



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V., in deze vertegenwoordigd door
Aevitae B.V. te Heerlen

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

Zaaknummer : 201600916

Zittingsdatum : 23 november 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester 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,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, in deze vertegenwoordigd door Aevitae B.V. te Heerlen.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar 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). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Tandartsverzekering 80 % max € 750,00 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 aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden 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 20 november 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 22 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 13 april 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar 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 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 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 juli 2016 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 9 juli 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 november 2016 telefonisch medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 7 juli 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 12 juli 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016090706) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de zorg die is aangevraagd, planbaar is. Er is geen medische grond waarop de zorg niet ingepland kan worden. Verder ontbreekt een medische noodzaak voor 24-uurs zorg in nabijheid en voor zorg op wisselende tijdstippen en locaties. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 november 2016 telefonisch respectievelijk in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.9. Bij brief van 24 november 2016 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 28 november 2016 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. De indicierend verpleegkundige heeft met betrekking tot verzoekster een anamnese opgesteld. Hierin is, voor zover van belang, het volgende verklaard: *"Na val van boom op mw., heeft mw. haar ruggenwervel L5 en L6 verbrijzeld, ook is de tussenwervelschijf beschadigd, dit is scheef aan elkaar gegroeid, doordat de breuk van ruggenwervel niet is gezien tijdens onderzoek na dit ongeval. (...) CRPS, Beide handen en rechtervoet, beide ledematen straalt dit naar boven. (...) Mw. heeft hulp nodig bij alle dagelijkse handelingen, dus ook bij het wassen en kleden, haren wassen, deze handelingen lukt haar zelf niet. (...) Mw wil ondanks haar beperkingen graag zoveel mogelijk regie over haar eigen leven en functioneren op een normaal mogelijke manier. (...) Mw geeft aan ene keer meer te kunnen dan de andere keer, o.a. hierom maakt ze bewust gebruik van PGB om zo eigen invulling te kunnen geven aan haar leven. (...) Echtgenoot van mw. verzorgt mw., mw. vraagt voor deze zorg een PGB."*
De indicierend verpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor persoonlijke verzorging van zeven uur per week.
- 4.2. Op de ziektekostenverzekeraar rust de plicht een PGB vv aan verzoekster toe te kennen. Uit de medische verklaringen blijkt dat sprake is van wisselende zorg op ongebruikelijke tijdstippen. De indicierend verpleegkundige heeft hierover verklaard: *"Wanneer de tijdstippen van zorg vaak afwijken is het voor ons moeilijker om zorg in te plannen, wat je zelf aangaf is dat jullie nog graag in de camper weg gaan als het lukt met jou, als jullie vaak op het laatste moment beslissen om weg te gaan, of dat je visite hebt waardoor je graag op een ander tijdstip geholpen wilt worden. De vraag voor op een ander tijdstip zal hierdoor vaker voorkomen, hierdoor wordt er als er door een reguliere zorgorganisatie zorg wordt verleend grote flexibiliteit verwacht. Wij willen als organisatie graag kijken om hierin mee te gaan, maar zullen niet altijd adhoc aan de wisselende tijden kunnen voldoen omdat wij ook met andere cliënten zitten die een geplande zorgvraag hebben."* Verzoekster raakt, als zij geen PGB vv ontvangt, haar vrijheid en de regie over haar leven kwijt. De indicierend verpleegkundige heeft hierover het volgende verklaard: *"De tijden van de zorgvraag zal erg variëren van 30 tot 60 minuten of wellicht langer, deze variatie maakt het ook moeilijk om regulier in te plannen. Juist als je voor een aantal zaken ondersteuning nodig hebt en je (gelukkig) in staat bent een aantal zaken zelf uit te voeren en eigen regie in te voeren, kan de zorgvraag juist langer duren*

voor ons dan gepland, omdat dit extra tijd kost. Tijd die wij je door moeten berekenen, wij berekenen de tijd dat we binnen de deur bij je zijn. Heb je iemand in je naaste omgeving die je ondersteund waar nodig, kan je deze uren veel flexibeler indelen."

