



**SKGZ**



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en Zilveren Kruis Ziektelastenverzekeringen N.V. te Amersfoort  
Zaak : Verpleging en verzorging, Persoonsgebonden Budget (PGB), indicatie  
Zaaknummer : 201601641  
Zittingsdatum : 18 januari 2017

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

(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: verzoekster,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
  - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
  - 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend\*\*\* en Extra Aanvullend Thuiszorg 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).

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 24 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 13 mei 2016 en 17 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 15 september 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is 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 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.

-  3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 december 2016 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 december 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 december 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 2 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 20 december 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016135201) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken van een medische noodzaak op grond waarvan kan worden vastgesteld dat de zorg onplanbaar is. De zorgvraag van verzoekster heeft betrekking op volledig planbare zorg. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 23 december 2016 aan partijen gezonden.
-  3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 januari 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.10. Bij brief van 20 januari 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 26 januari 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 heeft sinds middelbare leeftijd de ziekte van Ménière. De ernstige gevolgen van deze ziekte zijn destijds flink gematigd door een operatie. De laatste jaren zijn de symptomen, zoals plotselinge heftige aanvallen van draaiduizeligheid, echter frequenter geworden en deze betekenen een ontwrichting van het dagelijks levensritme van verzoekster. Rust is het enige medicijn. Daarbij zijn de oorsuizingen (tinnitus) altijd aanwezig en soms dermate heftig dat deze verzoekster ook belemmeren in haar functioneren. Daarnaast is verzoekster in 2008 getroffen door een herseninfarct (CVA). Dit heeft fysieke, cognitieve en emotionele gevolgen gehad. Het verlies van de motoriek in de rechterhand, spierkrachtverlies aan de rechterzijde van het lichaam, een halfzijdige gevoelsstoornis (pijn) en aanvallen van vermoeidheid, belemmeren verzoekster in haar dagelijkse bezigheden. Zij moet zowel mentaal als fysiek de goede momenten kiezen om onder andere aandacht te schenken aan haar persoonlijke verzorging. Verzoekster hecht hier sterk aan en dit maakt deel uit van haar kwaliteit van leven, die al beperkingen kent.
- Vanaf 2008 heeft verzoekster een PGB ontvangen. Tot en met 31 december 2015 had zij een klasse 1-indicatie. In de afgelopen jaren heeft de verzorging steeds plaatsgevonden door dezelfde niet-professionele zorgverlener. Door de persoonlijke relatie is die zorg naar behoefte ingezet. Er was sprake van gepaste zorg tegen minimale kosten.
- Op 2 november 2015 werd aan verzoekster medegedeeld dat het PGB wordt beëindigd en dat een nieuwe indicatie noodzakelijk is. Op 25 november 2015 is de aanvraag voor een PGB vv bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. Uiteindelijk ontving verzoekster op 24 maart 2016 de afwijzende beslissing.
-  4.2. De wijkverpleegkundige heeft in de aanvraag duidelijk vermeld dat sprake is van een gemiddelde zorgbehoefte van vier uren per week. Verzoekster heeft dit, op basis van ervaring, zelf ingevuld als twee zorgmomenten van twee uren per week. Die momenten hebben noch per week, noch per dag een vast ritme. Volgens verzoekster is dan ook sprake van wisselende zorgmomenten op grond van haar lichamelijke, emotionele en functionele beperkingen.

Op 9 maart 2016 heeft onaangekondigd en telefonisch een Bewust Keuze Gesprek (hierna: BKG) plaatsgevonden. Verzoekster heeft dit gesprek aldus ervaren dat van haar een toelichting werd gevraagd op de ingediende aanvraag. In de vastlegging van het BKG wordt de echtgenoot van verzoekster genoemd, echter hij is al jaren overleden. Het BKG is een gereguleerd instrument (artikel 4 lid 6). Een verzekerde dient te worden uitgenodigd voor een persoonlijk gesprek, in welk gesprek informatie wordt uitgewisseld over de consequenties van de keuze voor een PGB vv. Verzoekster meent dat het telefoongesprek niet als BKG kan worden aangemerkt. De ziektekostenverzekeraar leeft de wet- en regelgeving stipt na, maar dit geldt blijkbaar niet voor het BKG. Bovendien zou het in de rede hebben gelegen tijdens het gesprek dieper op de planbaarheid van de zorg in te gaan.

Voorts stelt verzoekster dat zij volledig in staat is de verplichtingen van artikel 2 van het reglement na te leven. Weliswaar mist zij als rechtshandige de fijne motoriek in haar rechterhand, maar het CVA heeft geen cognitieve stoornissen teweeggebracht. De zorgverlener van verzoekster is haar secretaris, die onder haar sturing en toezicht de administratie voert. Verzoekster benadrukt dat zij ervaringsdeskundige is en sinds 2008 probleemloos een PGB beheert. Dat de ziektekostenverzekeraar hieraan twijfelt voelt niet goed en getuigt niet van inleving in de situatie van verzoekster.

