de situatie nog onduidelijk. Verzekeraars lijken het nu enigszins op orde te hebben. In dit geval zei de indicierend wijkverpleegkundige dat het wel goed zou komen. Vervolgens is er echter een bureau bij betrokken, en dat heeft geoordeeld dat de zorg planbaar is. Het toiletbezoek 's nachts zou kunnen worden gedaan door de mantelzorger en het aan- en uitkleden bij het zwemmen via de Wmo. De criteria rond de planbaarheid zijn discutabel.



4.4. Verzoeker heeft bij brief van 19 april 2016 aan de commissie medegedeeld dat het geschil met de toekenning van het PGB vv is opgelost.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar



5.1. Verpleging en verzorging in de thuissituatie maken vanaf 1 januari 2015 deel uit van de zorgverzekering. Een en ander is geregeld in artikel 2.10 Bzv. Deze wijziging houdt in dat verzoeker met ingang van 1 januari 2015 de geïndiceerde zorg ontvangt via de ziektekostenverzekeraar. In artikel B.26 van de zorgverzekering is geregeld in welke gevallen aanspraak bestaat op verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. In het artikel is ook de mogelijkheid van het PGB vv opgenomen. De nadere voorwaarden voor het PGB vv zijn omschreven in het 'Reglement PGB Verpleging & Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Deze voorwaarden zijn gebaseerd op bestuurlijke afspraken over de uitgangspunten en de inhoud van het PGB vv, die in 2014 zijn gemaakt tussen het Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Per Saldo.



In het reglement is opgenomen dat een indicatie dient te bestaan voor verpleging en verzorging, waarbij de verzekerde langer dan een jaar op de zorg is aangewezen. De verzekerde moet daarnaast in staat zijn de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden, op verantwoorde wijze uit te voeren, een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap en de ingeschakelde zorgaanbieders zo aan te sturen dat kan worden gesproken van verantwoorde zorg.



5.2. Indien een indicatie bestaat en er bewust voor wordt gekozen geen gebruik te maken van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders, kan men in aanmerking komen voor een PGB vv indien is voldaan aan één van de volgende voorwaarden:

- de verzekerde heeft vaak (meer dan drie keer 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 van 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 benodigd is, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.



5.3. Verzoeker heeft een indicatie voor persoonlijke verzorging. Hij heeft toegelicht dat hij een PGB vv wenst, omdat hij vaak (meer dan drie keer per week) zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties. Verder heeft hij toegelicht zorg nodig te hebben die vooraf slecht is in te plannen, omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten van de dag en/of op afroep.

De zorg bestaat uit het dagelijks in en uit bed helpen, douchen, aanreiken van medicatie en het klaarmaken van brood in de ochtend en middag. Eenmaal per week heeft verzoeker hulp nodig bij het aan- en uitkleden bij de zwemtherapie, en eenmaal per week wordt voor hem de medicatie uitgezet.



De zorgverzekeraar is tot de conclusie gekomen dat de zorg die verzoeker nodig heeft, goed planbaar is. Aangezien de zwemtherapie één keer per week wordt gevolgd, is niet voldaan aan de eis dat het moet gaan om zorg die ten minste drie keer per week plaatsvindt. De zorg die hij nodig

heeft, waaronder het klaarmaken van medicatie, is niet dermate specifiek dat het noodzakelijk is dat deze wordt verleend door een vaste zorgverlener.

- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar aangevoerd dat het systeem is veranderd. De eerste vraag is nu wat de persoon zelf kan, en vervolgens wat door de mantelzorger kan worden uitgevoerd. Pas daarna komen de Wmo en de Zvw in beeld, en uiteindelijk de Wlz. Verder is er geen keuze tussen het PGB vv en zorg in natura. Kennelijk bestond hierover ook een misverstand bij de verpleegkundige die zei dat het wel goed zou komen. Zorg in natura is het uitgangspunt, tenzij dit niet mogelijk is. Het klopt overigens wel dat zorg in natura duurder is dan een PGB vv. In eerste instantie is verzoeker geïndiceerd voor ochtend- en avondzorg. Naar nu blijkt, doet verzoeker vrijwilligerswerk, hetgeen van belang is in het kader van de planbaarheid van de zorg. Binnenkort loopt de indicatie af.

- 5.5. Bij brief van 14 april 2016 heeft de zorgverzekeraar aan de commissie medegedeeld alsnog een PGB vv aan verzoeker toe te kennen voor de periode van 1 april 2015 tot en met 31 maart 2016 voor acht uur Persoonlijke Verzorging per week. Vanaf 1 april 2016 tot en met 31 maart 2017 wordt een akkoordverklaring afgegeven voor tien uur Persoonlijke Verzorging per week.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.22. 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. Beoordeling van het geschil

- 8.1. De commissie stelt vast dat de zorgverzekeraar bij brief van 14 april 2016 aan de commissie heeft medegedeeld alsnog een PGB vv aan verzoeker toe te kennen voor de periode van 1 april 2015 tot en met 31 maart 2016 voor acht uur Persoonlijke Verzorging per week. Vanaf 1 april 2016 tot en met 31 maart 2017 wordt een akkoordverklaring afgegeven voor tien uur Persoonlijke Verzorging per week. Verzoeker heeft bij brief van 19 april 2016 verklaard dat hiermee het geschil is opgelost.

- 8.2. Aangezien het geschil lopende de procedure bij de commissie is opgelost, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.



9. Het bindend advies



9.1. De commissie stelt hetgeen onder 8.1 is omschreven vast.



9.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar is gehouden het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

Zeist, 20 april 2016,



A.I.M. van Mierlo

