



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie  
Zaaknummer : 201602033  
Zittingsdatum : 19 april 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(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: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de GezondSamenPolis Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Classic Comfort 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 8 augustus 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld hem geen PGB vv toe te kennen.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 2 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 6 december 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 8 februari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 9 februari 2017 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 februari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 maart 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 13 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 3 maart 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017007374) geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de zorgvraag enkel betrekking heeft op planbare zorg en er geen medische noodzaak bestaat voor een vaste zorgverlener. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 6 maart 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 april 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 19 april 2017 heeft verzoeker de door hem ter zitting toegezegde informatie aan de commissie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 24 april 2017 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 mei 2017 gereageerd op voorgaande informatie. Een afschrift van deze reactie is op 4 mei 2016 aan verzoeker gestuurd. Verzoeker heeft hierop bij e-mailbericht van 9 mei 2017 gereageerd. Een afschrift hiervan is op 10 mei 2017 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Ten behoeve van verzoeker is bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop is, voor zover hier van belang, het volgende vermeld: *"[Verzoeker] heeft alzheimer, woont alleen en heeft geen familie of sociale contacten in de nabijheid. Het is noodzakelijk dat de zorg wordt geleverd door vaste personen die goed op de hoogte zijn van zijn situatie. Meneer heeft geen besef meer van tijd en is erg verward. Het is belangrijk dat de zorg wordt uitgevoerd door vertrouwde gezichten die kunnen inspelen op de situatie zoals die op dat moment is. Er moet zorg geleverd worden op vaste tijden in verband met het behoud van structuur en dagritme. Daarnaast is het nodig dat er flexibele zorgmomenten ingezet kunnen worden waar nodig, maar ook weer door vaste personen. Deze zorg is zo "op maat" dat dit niet geleverd kan worden door een reguliere zorgaanbieder".*
- 4.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging', voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"Noodzakelijkheid vast zorgteam van vier personen om vertrouwen te winnen i.v.m. zorgmijding en minimale sociale contacten".* De wijkverpleegkundige heeft bij verzoeker een indicatie gesteld voor zeven uren Persoonlijke Verzorging per week.
- 4.3. Verzoeker is bekend met de ziekte van Alzheimer, diabetes, een hoge bloeddruk, kortademigheid en decubitus wonden. Ten behoeve van hem is bewind ingesteld. Verzoeker ontving sinds mei 2016 drie uren per week begeleiding vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo) van thuiszorgorganisatie AmiCo-zorg in verband met verwaarlozing van zijn verzorging. Op 31 mei 2016 werd verzoeker door zijn begeleiders boven aan de trap aangetroffen nadat hij vier dagen eerder was gevallen. Vanaf 1 juni 2016 werd verzoeker dagelijks verzorgd door AmiCo-zorg en zijn diverse aanpassingen in zijn woning verricht. De persoonlijke verzorging werd gecombineerd met de begeleiding van verzoeker. Hij ontving zorg op drie momenten van de dag, bestaande uit het aan- en uitkleden, wassen, verzorging van de huid en decubituswonden, scheren en het bereiden van maaltijden.

De zorgvraag van verzoeker is dermate specifiek dat deze niet door een reguliere thuiszorgorganisatie kan worden uitgevoerd. Er dient 24 uur per dag een zorgverlener in de nabijheid van verzoeker te zijn die direct beschikbaar is in geval van nood. Daarnaast is sprake van ongebruikelijke en sterk wisselende tijdstippen waarop de zorg nodig is, zodat niet kan worden gesproken van planbare zorg. Gezien het ziektebeeld van verzoeker wordt hij verzorgd door vaste zorgverleners die hij vertrouwt. Verzoeker heeft geen sociale contacten of familie in de nabijheid en is afhankelijk van zijn vaste zorgverleners.

- 4.4. Ten behoeve van verzoeker is een aanvraag voor een Zorgzwaartepakket 4 (ZZP4) ingediend. De aanvraag is toegekend met ingang van 25 oktober 2016. Een ZZP4 aanvraag kan niet met terugwerkende kracht worden toegekend. Nadat de persoonlijke verzorging van verzoeker in juni 2016 was vergoed vanuit de Wmo, omdat sprake was van een noodsituatie, heeft verzoeker aansluitend om een PGB vv verzocht met betrekking tot de periode van 1 juli 2016 tot en met 24 oktober 2016. Verzoeker meent dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag alleen heeft afgewezen omdat de vergoeding via het PGB vv loopt. Als het zorg in natura betreft dan is namelijk wel vergoeding mogelijk, ook indien sprake is van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar voert gronden voor de afwijzing aan die niet relevant en onjuist zijn. De zorg is immers deels niet planbaar. Ook is het niet relevant dat geen sprake is van een somatische oorzaak waardoor verzoeker de zorg niet zelf zou kunnen uitvoeren, aangezien verzoeker moet worden verzorgd in verband met de ziekte van Alzheimer en het niet meer mobiel zijn. Tot slot merkt verzoeker op dat AmiCo-zorg aan alle gestelde eisen voldoet.

- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat ten gevolge van zijn val naast begeleiding meer zorg nodig was. Dit betrof één uur per dag. De eerste maand werd dit via de Wmo geregeld. Daarna zijn de begeleiding en de persoonlijke verzorging gesplitst en werd voor de persoonlijke verzorging bij de ziektekostenverzekeraar een PGB vv aangevraagd. In de tussentijd heeft verzoeker een aanvraag ingediend voor zorg op grond van de Wlz, welke aanvraag met ingang van 25 oktober 2016 is goedgekeurd. De aanvraag voor een PGB vv ziet derhalve op de periode van 1 juli 2016 tot en met 24 oktober 2016. De destijds door AmiCo-zorg ingediende nota's zijn door de ziektekostenverzekeraar afgewezen. Verzoeker merkt nog op dat het tarief dat de ziektekostenverzekeraar vergoedt indien hij zorg in natura afneemt bij gecontracteerde zorginstellingen, hoger is dan het tarief dat AmiCo-zorg in rekening brengt. Verzoeker zal de commissie de desbetreffende nota's sturen.

- 4.6. Bij brief van 19 april 2017 heeft verzoeker afschriften van de nota's aan de commissie gezonden. Bij e-mailbericht van 9 mei 2017 heeft verzoeker de commissie geïnformeerd dat, aangezien de ziektekostenverzekeraar aan het verzoek tegemoet komt, het geschil is opgelost.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Artikel 13 van de zorgverzekering geeft recht op vergoeding van de kosten van verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden. Bij gecontracteerde zorgaanbieders worden de kosten volledig vergoed. Bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders wordt, conform de voorwaarden, tot maximaal het geldende tarief op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), zoals dit is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza), vergoed.
- 5.2. Voorts is in artikel 13 van de zorgverzekering de aanspraak op een PGB vv geregeld. Aanspraak op een PGB vv bestaat indien is voldaan aan één of meerdere van de volgende voorwaarden van artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2016':
- verzekerde heeft vaak 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 (in het geval van Intensieve Kindzorg of PTZ);

- er is een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzekerde nodig heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Daarnaast dient de verzekerde te voldoen aan de volgende voorwaarden van artikel 2 van voornoemd reglement:
- het in staat 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 verzekerde 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;
- het in staat zijn op eigen kracht of met hulp van de (wettelijk)vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap;
- het in staat zijn de zorgaanbieders die verzekerde 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.

5.3. Ten tijde van het indienen van de aanvraag was verzoeker, gezien de ziekte van Alzheimer, niet in staat het beheer van een PGB vv op zich te nemen. Inmiddels is ten behoeve van verzoeker echter bewind ingesteld, zodat de aanvraag niet langer wordt afgewezen op grond van artikel 2 van het reglement.

Met betrekking tot artikel 3 van het reglement geldt dat bij verzoeker geen sprake is van een somatische oorzaak waardoor hij de zorg niet zelf zou kunnen uitvoeren. Gelet op de ziekte van Alzheimer is het begrijpelijk dat de geïndiceerde zorg wordt overgenomen door een thuiszorgorganisatie. Thuiszorgorganisatie Amico-zorg biedt verzoeker op drie momenten per dag, op vaste tijden, begeleiding/verzorging. Naast deze vaste momenten krijgt verzoeker hulp indien dit nodig is, bijvoorbeeld als hij is gevallen of zichzelf heeft bevuild. Verzoeker heeft een indicatie voor zeven uren Persoonlijke Verzorging per week. De zorg die verzoeker ontvangt bestaat uit hulp bij het opstaan/starten van de dag, douchen, aankleden, hulp bij het ontbijt en de lunch en het verzorgen van de decubitus wonden. De door Amico-zorg als onplanbare zorg beschreven zorg maakt geen deel uit van de indicatie en is daarom niet beoordeeld op de (on)planbaarheid ervan. Voorts geldt dat begeleiding niet valt onder de Zvw. Ten aanzien van de geïndiceerde zorg heeft Amico-zorg verklaard dat de zorg op een vast tijdstip aanvangt. De duur varieert echter, afhankelijk van de situatie waarin verzoeker zich op dat moment bevindt. Zo is verzoeker soms verward en gedesoriënteerd in tijd waardoor langer begeleiding nodig is. De geïndiceerde zorg kan ook geleverd worden door medewerkers van een gecontracteerde thuiszorgorganisatie. Deze worden in staat geacht accuraat op de situatie van verzoeker in te spelen. De ziektekostenverzekeraar ziet geen medische noodzaak voor een vaste zorgverlener.

