



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

Zaaknummer : 201502227

Zittingsdatum : 6 april 2016

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

(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 D,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar,
vertegenwoordigd door Turien en Co Assuradeuren te Alkmaar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag 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 ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Cura Den Haag 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).

De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Eigen Risico is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

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 mei 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 24 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 12 augustus 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 4 december 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 december 2015 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 december 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 januari 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. 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.
- 3.8. Bij brief van 8 december 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 30 december 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015156634) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het gaat om planbare zorg, zodat niet is voldaan aan het bepaalde in artikel 3 van het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging van de ziektekostenverzekeraar. Het Zorginstituut is niet bevoegd te beoordelen of verzoekster in staat is het PGB vv te beheren als bedoeld in artikel 2 van genoemd reglement. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 april 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 8 april 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en een nagekomen stuk gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 28 april 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht, inhoudende dat zonder actuele objectieve medische informatie niet kan worden geconstateerd dat niet is voldaan aan de voorwaarden van artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van dit advies is op 2 mei 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 6 mei 2016 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en verzorging' ingediend, en hierop, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: *"De tijdstippen waarop zorg noodzakelijk is en de onvoorziene zorgmomenten kan een gecontracteerde zorgaanbieder niet leveren. Bij allereerste aanvraag contact opgenomen met HWW. Deze gaven te kennen deze zorg niet te leveren. Nu is de huidige zorgverlener het enige en vaste gezicht en dat moet in stand worden gehouden. Het is niet bekend met wie er toen gesproken is. (...) Op wisselende tijden en onvo[o]rziene tijdstippen zorg nodig. Vaste hulp[v]erlener/vertrouwenspersoon. Wil huidige hulpverlener, die nu ook met PGB voor mij werkt, behouden! (...) Dagelijks geplande zorg: Hulp bij opstaan en naar bed gaan, Hulp bij ADL, ochtend en avond. Toezicht inname medicatie 4 keer per dag, Hulp bij toiletgang/verschoning incontinentie, meerdere malen per dag, klaar zetten ontbijt en lunch, ondersteuning bij lopen (...)"*.
- 4.2. Verzoekster is langdurig, dat wil zeggen langer dan een jaar, aangewezen op verzorging. Haar lichamelijke beperkingen zijn divers en niet alleen gerelateerd aan normale ouderdomsprocessen. Ook voldoet zij aan de voorwaarden en kent zij de taken die behoren bij het beheer van het PGB vv. Zij heeft namelijk al enkele jaren een PGB vv en heeft gedurende die tijd aan haar verplichtingen voldaan. Ook ten laste van de Wmo ontvangt verzoekster een PGB. Kennelijk is de gemeente van mening dat zij wel in staat is het PGB te beheren. Dit verschil bevreemdt verzoekster. Zij vraagt zich af hoe het kan dat de ene instantie haar zelfstandigheid wel inziet, terwijl de andere hieraan twijfelt.