4.3. Verzoekster voldoet aan drie van de door de ziektekostenverzekeraar gestelde voorwaarden zoals opgenomen in het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015'. Verzoekster wordt verzorgd door haar echtgenoot, die exact weet op welke wijze hij met haar en haar situatie dient om te gaan. De echtgenoot van verzoekster werkt in de nabijheid, is altijd bereikbaar en direct beschikbaar. Gedurende de afgelopen vijftien jaren heeft verzoekster haar echtgenoot betaald vanuit een PGB vv. Dit heeft nooit tot problemen geleid. Haar echtgenoot houdt in alle aspecten rekening met de specifieke wensen van verzoekster. Op deze wijze kan zij de regie over haar leven behouden.

4.4. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij sinds 1998 CAPS heeft, met onder andere twee gebroken ruggenwervels tot gevolg. Zij had een PGB vv tot 1 januari 2016. Op haar aanvraag voor een verlenging hiervan werd afwijzend beslist. Verzoekster is volledig afgekeurd. Haar situatie wisselt van dag tot dag en van uur tot uur. De gecontracteerde thuiszorg kan haar niet helpen. Verzoekster voldoet aan drie van de vier in de voorwaarden gestelde criteria om in aanmerking te komen voor het PGB vv.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Om aanspraak te kunnen maken op een PGB vv, waarmee verzoekster zelf haar zorg kan inkopen, moet zijn voldaan aan de voorwaarden van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar. 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 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;

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.

5.2. Verzoekster heeft aangevoerd haar vrijheid te willen behouden. Met een PGB vv kan zij zelf bepalen op welke momenten zij zorg wil ontvangen. Het is voor haar belangrijk de regie te houden. De door verzoekster aangevoerde argumenten met betrekking tot de zorg op afwijkende tijdstippen houden verband met haar privésituatie. Hetgeen zij stelt met betrekking tot de afwijkende zorgmomenten indien zij visite of vakantie heeft, betekent niet dat verzoekster ook op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen zorg nodig heeft.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat wordt erkend dat de zorg nodig is, maar dit hoeft niet in de vorm van een PGB vv. Voor een deel betreft het ADL-zorg en mantelzorg. Er is sprake van planbare zorg. Dit wordt onderschreven door de wijkverpleegkundige en door het Zorginstituut.

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 10 van de zorgverzekering 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 e.v. 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 en Verzorging Nederland.

2. Als u vóór 1 januari 2015 een indicatie voor verpleging en verzorging hebt van het Centrum Indicatiestelling (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 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 wettelijke 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 u 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 meerdere locaties;*
- u hebt zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of 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' van de ziektekostenverzekeraar 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. Aangezien de ziektekostenverzekeraar jegens verzoekster geen beroep heeft gedaan op het bepaalde in artikel 2 van zijn 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015', zal de commissie zich bij de beoordeling beperken tot de vraag of 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/wassen, het aan- en uitkleden, het wassen van het haar en het knippen van de nagels. Dit betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland, hetgeen wordt onderschreven in de anamnese die is opgesteld door de indicierend verpleegkundige. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Voor zover de planbaarheid wel een probleem vormt, met name in de situatie dat verzoekster weg wil gaan met de camper of visite ontvangt, is dit een gevolg van een eigen keuze onderscheidenlijk de omstandigheden. Er zijn geen zorginhoudelijke redenen aangevoerd die maken dat de zorg niet planbaar is. 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 7 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. De overigens door verzoekster naar voren gebrachte argumenten in verband met de wens de regie te behouden, zijn begrijpelijk, echter dit betekent niet dat formele zorgverleners haar de noodzakelijke zorg niet kunnen verlenen, daarbij rekening houdend met haar specifieke wensen. Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

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, 14 december 2016,

H.A.J. Kroon