



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, in deze
vertegenwoordigd door Turien & Co. Assuradeuren B.V. te Alkmaar

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

Zaaknummer : 201601784

Zittingsdatum : 22 maart 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door Turien & Co. Assuradeuren B.V. te Alkmaar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie 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 door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Cura Aanvullend Rotterdampakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten Aanvullende Verzekering Eigen Risico is niet in geschil en blijft om die reden 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 9 december 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat geen PGB vv wordt toegekend.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 25 mei 2016 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 9 december 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 25 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 januari 2017 aan verzoekster gezonden.



3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 9 februari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 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 27 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 9 februari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017004821) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat sprake is van planbare zorg en er geen medische noodzaak is voor een vaste zorgverlener of voor zorg op wisselende locaties en tijdstippen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 1 maart 2017, met de uitnodiging voor de hoorzitting, aan partijen gezonden.



3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 maart 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.



3.11. Bij brief van 23 maart 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 29 maart 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. Verzoekster heeft sinds een groot aantal jaren een PGB. Het beheer van het PGB wordt al jaren door haar neef gedaan (haar vertegenwoordiger). Het PGB is alle jaren op correcte wijze verantwoord en deze verantwoordingen zijn goedgekeurd. De - initiële - stelling van de ziektekostenverzekeraar dat geen sprake is van een (wettelijk) vertegenwoordiger, is zodoende onbegrijpelijk.



4.2. Verzoekster heeft astma en artrose en zij gebruikt een kniebrace. De zorg die verzoekster krijgt is niet planbaar. De zorg wordt verleend op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen. Er is geen sprake van vaste zorgmomenten op de dag. Verzoekster heeft dagelijks zorg nodig, maar de tijdstippen variëren. De reden hiervan is dat zij zeer veel last heeft van benauwdheid door astma. Tevens speelt de artrose een rol bij de wisselende tijdstippen. Verzoekster heeft regelmatig zoveel last van benauwdheid dat zij langer in bed moet blijven en het douchen en aankleden pas op een later moment kunnen plaatsvinden. De zorg is geen dag hetzelfde. Per dag wordt bezien wanneer het douchen en aankleden kunnen plaatsvinden. De zorg wordt al jaren op deze wijze geleverd en de zorgverlener is hierop ingespeeld.



Voorts geldt dat de zorg 24 uur per dag beschikbaar moet zijn. Wanneer verzoekster een aanval van benauwdheid krijgt, moet direct actie worden ondernomen, omdat zij dan in paniek raakt. Via een voorkeuzetoets kan verzoekster haar vaste zorgverlener bellen en deze komt dan direct naar haar toe. De zorgverlener helpt verzoekster op die momenten met het toedienen van medicatie, omdat zij dat zelf niet kan.



Verzoekster kan door de artrose de kniebrace niet zelf omdoen. Als zij wil gaan wandelen, schakelt zij haar zorgverlener in voor het omdoen van de brace. Dit deel van de zorg geschiedt zodoende op wisselende tijden. Beweging is goed voor zowel de astma als de artrose. Verzoekster loopt inmiddels met een rollator omdat zij, toen zij deze nog niet had, een aantal keren is gevallen. Zij



probeert op goede dagen een kwartier tot twintig minuten buiten te wandelen en dit gebeurt onder begeleiding. Hiervoor heeft verzoekster overigens geen indicatie.

