



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

Zaaknummer : 201503224

Zittingsdatum : 2 november 2016



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



(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: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,
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 verzoeker 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 verzoeker 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 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brieven van 13 en 25 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 2 oktober 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 26 januari 2016 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 
- 3.4. Bij brief van 24 april 2016 heeft verzoeker 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 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 10 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 augustus 2016 aan verzoeker gezonden.



3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld 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 17 augustus 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 7 september 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016105113) 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 verklaring van de huisarts geen medische noodzaak blijkt voor een PGB vv. De activiteiten waarvoor verzoeker hulp nodig heeft, zijn planbaar. Er wordt geen melding gemaakt van regelmatig optredende lage bloedsuikerwaarden. Uit de informatie in het dossier is geen medische noodzaak voor een vaste hulpverlener af te leiden aangaande het psychisch functioneren van verzoeker. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.



3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 november 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.



3.11. Bij brief van 4 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 15 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 verzoeker

4.1. De indicierend verpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor Persoonlijke Verzorging van 15 uren en 45 minuten per week.

De huisarts heeft ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard:

"Hij wenst, om psychische (o.a. een depressieve en een aanpassingsstoornis) en culturele redenen, de gewenste zorg te ontvangen van zijn directe omgeving, namelijk zijn dochter die eveneens in het verleden de nodige zorg aan haar vader leverde."



4.2. Verzoeker is bekend met instabiele diabetes mellitus. De zorg die hij nodig heeft, is niet planbaar. Daarnaast bestaat, gezien de specifieke zorgvraag van verzoeker en zijn geestelijke situatie, de noodzaak dat de zorg door vaste en vertrouwde zorgverleners wordt verleend. Indien vreemden verzoeker verzorgen, zal dit mogelijk een negatief effect hebben op zijn gezondheid, met als resultaat dat verzoeker meer zorg nodig heeft. Eerder heeft verzoeker gebruik gemaakt van zorg in natura. De verleende zorg was echter niet adequaat. Er is onvoldoende zicht geweest op de specifieke situatie van verzoeker, hetgeen uiteindelijk heeft geresulteerd in amputatie van zijn tenen. Verzoeker dient om psychische en culturele redenen te beschikken over een PGB vv, zodat zijn dochter hem de noodzakelijke zorg kan verlenen.



4.3. Het bepaalde in artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' belemmert voor verzoeker onevenredig de toegang tot het PGB vv. Genoemd reglement voorziet

niet in de mogelijkheid een uitzondering te maken, hetgeen voor verzoeker leidt tot een onredelijke uitkomst.

4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat zijn zoon zelf arts is, en hem veel zorg heeft geleverd. Verzoeker heeft in 2012 twee keer een amputatie ondergaan. De familie is toen zorg gaan verlenen. In 2015 is een aanvraag voor een PGB vv gedaan. De bloedglucosespiegels van verzoeker variëren, en dan is het nodig deze extra te controleren en de insuline te reguleren. De spiegels zijn soms gevaarlijk laag, tegen de 0. Verzoeker heeft in het verleden zorg ontvangen van medewerkers van een thuiszorgorganisatie, die steeds wisselden, waardoor er geen overzicht was. Dit heeft geleid tot het onopgemerkt blijven van een hecht draad die was achtergebleven in een wond. Verzoeker heeft een maagverkleining aangevraagd, en is bekend met hartproblemen.

4.5. Verzoeker 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 verzoeker zelf zijn zorg kan inkopen, moet zijn voldaan aan de voorwaarden van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' 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 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;
- de 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 gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

De ziektekostenverzekeraar merkt op dat uit het aanvraagformulier en de daaraan ten grondslag liggende stukken niet blijkt dat verzoeker voldoet aan de gestelde voorwaarden.

5.2. Namens verzoeker is telefonisch toegelicht dat het PGB vv is aangevraagd omdat verzoeker dagelijks hulp nodig heeft bij het aan- en uittrekken, het wassen, het scheren en bij het kammen van zijn haren. Dit betreft planbare zorg die niet voldoet aan één van de voorwaarden voor toekenning van het PGB vv. Daarnaast heeft verzoeker aangevoerd dat hij vanwege zijn gezondheidssituatie geen gebruik wenst te maken van gecontracteerde zorgaanbieders en, mede om psychische en culturele redenen, alleen wil worden verzorgd door zijn directe omgeving. Dit betekent echter niet dat verzoeker daarom aanspraak heeft op een PGB vv.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de zoon van verzoeker niet 24 uur per dag bij hem kan zijn om zijn bloedglucosewaarden te meten. Bovendien valt niet in te zien waarom verzoeker deze waarden zelf niet kan controleren. De benodigde zorg is goed planbaar, zodat geen PGB vv wordt verstrekt. Het achterblijven van een hecht draad is de verantwoordelijkheid van de behandelend arts.

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 en 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 verzoeker 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 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 (VIGer). 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' 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' 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' 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 onderhavige geschil als zodanig 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 de aanvraag 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. Niet in geschil is of verzoeker behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld, als omschreven in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. De commissie zal zich bij de beoordeling daarom beperken tot de vraag of is voldaan aan het bepaalde in artikel 3 van genoemd reglement.
- 9.3. De zorg die verzoeker ontvangt, bestaat uit hulp bij het wassen, scheren, aan- en uitkleden, het innemen van medicijnen, het aanreiken van de maaltijd en inspectie van de voeten op wondjes. Dit betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland, hetgeen wordt onderschreven in de anamnese die ten aanzien van betrokkene is opgemaakt. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen.
Het gaat voorts naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. De door verzoeker naar voren gebrachte problemen in verband met zijn psychische gesteldheid en zijn culturele achtergrond, vormen niet een zodanige noodzaak.
Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van zijn familie, betekent dit niet dat formele zorgverleners hem de noodzakelijke verzekerde zorg niet kunnen verlenen.
Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.4. Met betrekking tot de opmerking dat, indien niet van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar kan worden afgeweken, dit zal leiden tot onredelijke uitkomsten, merkt de commissie op dat indien hiermee is bedoeld een beroep te doen op de derogerende werking van de redelijkheid en billijkheid, dit beroep niet kan slagen. Bedoeld reglement maakt deel uit van de verzekeringsvoorwaarden waaraan verzoeker zich door het afsluiten van de verzekering heeft geconformeerd. Het hierin gestelde kan hem daarom in beginsel worden tegengeworpen. Het op grond van maatstaven van redelijkheid en billijkheid afwijken van de voorwaarden van een verzekeringsovereenkomst is niet snel aan de orde. Niet gebleken is van zodanige omstandigheden dat toepassing van de verzekeringsvoorwaarden leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Verzoeker komt immers wel in aanmerking voor de geïndiceerde zorg in natura.
Voor zover met de door verzoeker betrokken stelling een verzoek om coulance wordt geïmpliceerd, geldt dat de bevoegdheid tot toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit is slechts anders indien de ziektekostenverzekeraar een beleid zou voeren waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is.

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, 23 november 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester