



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201601312
Zittingsdatum : 31 mei 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(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: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld Polis (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. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). De zorgverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 april 2016 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 14 december 2016 heeft verzoeker 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 (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 februari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 februari 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 maart 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 6 april 2017 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 28 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 8 maart 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017009816) 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 zorgvraag enkel betrekking heeft op planbare zorg, en er geen medische noodzaak is voor zorg op wisselende tijdstippen of zorg door een vaste hulpverlener, zodat verzoeker niet is aangewezen op een PGB vv. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 31 maart 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 31 mei 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 6 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 12 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 verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende vermeld: *"Omdat er meer dan 3x per week zorg nodig is op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen. Zorg die nodig is (...) omdat er op telkens (...) verschillende tijden en op [af]roep en korte momenten zorg nodig is. De zorg [die] [verzoeker] kreeg op dezelfde wijze wordt voorgezet (...) als voorheen. (...)".* De indicierend wijkverpleegkundige heeft bij verzoeker een indicatie gesteld voor drie uren en dertig minuten Verpleging per week, en elf uren Persoonlijke Verzorging per week.
- 4.2. Verzoeker ontvangt al vijf jaar lang zorg van zijn dochter. Verzoeker spreekt bijna geen Nederlands. Hij heeft diabetes en zijn longen functioneren niet meer volledig. De zorg die hij nodig heeft, is niet van tevoren in te plannen. Volgens de indicierend wijkverpleegkundige is alleen het toedienen van insuline planbaar. De overige zorgverlening is afhankelijk van de conditie van verzoeker. Soms is het noodzakelijk in de nacht zorg te verlenen op het moment dat verzoeker zichzelf heeft bevuild vanwege incontinentieklachten, of last heeft van hyperglycemie. De afgelopen jaren heeft verzoeker het als zeer prettig ervaren dat zijn dochter voor hem zorgde. Zij is altijd in de buurt, spreekt dezelfde taal als verzoeker, en geeft hem meer zorg dan waarop hij volgens de indicatie recht heeft. Op dit moment verslechtert zijn situatie en heeft hij een hogere zorgbehoefte. Aangezien verzoeker zeer wantrouwig is naar onbekende personen, zeker als het gaat om het wassen na een ongelukje, is het voor hem fijn als zijn dochter deze zorg kan verlenen.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij ook vergeetachtig en afwezig is. Zijn dochter verzorgt hem al een aantal jaren, en tot 2016 ging dit goed. Met ingang van 2016 wordt de door zijn dochter verleende zorg niet meer vergoed. Zij heeft evenwel gedurende het gehele jaar 2016 de benodigde zorg aan verzoeker verleend. De hele gang van zaken is erg zwaar geweest voor zijn dochter, en zij is hierdoor depressief geworden.
- 4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 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 2016' van de zorgverzekeraar. In artikel 3.4 van dit reglement is bepaald dat iemand meerdere keren per dag verzorging en verpleging nodig moet hebben op ongebruikelijke tijdstippen of wisselende locaties. Dit is bij verzoeker niet aan de orde. Hij heeft in de aanvraag toegelicht dat er een noodzaak is voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die nodig is, of omdat gebruik wordt gemaakt van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Ook dit is bij verzoeker echter niet het geval. Er is geen sprake van specifieke handelingen die door een gespecialiseerde zorgverlener moeten worden verricht.
- 5.2. De zorg die verzoeker nodig heeft, bestaat uit douchen en/of wassen, het deels aan- en uitkleden, scheren, inspectie van de huid en het knippen van de nagels. Deze zorg is gemiddeld vier keer per week nodig. Verdere zorgvragen zijn het soms ondersteunen bij het voortbewegen, het driemaal daags coördineren en regisseren van medicatie en het driemaal daags toedienen van insuline. Verder wordt de bloedsuiker van verzoeker gecontroleerd. Tijdens het Bewust Keuze Gesprek dat op 5 februari 2016 is gevoerd met de dochter van verzoeker is door haar toegelicht dat verzoeker diabetespatiënt is en longfibrose heeft. Ook heeft hij van tijd tot tijd koliekachtige pijn. Naar de oorzaak van deze pijn wordt nog onderzoek gedaan. Het wassen is een gemiddelde hulpvraag (vier keer per week) afhankelijk van het energieniveau van verzoeker. De hulp bij het voortbewegen is begeleiding vanuit een veiligheidsidee. Er is een kleursysteem gemaakt voor verzoeker, waarmee hij zijn medicatie inneemt en insuline spuit. Hij controleert ook zelf zijn bloedsuikerwaarde. Als verzoeker zich niet goed voelt, prikt hij extra.
- 5.3. Voorts heeft een gesprek plaatsgevonden met de indicierend wijkverpleegkundige. Uit dit gesprek is gebleken dat de zorg vooraf planbaar is. Het PGB vv wordt aangevraagd met als reden dat een thuiszorgorganisatie de zorg niet kan leveren in verband met de taal en cultuur van verzoeker. Tijdens het bezoek van de wijkverpleegkundige was een gesprek met hem niet mogelijk. De indicierend wijkverpleegkundige heeft toegelicht dat verpleegkundige handelingen rondom de diabetes heel precies op vaste tijden worden uitgevoerd. De persoonlijke verzorging wisselt in verband met de vermoeidheid van verzoeker. Er is echter geen medische reden voor levering van de zorg op wisselende tijden. Een gecontracteerde thuiszorgorganisatie heeft de deskundigheid en zal rekening houden met vermoeidheid door iemand tussentijds te laten rusten. Ondertussen kan de zorgverlener dan andere handelingen uitvoeren. Vanwege de vermoeidheid heeft verzoeker soms een ongelukje. Door personenalarmeringsapparatuur aan te schaffen kan de thuiszorg in een dergelijk geval worden gealarmeerd. De hulp die verzoeker nodig heeft bij het eten en drinken valt niet onder de aanspraak vanuit de Zvw, maar kan wellicht via de Wmo worden geregeld.
- 5.4. Omdat de zorg voor verzoeker planbaar is, is niet voldaan aan de voorwaarden voor het PGB vv. Verzoeker kan gebruikmaken van zorg in natura. De taal- en cultuurbarrière hoeft hierbij geen belemmering te zijn. Er zijn diverse thuiszorgorganisaties die mensen in dienst hebben van andere culturen dan de Nederlandse. De ziektekostenverzekeraar kan hierin bemiddelen.
- 5.5. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar - daarnaar gevraagd - toegelicht dat als verzoeker een nieuwe aanvraag indient, deze zal worden beoordeeld op grond van het Reglement 2017. In 2017 is de planbaarheid van zorg niet meer opgenomen in het Reglement. In de situatie van verzoeker zou het beheer van het PGB wèl een punt kunnen zijn. Daarnaast mag de indicatie niet ouder zijn dan drie maanden. Voor 2016 geldt dat de zorg planbaar was.
- 5.6. 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 gehouden is het PGB vv alsnog aan verzoeker toe te kennen, 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 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar 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: (...)

3. U langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen.

4. U op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet 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 u 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, zie hiervoor ook artikel 6;*
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van het 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 zorgverzekeraar luidt:

"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-geregistreerde 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. Voor Intensieve Kindzorg moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.

2. U bent in het bezit van een indicatie van de medisch specialist, als u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op medisch specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT).

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."*

- 8.6. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar zijn volgens de voorwaarden 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 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 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. Niet in geschil is dat verzoeker behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' 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 verzoeker ontvangt, bestaat uit hulp bij het douchen en/of wassen, het aan- en uitkleden, het scheren, de inspectie van de huid, het knippen van de nagels, het ondersteunen bij het voortbewegen, het coördineren en regisseren van de medicatie, het toedienen van insuline, het controleren van de bloedglucosewaarden en het eten en drinken. Met betrekking tot de ondersteuning bij het voortbewegen en het eten en drinken geldt dat dit niet valt onder Persoonlijke Verzorging dan wel Verpleging. Voor het overige betreft het naar zijn aard zorg die 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. Hierbij wordt nog opgemerkt dat tijdens het Bewust Keuze Gesprek op 5 februari 2016 door de dochter van verzoeker is verklaard dat hij de bloedsuikerwaarde zelf controleert, zodat voor het voorkomen van nachtelijke hyperglycemie verzoeker niet op derden is aangewezen.
Verzoeker heeft af en toe hulp nodig bij de verschoning indien hij een ongelukje heeft gehad. Deze zorg kan ook via een thuiszorgorganisatie op afroep beschikbaar worden gesteld, en is om die reden planbaar. Mogelijk is het gebruik van incontinentiemateriaal aangewezen.
Verder 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 zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft, dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van zijn dochter, mede in verband met de taalbarrière en cultuurverschillen, betekent dit niet dat een thuiszorgorganisatie de noodzakelijke zorg niet aan verzoeker kan verlenen en hierbij rekening kan houden met zijn problematiek en de gevolgen hiervan. Een taalbarrière en cultuurverschillen vormen op zich geen reden voor verstrekking van een PGB vv.

Het voorgaande leidt ertoe dat verzoeker in 2016 geen aanspraak heeft op het PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Wellicht ten overvloede merkt de commissie hierbij op dat - zoals ter zitting door de ziektekostenverzekeraar is medegedeeld - voor het jaar 2017 de planbaarheid van de zorg geen reden meer is voor afwijzing van een PGB vv. Verzoeker kan een nieuwe aanvraag indienen voor een PGB vv, waarna de ziektekostenverzekeraar kan beoordelen of verzoeker voldoet aan de voorwaarden zoals deze in 2017 gelden.

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, 21 juni 2017

A.I.M. van Mierlo