Verzoekster heeft niet alleen lichamelijke, maar ook psychische klachten, veroorzaakt door een oorlogsverleden. Vertrouwdheid met de zorgverlener is heel belangrijk, onder meer om haar te kunnen kalmeren. In de loop der tijd zijn de panieklachten van verzoekster erger geworden. Uit de verwijzing van de huisarts van 15 april 2014 blijkt dat verzoekster in verband met PTSS-klachten is doorverwezen naar een Iraanse psycholoog. Door de psycholoog zijn de diagnoses depressie en angststoornis gesteld. Verzoekster heeft het middel Mirtazapine 15 mg voorgeschreven gekregen. Verder heeft verzoekster last van vergeetachtigheid. Er bestond een vermoeden van dementie, maar bij onderzoek door een neuroloog zijn geen afwijkingen geconstateerd die hierop duiden. Tot slot speelt een rol dat verzoekster alleen Farsi spreekt. Zij kan niet in het Nederlands communiceren. De huidige zorgverlener is het Farsi machtig.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar stelt thans dat de zorg die verzoekster krijgt planbaar is. Het lag op zijn weg om aan te tonen dat de situatie is gewijzigd, en hierin is de ziektekostenverzekeraar niet geslaagd. Het lijkt erop dat de ziektekostenverzekeraar de inhoud van de zorg en de planbaarheid daarvan niet intern heeft besproken met een verpleegkundige of medisch deskundige. Gelet op het ziektebeeld van verzoekster, getuigt het van weinig realiteitszin dat haar zorgbehoefte wordt aangemerkt als volledig planbaar.
- Verder is het flauw dat de ziektekostenverzekeraar een opmerking maakt over het dagelijks knippen van de nagels. Het verzorgen van de nagels behoort nu eenmaal tot de zorg die aan verzoekster wordt verleend. Het is echter niet zo dat alle nagels iedere dag worden geknipt. Dit onderdeel van de zorg is in het zorgplan opgenomen omdat het behoort tot de steeds terugkomende zorg. Nagels groeien niet altijd in dezelfde mate. Het is dan ook lastig in het zorgplan op te nemen op welke dag de nagels moeten worden geknipt en wat de frequentie hiervan is. Daarom is ervoor gekozen deze zorgtaak op de betreffende manier in het zorgplan te omschrijven.
- In het 'Reglement PGB vv' wordt in artikel 3 sub 4 de mogelijkheid geboden van toekenning van een PGB vv wanneer sprake is van een noodzaak voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die nodig is of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
- Verzoekster stelt dat het, gezien haar psychische en lichamelijke situatie, van belang is dat de zorg wordt verleend door een vaste en vertrouwde zorgverlener die met haar kan communiceren. Hoewel dit volgens de ziektekostenverzekeraar niet in het reglement wordt benoemd, meent verzoekster dat bij de beoordeling dient te worden meegenomen, dat zorgverlening door een vast en vertrouwd persoon een positieve invloed zal hebben op haar lichamelijk en psychisch welbevinden. Het is niet ondenkbaar dat zorgverlening door vreemde zorgverleners een negatieve invloed zal hebben op de lichamelijke en geestelijke gezondheid van verzoekster en daarmee tot een grotere zorgvraag zou kunnen leiden. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat gecontracteerde thuiszorgorganisaties niet kunnen voorzien in een zorgverlener die Farsi spreekt. Daar wordt aan toegevoegd dat dit verder geen gevolgen heeft, omdat anderstaligheid geen toetsingscriterium is. Verzoekster kan zich hierin niet vinden. In verband met haar lichamelijke en psychische klachten is het wel degelijk van belang dat er een vaste zorgverlener is die met haar kan communiceren. Immers, haar gezondheidssituatie kan doordat de zorgverlener Farsi spreekt, met haar worden besproken. De zorgverlener kan verzoekster aanwijzingen en tips geven en haar indien nodig gerust stellen. Het hebben van een zorgverlener die Farsi spreekt is zodoende wel van invloed op de zorgbehoefte van verzoekster.

- 4.4. Voorts verwijst verzoekster naar de brief van de huisarts van 15 april 2014, waarin het volgende is vermeld: *"(...) laatste tijd sprake van vergeetachtigheid, piekergedachten omtrent vroeger (scheiding, kinderen), slaapproblemen. Het betreft een 62-jarige Farsi-sprekende vrouw die lichamelijk belast is, geen Nederlands spreekt en afhankelijk is van haar neef. Zij heeft geen psychiatrische vg. Klachten kunnen passen bij beginnend dementieel beeld (erfelijke belasting) dd ptss met dissociaties. (...) verwijzing naar Farsi sprekende Iraanse psy die verdere diagnostiek en behandeling kan doen (...) thuiszorg? echter de taal en cultuur vormen een probleem.*
- Probleemlijst: (...) schouder arthrose (...) gordelroos re dermatoom th3-4 (...) astma (...) onychomycose, intertrigo liezen (...) allergie (...) tubaire catarre (...)"*

4.5. Verzoekster stelt verder dat de door de ziektekostenverzekeraar aangevoerde argumenten en voorwaarden onnodig bezwarend zijn en leiden tot een voor haar onredelijke uitkomst. Er dient ruimte te zijn voor andere afwegingen om op die manier toch een PGB vv toe te kennen. Als de zorg aan verzoekster wordt verleend door vertrouwde mensen in haar omgeving die haar taal spreken, moet dat via een PGB vv mogelijk blijven. Verzoekster meent dan ook te voldoen aan de in artikel 3 van het 'Reglement PGB vv' genoemde voorwaarden. Deze kunnen derhalve geen reden zijn toekenning van een PGB vv te weigeren.

