



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie, kosten rechtsbijstand
Zaaknummer : 201602598
Zittingsdatum : 7 juni 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)

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 zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Ruime Keuze verzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv), ingaande 1 januari 2016 (hierna: de aanspraak). Bij brief van 4 december 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 22 maart 2016 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 1 maart 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering, alsmede dat aan haar de kosten van rechtsbijstand worden vergoed (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 april 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 april 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben op respectievelijk 2 en 9 mei 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, 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 25 april 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 10 mei 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017019503) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit de in het dossier aanwezige informatie blijkt dat de zorgvraag enkel betrekking heeft op planbare zorg. Voorts blijkt geen medische noodzaak op grond waarvan kan worden vastgesteld dat verzoekster 24 uur per dag zorg in de nabijheid of op afroep behoeft. Evenmin blijkt geen medische noodzaak voor het leveren van zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen. Het bieden van ondersteuning bij het maken van transfers indien verzoekster dit nodig heeft, behoort ook tot de zorgvraag. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 12 mei 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 7 juni 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 9 juni 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 13 juni 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 is bekend met diabetes mellitus en reumatoïde artritis. Met name het grillige verloop van de reumatoïde artritis kan ervoor zorgen dat de klachten in enkele uren dermate ernstig worden dat verzoekster voor Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (hierna: ADL) volledig afhankelijk is van anderen. Dit kan meerdere keren per week voorkomen. Verzoekster ontving gedurende een reeks van vele jaren een PGB. Een indicatiebesluit van het CIZ van 20 november 2013 is overgelegd. De specifieke klachten van verzoekster maken het noodzakelijk dat zij acute zorg behoeft op verschillende tijden en/of korte momenten op de dag en/of op afroep. Op de momenten dat de klachten van verzoekster verergeren - hetgeen niet is te voorspellen - is zorg nodig die 24 uur per dag beschikbaar moet zijn in de nabijheid. De echtgenoot van verzoekster is niet in staat deze te leveren.
- 4.2. Verzoekster stelt dat de heroverweging van de zorgverzekeraar niet zorgvuldig tot stand is gekomen. De zorgverzekeraar had een gedegen onderzoek moeten doen naar de individuele feiten en omstandigheden om op die manier goed inzicht in de situatie te krijgen. Verzoekster is echter in het geheel niet gezien door de zorgverzekeraar. Voorts wijst verzoekster op de bestuurlijke afspraken inzake het PGB vv die door de zorgverzekeraars en de regering zijn gemaakt. Zij verwijst specifiek naar de Kamerbrief van 19 januari 2016 van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Hierin is het volgende opgenomen: *"Zorgverzekeraars geven aan dat de afgesproken criteria worden gehanteerd, zoals opgenomen in de bestuurlijke afspraken. Een aantal zorgverzekeraars expliciteert daarbij dat dat betekent dat de verzekerde in aanmerking komt voor een pgb, als de zorgvraag aan tenminste één van de afgesproken criteria voldoet. Ik maak daaruit op dat zorgverzekeraars zich aan de afspraak hebben gehouden dat een pgb-aanvraag alleen wordt afgewezen, als de verzekerde aan geen van de criteria voldoet. Afwijzen van de aanvraag, omdat de zorg niet planbaar is, is in dat beleid*

alleen aan de orde, als ook niet wordt voldaan aan de andere criteria." Verzoekster meent dat zij op grond van deze uitspraak van de minister mocht verwachten dat het PGB vv aan haar zou worden toegekend, mits zij aan ten minste één van de criteria voldeed. Verzoekster voldoet aan meerdere criteria.

4.3. Ter zitting heeft verzoekster benadrukt dat het wisselende karakter van de reuma met zich meebrengt dat de onderhavige zorg niet planbaar is.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Artikel 13 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op verpleging en verzorging. De voorwaarden die gelden voor een PGB vv zijn opgenomen in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016'. Dit reglement maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden. Om aanspraak te kunnen maken op een PGB vv dient de zorgvraag aan te sluiten bij één of meerdere voorwaarden, namelijk:

- 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 zorg 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 zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

5.2. Uit de aanvraag en de indicatiestelling blijkt niet dat verzoekster zorg nodig heeft op ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties. Ook is niet gebleken dat zij zorg nodig heeft die vooraf slecht is in te plannen. Het is voorstelbaar dat verzoekster graag een vaste zorgverlener wil die de zorg aan haar levert, maar hiervoor bestaat geen medische noodzaak door bijvoorbeeld specifieke hulpverlening.