Amico-zorg stelt dat er 24 uur per dag begeleiding in de nabijheid van verzoeker moet zijn die direct beschikbaar is in het geval van nood. In artikel 3 van het reglement is beschreven dat indien het gaat om intensieve kindzorg of palliatief terminale zorg 24-uurs zorg beschikbaar moet zijn. Verzoeker voldoet hier niet aan.

Op basis van de beschikbare informatie blijkt dat de zorgvraag van verzoeker ten aanzien van de Persoonlijke Verzorging ten tijde van de beoordeling van de aanvraag voor een PGB vv planbaar was. Voorts bestaat geen medische noodzaak om de geïndiceerde zorg op onplanbare momenten te leveren. Verzoeker voldoet derhalve niet aan de voorwaarden zoals gesteld in het reglement.

5.4. De behoefte aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid in een situatie van een volwassene valt mogelijk onder de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz). De situatie van verzoeker is anoniem voorgelegd aan het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het CIZ heeft geadviseerd een aanvraag voor een PGB in te dienen ten laste van de Wlz. Het advies van het CIZ en de verwijzing door de ziektekostenverzekeraar zijn met de brief van 6 december 2016 bevestigd. Het CIZ heeft verzoeker met ingang van 25 oktober 2016 geïndiceerd voor een ZZP-4 pakket, zodat verzoeker met ingang van die datum onder de Wlz valt. Indien een verzekerde een PGB vv heeft ten laste van de Zvw en tijdens een herindicatie wordt doorverwezen naar de Wlz, past de ziektekostenverzekeraar een coulancemaatregel toe. In dat geval wordt de oude indicatie verlengd met een maximum van acht weken als overbruggingsperiode tot er duidelijkheid is over de

aanspraak op een PGB ten laste van de Wlz. Aan verzoeker is evenwel nooit een PGB vv ten laste van de zorgverzekering toegekend, zodat een overbruggingsperiode of coulancemaatregel niet van toepassing is.

5.5. Om te voorkomen dat de aan verzoeker verleende zorg in de periode van 1 juli 2016 tot en met 23 oktober 2016 niet voor vergoeding in aanmerking komt, is hem de mogelijkheid geboden de zorg in natura te regelen. Verzoeker maakte gebruik van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het maximale tarief voor Persoonlijke Verzorging bedraagt op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering in 2016 € 4,20 per vijf minuten. Verzoeker kan de kosten met terugwerkende kracht bij de ziektekostenverzekeraar declareren.

5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat in de indicatiestelling niet het risico van vallen is meegenomen. Verzoeker voldoet niet aan de voorwaarden voor een PGB vv. Hij is gewezen op de mogelijkheid gebruik te maken van zorg verleend door zorgverleners een gecontracteerde zorginstelling. In dat geval geldt een vergoeding van € 4,20 per vijf minuten Persoonlijke Verzorging. De ziektekostenverzekeraar is bereid te onderzoeken of de nota's van AmiCo-zorg alsnog voor vergoeding in aanmerking komen.

5.7. In vervolg op de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar, naar aanleiding van de nagezonden nota's, de commissie bij brief van 4 mei 2017 medegedeeld dat verzoeker op basis van de zorgverzekering aanspraak heeft op vergoeding van de gedurende de periode van 1 juli 2016 tot en met 24 oktober 2016 door AmiCo-zorg verleende zorg.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 8 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 is gehouden aan verzoeker alsnog met terugwerkende kracht een PGB vv toe te kennen voor de periode van 1 juli 2016 tot en met 24 oktober 2016, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Beoordeling van het geschil

8.1. De commissie stelt vast dat partijen na afloop van de hoorzitting overeenstemming hebben bereikt over de oplossing van het geschil. De ziektekostenverzekeraar zal de nota's met betrekking tot de aan verzoeker gedurende de periode van 1 juli 2016 tot en met 24 oktober 2016 door AmiCo-zorg verleende zorg vergoeden. Verzoeker heeft zich met voorgaande akkoord verklaard. Hiermee resteert geen geschilpunt meer tussen partijen.

8.2. De commissie acht termen aanwezig te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het door verzoeker betaalde entreegeld van € 37,- aan hem dient te vergoeden.

## 9. Het bindend advies

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

9.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 31 mei 2017,

J.A.M. Strens-Meulemeester