Met betrekking tot de opmerkingen van de ziektekostenverzekeraar inzake de dagen waarop zorg wordt verleend en de declaraties van de zorg, licht verzoekster toe dat de zorgverlener veel meer zorg aan haar verleent dan waarvoor een indicatie is afgegeven. De zorg die wordt verantwoord is slechts een deel van de zorg die wordt verleend. Er wordt zeven dagen per week zorg aan verzoekster geboden en niet al die zorg wordt in rekening gebracht. Sinds 2009 verblijft verzoekster van vrijdagavond tot en met maandagochtend bij de zorgverlener thuis, omdat toezicht nodig is. Overigens is de zorgverlening tot op heden onverminderd voortgezet. Verzoekster benadrukt dat de zorg tot haar grote tevredenheid wordt verleend.

4.6. Ter zitting heeft verzoekster gesteld het niet eens te zijn met het advies van het Zorginstituut. Het gaat niet om ADL-taken die op vaste tijdstippen kunnen worden verleend. Verzoekster is ieder weekend bij haar neef - die tevens haar bewindvoerder is - en zijn echtgenote. Dit is de meest prettige manier van zorgverlening, omdat zij dan direct kan worden geholpen als zorg nodig is. De neef van verzoekster en zijn echtgenote verlenen de zorg. Vanwege toenemende klachten is destijds een aanvraag ingediend voor een PGB vv. In 2015 is het PGB vv toegekend, maar voor 2016 niet. De zorgverlening is evenwel doorgegaan. Verzoekster heeft veel aandoeningen, die in ernst toenemen. Het gaat bijvoorbeeld heel slecht met de astma, waar zij vooral in de wintermaanden veel last van heeft. Omdat zij in paniek raakt, moet er constant iemand bij haar zijn. Soms is het niet mogelijk dat verzoekster wordt gedoucht, omdat zij daar niet aan toe is, zodat dit op een ander tijdstip moet plaatsvinden. De behandeling van de astma heeft tot nu toe niet veel opgeleverd. Verzoekster ligt soms de hele nacht wakker vanwege ademhalingsproblemen. Zij moet dan langer in bed blijven. Laatst is verzoekster gevallen in huis. Zij heeft slechte knieën, waardoor zij ook niet zelf naar het toilet kan gaan. Verzoekster is ook bekend met angststoornissen. De zorg kan daarom niet op vaste tijden worden gepland. Voorts heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat meer zorg wordt verleend dan dat er is aangevraagd, en dit is gunstig voor de ziektekostenverzekeraar. De mogelijkheid van het indienen van een nieuwe aanvraag is reeds besproken. Hoe er gedeclareerd wordt is een ander punt dan de inhoud van de zorg. Tot slot heeft verzoekster herhaald dat de zorg in de praktijk niet planbaar blijkt te zijn, met name vanwege de slaapproblemen. De tijdstippen van de zorgverlening worden daarom in overleg bepaald. Verder geldt dat de angstproblemen niet zijn opgenomen in de zorgbehoefte.

4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Met ingang van 1 januari 2015 valt het PGB vv onder de Zorgverzekeringswet. Voorheen viel deze voorziening onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), thans de Wet langdurige zorg (Wlz). Een door het zorgkantoor in 2014 voor het kalenderjaar 2015 toegekend budget werd op basis van het overgangsrecht door de ziektekostenverzekeraar overgenomen. Het voorgaande is de reden dat de ziektekostenverzekeraar voor het jaar 2015 de ten behoeve van verzoekster ingediende declaraties heeft vergoed. Een verlenging van het PGB per 1 januari 2016 dient te worden beoordeeld aan de hand van de regelgeving zoals die is opgenomen in het 'Reglement PGB vv'.

Om voor een PGB vv in aanmerking te komen dient te worden voldaan aan de criteria die zijn opgenomen in de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement PGB vv'.

In artikel 2 van het reglement is bepaald dat een verzekerde in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger (curator, bewindvoerder of mentor) de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden, op verantwoorde wijze uit te voeren.

Artikel 3 van het reglement omschrijft de zorgvraag. Hierin is het volgende opgenomen:

- verzekerde heeft vaak (meer dan drie maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- 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;
- 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 zorgverleners door de specifieke zorgverlening die verzekerde nodig heeft, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

5.2. In eerste instantie is gesteld dat verzoekster niet behoort tot de doelgroep zoals omschreven in artikel 2 van het 'Reglement PGB vv'. Namens verzoekster is echter een beschikking van de Rechtbank Rotterdam overgelegd waaruit blijkt dat zij vanaf 10 maart 2016 een officiële wettelijke vertegenwoordiger heeft. Hiermee is alsnog voldaan aan de criteria zoals opgenomen in artikel 2 van het reglement.

5.3. Met betrekking tot artikel 3 van het 'Reglement PGB vv' stelt de ziektekostenverzekeraar het volgende.

Er is een indicatie gesteld voor zeven uren Persoonlijke Verzorging per week. Namens verzoekster is toegelicht dat zij op wisselende tijden zorg nodig heeft. Verder heeft zij, gelet op haar anderstaligheid, een voorkeur voor een specifieke zorgverlener.

Op het aanvraagformulier is vermeld dat verzoekster hulp nodig heeft bij het douchen, aan- en uitkleden, aantrekken van een brace, nagelverzorging, het aanreiken van medicijnen en soms hulp bij de toiletgang. In de 'Zorgovereenkomst arbeidsovereenkomst' is opgenomen dat de zorgverlener maximaal drie dagen per week komt werken. Uit de maanddeclaraties voor 2015 blijkt dat, ongeacht het aantal dagen per maand, de zorg wordt verleend voor totaal 30 uur. Opvallend daarbij is dat in de maand februari 2015 (28 dagen) eveneens 30 uur zorg is gedeclareerd. Zowel op 15 als op 27 februari 2015 is een (zorg)uur toegevoegd, zodat aan een totaal van 30 uur is gekomen.

De ziektekostenverzekeraar stelt dat uit het zorgplan en de declaraties over 2015 blijkt dat om de dag zorg wordt verleend. Blijkbaar is op de dagen dat geen zorg wordt verleend, geen sprake van onvoorziene zorgmomenten en heeft verzoekster alsdan geen zorg nodig.

Voorts merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het opvallend is dat in het zorgplan is opgenomen dat de nagels dagelijks moeten worden geknipt en dat de zorg voor het merendeel bestaat uit begeleiding van verzoekster. Dit laatste is geen zorg die onder de zorgverzekering valt.

De zorg die om de dag voor het douchen, aan- en uitkleden en het aanreiken van medicijnen wordt geboden is planbaar.

De ziektekostenverzekeraar is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener.

Verzoekster heeft in dit kader gewezen op haar psychische klachten ten gevolge van een oorlogsverleden, maar dit blijkt niet uit het verslag van de huisarts. Integendeel, de huisarts heeft in zijn brief van 15 april 2014 aan de psychiater verklaard dat geen sprake is van een psychiatrische voorgeschiedenis. Verzoekster is doorverwezen in verband met mogelijke dementie en piekergedachten.

Angstaanvallen zijn niet in het reglement opgenomen als reden om een PGB vv toe te kennen.

Ook de onvoorspelbare astma-aanvallen vormen geen reden om een PGB vv toe te kennen.

Immers, naar aard en omvang van de zorg is geen sprake van specifieke zorgverlening in verband met het gebruik van specifieke hulpmiddelen. Er wordt geen gebruik gemaakt van een specifiek hulpmiddel waarvoor specifieke kennis van de zorgverlener is vereist. Uit de stukken blijkt dat verzoekster voor haar astma gebruik maakt van een vernevelaar. Zij moet bij een aanval dan enkele puffjes nemen. Het gebruik van een vernevelaar is eenvoudig. Iedere astmapatiënt kan dit na een korte instructie van de arts of apotheker zelf doen. Het voordeel is dat bij een aanval niet hoeft te worden gewacht op een zorgverlener. Het ontgaat de ziektekostenverzekeraar waarom verzoekster bij een astma-aanval wel een voorkeuzetoets van de telefoon kan indrukken, maar niet een eenvoudige vernevelaar kan bedienen. Overigens blijkt zowel uit het aanvraagformulier als uit de zorgovereenkomst dat sprake is van het klaarzetten van medicijnen en niet van het toedienen daarvan. Dit betekent dus dat verzoekster zelf in staat is om haar medicijnen in te nemen. Er is geen noodzaak voor een vaste zorgaanbieder.