De zorgverzekeraar heeft meerdere Bewust Keuze Gesprekken (hierna: BKG's) met verzoekster en de indicierend verpleegkundige gevoerd, te weten op 27 en 30 november 2015. Verslagen van deze gesprekken zijn overgelegd. Uit de ontvangen informatie en de BKG's komt duidelijk de wens van verzoekster naar voren voor het ontvangen van zorg op wisselende en ongebruikelijke tijden. Er is echter geen medische noodzaak voor het ontvangen van zorg op wisselende en ongeplande tijdstippen. Zowel verzoekster als de verpleegkundige heeft medegedeeld dat de zorg wisselend is wanneer de reuma opspeelt en verzoekster een slechte dag heeft. De extra hulp die dan nodig is, heeft betrekking op transfers. Begeleiding bij transfers vormt geen verzekerde prestatie in het kader van (wijk)verpleging en verzorging. Indien verzoekster op 'slechte dagen' problemen ervaart met transfers, is het advies van de zorgverzekeraar contact op te nemen met een ergotherapeut, zodat kan worden bekeken welke hulpmiddelen haar kunnen ondersteunen bij transfers, zoals een rollator.

Verzoekster is van mening dat sprake moet zijn van 24 uur per dag zorg in de nabijheid en/of op afroep. Als wordt gekeken naar de indicatie en de BKG's, gaat het om ochtendzorg, en soms zorg in de middag of in de avond, bestaande uit hulp bij transfers. Van zorg in de nacht is geen sprake. Zorg die 24 uur per dag in de nabijheid en/of op afroep beschikbaar dient te zijn, is dan ook niet aan de orde.

Op basis van de BKG's, het aanvraagformulier en het zorgplan heeft de zorgverzekeraar een compleet beeld gekregen van de zorgvraag van verzoekster. De stelling van verzoekster dat de heroverweging niet zorgvuldig heeft plaatsgevonden, kan dan ook niet worden gevolgd.

De zorgverzekeraar concludeert dat de zorgvraag van verzoekster niet voldoet aan artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016', zodat de aanvraag voor een PGB vv terecht is afgewezen. Verzoekster kan gebruikmaken van zorg in natura.

5.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunten herhaald.

5.4. De zorgverzekeraar 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 bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering.

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 zorgverzekeraar 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.

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders 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 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"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."*

- 8.5. Artikel 13 van de zorgverzekering en het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016' zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11, eerste lid, 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 is 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 geschil niet als zodanig bij wet geregeld.

- 8.7. 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 zorgverzekeraar 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 in geschil dat verzoekster behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016' van de zorgverzekeraar. De vraag is 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 wassen, het aan- en uitkleden, de huidverzorging, en ondersteuning bij transfers. Dit betreft zorg die naar zijn aard op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen.
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 4 uren en 40 minuten per week. Verzoekster heeft nog gesteld dat op de momenten dat haar klachten ten gevolge van de aandoeningen waaraan zij lijdt verergeren, zij acuut zorg nodig heeft, omdat zij dan niet in staat is ADL uit te voeren. Uit de verklaring van de indicierend verpleegkundige blijkt dat verzoekster 40 minuten zorg per dag nodig heeft, bestaande uit 30 minuten zorg in de ochtend en 10 minuten ongeplande zorg. De zorgverzekeraar heeft aangevoerd dat de extra zorg vooral betrekking heeft op begeleiding bij transfers en dat dit geen zorg betreft die onder de dekking van de zorgverzekering valt. Hierin wordt de zorgverzekeraar niet gevolgd, omdat het advies van het Zorginstituut het bieden van ondersteuning bij het maken van transfers aanmerkt als behorend bij de zorgvraag. Verzoekster wordt geadviseerd contact op te nemen met een ergotherapeut, om te bekijken welke hulpmiddelen haar kunnen ondersteunen bij deze transfers. Niet gebleken is van een noodzaak voor 24-uurs beschikbaarheid van zorg.
Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft, dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van haar zoon en dochter, betekent dit niet dat een door de zorgverzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie de noodzakelijke zorg niet aan verzoekster kan verlenen. Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering.

Kosten rechtsbijstand

- 9.4. Verzoekster wenst tevens een vergoeding te ontvangen voor de kosten van rechtsbijstand. Nu hiervoor is geconcludeerd dat verzoekster geen aanspraak heeft op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering, en het verzoek dient te worden afgewezen, is een vergoeding voor de kosten van rechtsbijstand niet aan de orde.

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, 21 juni 2017,

P.J.J. Vonk