-  4.3. De hulp aan verzoekster kan niet worden geleverd door een thuiszorgorganisatie. De tijden waarop zij hulp nodig heeft, zijn namelijk niet geheel voorspelbaar, en zijn bovendien afhankelijk van de lichamelijke gesteldheid van verzoekster, die per dag wisselend is. Hulp moet op afroep beschikbaar zijn, gedurende 24 uur per dag.
-  4.4. Het telefoongesprek dat verzoekster met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft gevoerd met betrekking tot de aanvraag voor het PGB vv, heeft zij als niet prettig ervaren. Er werd niet naar haar geluisterd, en zaken werden anders geïnterpreteerd dan door verzoekster bedoeld. Van hetgeen tijdens het gesprek is besproken, is bovendien niets terug te lezen in de afwijzing van de aanvraag.
-  4.5. De rechtbank Den Haag heeft op 15 december 2015 een beschikking afgegeven, inhoudende dat verzoekster onder bewind is gesteld. De bewindvoerder zal voor haar het PGB vv gaan beheren. Daarmee is voldaan aan het vereiste in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar.
-  4.6. Ter zitting is door verzoekster erop aangedrongen dat de ziektekostenverzekeraar de notitie van het onder 4.4 bedoelde telefoongesprek aanlevert. Voorts is aangevoerd dat het medicijngebruik deels is afgestemd op de maaltijden. Verzoekster gebruikt de maaltijd soms later of helemaal niet. Inmiddels is haar toestand verder verslechterd. Verzoekster kamt met incontinentie en kan geen luiers gebruiken omdat zij hier ontstekingen van krijgt. Verzoekster verwacht niet dat zij 's nachts zorg in natura krijgt als er "een ongelukje" gebeurt. Voorts is de taal een probleem.
-  4.7. In reactie op het definitief advies van het Zorginstituut heeft verzoekster gesteld dat het in haar geval specifieke zorg betreft, die niet planbaar is, en die noodzakelijk is op ongebruikelijke plaatsen en tijdstippen.
-  4.8. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
-  5.1. Artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' bepaalt dat men in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden, op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in dat contracten moeten worden afgesloten met zorgaanbieders, dat deze zorgverleners moeten worden gecontroleerd, en dat taken moeten worden verricht zoals het werven van personeel, het opstellen van uurroosters en het toezicht houden op de nakoming van zorgovereenkomsten. Verder moet de verzekerde een weloverwogen keuze kunnen maken ten aanzien van werkgeverschap, en moet betrokkene in staat zijn de zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen dat sprake zal zijn van verantwoorde zorg.
-  5.2. Uit de aanvraag blijkt niet dat verzoekster behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld. Daarom is op 6 mei 2015 telefonisch contact opgenomen met verzoekster. Zij heeft bij die gelegenheid toegelicht dat zij het PGB vv niet zelf zal beheren, maar dat haar dochter dit voor haar zal doen. De dochter van verzoekster is echter niet haar wettelijk vertegenwoordiger. Uit de beschikking van de rechtbank Den Haag van 15 december 2015 volgt dat verzoekster onder bewind is gesteld, en dat haar bewindvoerder het PGB vv zal gaan beheren. Aldus is alsnog voldaan aan de eis die artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar stelt.
-  5.3. Voorts moet de zorgvraag aansluiten bij één van de voorwaarden die in artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' zijn genoemd, namelijk:
- 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;
 - de verzekerde heeft zorg nodig die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
 - er bestaat een noodzaak voor vaste zorgaanbieders als gevolg van de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
- Bij de aanvraag is toegelicht dat het PGB vv voor verzoekster is aangevraagd omdat zij dagelijks hulp nodig heeft bij het douchen/wassen, het aan- en uitkleden en ADL-zorg. Dit betreft planbare zorg, die niet voldoet aan één van de voorwaarden voor toekenning van het PGB vv.

- 5.4. Verzoekster heeft in verband met haar problematiek recht op zorg in natura, ten laste van de zorgverzekering. Hierover kan zij contact opnemen met een gecontracteerde thuiszorgorganisatie.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat sprake is van planbare zorg. Deze zorg kan worden geleverd door een organisatie die ook anderstalige medewerkers in dienst heeft. Uit de stukken blijkt niet dat verzoekster niet in staat is zelf voldoende hygiënische maatregelen te treffen. Overigens valt een deel van de benodigde zorg niet onder de Zvw, maar mogelijk wel onder de Wmo. Van het onder 4.4 bedoelde telefoongesprek kan een notitie worden overgelegd. De inhoud is echter al in de eerdere brieven geciteerd.
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar 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 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 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 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. 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). Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders 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 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' 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 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 was ten tijde van het geschil 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 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 langer in geschil dat verzoekster, na afgifte van de beschikking van de rechtbank Den Haag op 15 december 2015, voldoet aan de voorwaarden genoemd in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging'. 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 de door haar overgelegde stukken - uit hulp bij het opstaan en naar bed gaan, hulp bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen, toezicht bij de inname van medicatie en hulp bij de toiletgang en verschoning in verband met incontinentie. Verder worden voor verzoekster het ontbijt en de lunch klaargemaakt, en krijgt zij ondersteuning bij het lopen. Voor zover sprake is van zorg die valt onder de dekking van de zorgverzekering, betreft het naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Het gaat derhalve niet om zorg die op wisselende of ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Ook gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgaanbieder door een specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. De (mogelijke) problemen met betrekking tot de inname van de medicijnen maken het voorgaande niet anders. Het zelfde geldt voor het gebruik van incontinentiemateriaal. Niet gebleken is dat verzoekster niet in staat is zelf voldoende hygiënische maatregelen te treffen. Taalproblemen vormen geen grond voor toekenning van een PGB vv. Door verzoekster is zodoende niet aannemelijk gemaakt dat zij aanspraak heeft op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.
- 
- 
- 
- 

 Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

-  9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen mogelijkheid voor een PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

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, 11 mei 2016,

 P.J.J. Vonk