De ziektekostenverzekeraar stelt dat aldus niet is voldaan aan het bepaalde in artikel 3 van het 'Reglement PGB vv'. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op een PGB vv.



De ziektekostenverzekeraar merkt op dat begrip bestaat voor de persoonlijke voorkeur van verzoekster voor een bepaalde zorgverlener. Dit is echter geen reden om een PGB vv toe te kennen. In de toepasselijke regelgeving wordt geen rekening gehouden met persoonlijke voorkeuren die niet van invloed zijn op de inhoudelijke zorgbehoefte.



Verzoekster kan gebruikmaken van zorg in natura. Zij kan zich hiervoor wenden tot een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie. De ziektekostenverzekeraar is nog nagegaan of thuiszorgorganisaties in de buurt van het woonadres van verzoekster kunnen voorzien in een zorgverlener die in het Farsi met verzoekster kan communiceren, en dit is niet mogelijk gebleken. Aangezien anderstaligheid geen toetsingscriterium is zoals opgenomen in het 'Reglement PGB vv' is dit geen reden om alsnog over te gaan tot toekenning van een PGB vv aan verzoekster.



De opmerking van verzoekster dat meer zorg wordt geboden dan wordt gedeclareerd, legt de ziektekostenverzekeraar naast zich neer. Bij de beoordeling van het aantal gevraagde zorguren wordt uitgegaan van het aanvraagformulier, de zorgovereenkomst en de declaratieformulieren.



Op het aanvraagformulier is zeven uren per week Persoonlijke Verzorging vermeld. In de zorgovereenkomst is opgenomen dat de zorgverlener maximaal drie dagen in week zorg biedt. Dit laatste komt overeen met de declaraties die van verzoekster zijn ontvangen. Daaruit blijkt dat om de dag zorg wordt geboden. Zowel het aanvraagformulier als de zorgovereenkomst zijn door verzoekster en/of haar vertegenwoordiger voor akkoord ondertekend.

- 
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het aanvraagformulier leidend is. Dit formulier dient te zijn ingevuld door een wijkverpleegkundige, niveau 5. De aanvraagde zorg betreft onder meer aan- en uitkleden en het klaarzetten van medicatie. Indien hiervan wordt uitgegaan, kan geen andere conclusie worden getrokken dan dat sprake is van planbare zorg. Als wordt gekeken naar de declaraties ten tijde van de overgangsregeling, geldt dat opvalt dat om de dag zorg werd gedeclareerd. Er werd bovendien steeds 30 uur zorg gedeclareerd, zelfs in februari. Als om de dag zorg wordt verleend, is dit planbare zorg. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat uit de aanvraag niet blijkt van een verstoord dag- en nachtritme. Evenmin is gebleken van angststoornissen. Eerder is gesproken over PTSS vanuit een oorlogsverleden, maar ook dit blijkt niet uit de stukken.

- 
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.



6. De bevoegdheid van de commissie

- 
- 6.1. In artikel 10 van de zorgverzekering wordt verwezen naar de rechter en de commissie. Deze verwijzing ontbreekt in de 'Algemene bepalingen' van de aanvullende ziektekostenverzekering. Met het voorleggen van het geschil aan de commissie hebben partijen zich impliciet akkoord verklaard met bindende advisering. De commissie acht zich derhalve 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 is gehouden aan verzoekster alsnog een PGB vv 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. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntsysteem en casemanagement. 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. U hebt alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en verzorging hebt en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig hebt in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.
(...)"*

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement PGB vv' 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: (...)

*3. U langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen.
(...)*

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de verantwoordelijkheden en verplichtingen die bij het pgb verpleging en verzorging horen, uit te voeren. Een wettelijk vertegenwoordiger kan een ouder (voor kinderen tot 18 jaar), curator, bewindvoerder of mentor zijn. De verantwoordelijkheden en verplichtingen die u moet kunnen uitvoeren zijn bijvoorbeeld contracten afsluiten met een zorgaanbieder en deze controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten, zie hiervoor ook artikel 6;*
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van het 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 PGB vv' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Om voor een pgb verpleging en verzorging in aanmerking te komen moet u voldoen aan de navolgende voorwaarden:

1. U bent in het bezit van een door een BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot een van de doelgroepen zoals beschreven in artikel 2.

(...)

3. U moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgaanbieder(s) die door ons zijn gecontracteerd. Dit noemen wij zorg in natura (ZIN). Indien u een combinatie wenst van zorg in natura met een pgb verpleging en verzorging, dan mag de indicatie maar door één zorgaanbieder worden gesteld.

4. Uw zorgvraag moet aansluiten bij één of meer van de volgende voorwaarden. Uit de indicatie moet blijken dat:

- u vaak zorg nodig hebt op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;

- u zorg nodig hebt 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 zorg nodig hebt die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep (in het geval van Intensieve Kindzorg of PTZ);

- er een noodzaak is 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 het 'Reglement PGB vv' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2 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 vv was ten tijde van het onderhavige geschil niet als zodanig 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 PGB vv' van de ziektekostenverzekeraar genoemde doelgroepen. In eerste instantie heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat verzoekster niet in staat is het PGB vv zelfstandig te beheren en dat een (wettelijk) vertegenwoordiger ontbreekt. Verzoekster is hiertegen opgekomen en heeft daarbij onder meer een beschikking tot onderbewindstelling overgelegd. Op basis hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar geconcludeerd dat is voldaan aan de voorwaarden van voornoemd artikel 2. Zodoende staat vast dat verzoekster behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld. De vraag ligt derhalve voor of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoekster ontvangt bestaat uit hulp bij het douchen, het aankleden, het aanreiken van medicijnen, de nagelverzorging, de begeleiding bij artsenbezoeken en het aandoen van de kniebrace. Verder ontvangt verzoekster soms hulp bij de toiletgang. Begeleiding bij artsenbezoeken betreft geen Persoonlijke Verzorging die onder de zorgverzekering valt. Voor het overige betreft het zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel slecht is in te plannen. Voorts 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 zeven uren per week. Tot slot 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. Hetgeen door verzoekster is aangevoerd aangaande haar lichamelijke en psychische situatie en het feit dat zij de Nederlandse taal niet machtig is, zodat zij zorg wenst te ontvangen van een vaste, vertrouwde zorgverlener die Farsi spreekt, treft geen doel, aangezien het geen medische noodzaak vormt voor een vaste zorgaanbieder. Weliswaar is het begrijpelijk dat verzoekster zorg wenst te ontvangen van een voor haar vertrouwd persoon, maar dit betekent niet dat formele zorgverleners haar de noodzakelijke zorg niet kunnen verlenen en hierbij geen rekening kunnen houden met haar problematiek en de gevolgen hiervan. Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen mogelijkheid voor toekenning van een PGB vv, zodat het verzoek niet op die grond kan worden toegewezen.

Overgangsrecht

- 9.5. Verzoekster heeft nog gesteld dat zij al gedurende een reeks van jaren gebruik maakt van een PGB voor de financiering van de zorg die zij ontvangt. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster voor het jaar 2015 - het PGB vv valt sinds 1 januari 2015 onder de Zorgverzekeringswet - onder het overgangsrecht viel, omdat zij voorafgaand aan dit jaar reeds een PGB ontving ten laste van de AWBZ. Zorgkostendeclaraties uit 2015 zijn door de ziektekostenverzekeraar in dat kader vergoed. Aan verzoekster is medegedeeld dat voor het jaar 2016 een nieuwe aanvraag en indicatiestelling moesten worden ingediend. Verzoekster is hiertoe overgegaan en dit heeft geleid tot het onderhavige geschil. De commissie stelt vast dat partijen niet verdeeld zijn over de financiering van de zorg die aan verzoekster is verleend tot en met het jaar 2015. De argumenten van verzoekster die betrekking hebben op het overgangsrecht zijn niet van belang voor de onderhavige aanvraag voor het jaar 2016. Deze dient te worden beoordeeld aan de hand van de voor dat jaar geldende verzekeringsvoorwaarden, welke beoordeling hiervoor is uitgevoerd en heeft geleid tot de conclusie dat verzoekster geen aanspraak heeft op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst.



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, 19 april 2017,




P.J.J. Vonk