Dat een PGB vv duurder is dan zorg in natura is een onwerkelijke stelling. Verzoekster heeft het tegendeel bewezen (zorg in natura betekent in haar geval een kostenverhoging van 67%) en de ziektekostenverzekeraar heeft dit niet weersproken.

Uit het voorgaande komt duidelijk naar voren dat verzoekster behoefte heeft aan zorg op sterk wisselende momenten. Het is een geruststellend gevoel zelf te kunnen kiezen welke zorg wanneer plaatsvindt. De invulling van het sinds 2008 toegekende PGB voldoet aan de wensen (eisen) van verzoekster. Continuering van die vorm van zorg is adequaat, slim en goedkoop. Zorg in natura is in de situatie van verzoekster praktisch niet te leveren. Zij wenst zorg op maat en een vaste zorgverlener is hierbij van wezenlijk belang.

Verzoekster wijst verder op de Kamerstukken II 2015/16, 25 657, nr. 104, waarin in de reeks van aanbevelingen het volgende is opgenomen: *"Voorkom, dat individuele burgers via juridische procedures hun recht op passende zorg moeten afdwingen."*

- 4.3. De heroverweging van de ziektekostenverzekeraar is van lage kwaliteit en een duidelijke motivering ontbreekt. Het stuk geeft blijkt van onzorgvuldigheid en weinig inlevingsvermogen. Kennelijk richt de ziektekostenverzekeraar zich op het structureel afwijzen van een PGB vv ten faveure van zorg in natura, zonder beschouwing van ziektebeeld of functionaliteit en waarbij planbare zorg een sleutelrol heeft.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster een overgangsbudget toegekend. De einddatum is 16 mei 2016, maar deze datum is onverklaarbaar. In de overgangsregeling is het volgende opgenomen: *"Dan stoppen wij uw pgb-vv twee maanden na de datum van het toesturen van onze beslissing tot het stoppen van uw pgb-vv."* De afwijzende beslissing is gedateerd 24 maart 2016 en de datum van verzending is later. Uitgaande van het minst gunstige scenario dient de vergoeding te stoppen twee maanden na 24 maart 2016, oftewel per 25 mei 2016. Eventueel is 1 juni 2016 ook mogelijk, aangezien het begrip maand niet is gedefinieerd. Alsdan zou kunnen worden uitgegaan van de kalendermaanden april en mei 2016. Daarnaast steekt het verzoekster dat wordt gesproken over coulance. Gelet op de procesgang en de arbeidsrechtelijke aanspraken van de zorgverlener was een financiële compensatie in de vorm van een overgangsregeling zonder meer aangewezen. Verzoekster neemt derhalve uitdrukkelijk afstand van het begrip coulance.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald. Voorts is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de afwijzingsgronden van de ziektekostenverzekeraar in de tijd fluctueren. Eerst ging het de planbaarheid van de zorg, daarna om de beheersvaardigheid en thans om (wettelijke) vertegenwoordiging. Over het criterium planbare zorg is zowel politiek als maatschappelijk onvrede ontstaan. Dat heeft geleid tot breed overleg met zorgverzekeraars en belangenorganisaties. Dit overleg is uitgemond in nieuwe bestuurlijke afspraken die zijn opgenomen in de brief van de staatssecretaris van 27 oktober 2016. Partijen hebben afgesproken dat de inhoudelijke criteria die gelden voor de zorgvraag, niet meer worden gehanteerd. Daarmee is het criterium planbaarheid

van de baan. Het is redelijk, billijk en logisch dat daarop voor zover nodig wordt geanticipeerd. Tot slot heeft verzoekster gesteld dat haar medische situatie complex is; zij is ontzettend kwetsbaar. Verzoekster heeft een verstoord slaapritme, waardoor zij soms in de ochtend langer rust. Met haar zorgverlener kan zij hierover afspraken maken, maar bij zorg in natura is dit niet mogelijk. Er is geen sprake van planbare zorg. De ziektekostenverzekeraar onderkent de medische situatie van verzoekster onvoldoende. Tijdens het proces is geen deskundige ter plekke geweest. Alles is afgedaan op stukken dan wel telefonisch gegaan, zonder dat verzoekster is gezien. Het contact met de wijkverpleegkundige is het enige persoonlijke contact geweest in het hele proces. De wijkverpleegkundige is meegegaan in de aanvraag voor een PGB vv.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Vanaf 1 januari 2015 valt wijkverpleging onder de Zorgverzekeringswet. De regels voor toekenning van een PGB zijn hierdoor gewijzigd. Deze regels zijn uitgewerkt in het 'Reglement PGB vv'. Beoordeeld dient te worden of een verzekerde gebruik kan maken van een PGB vv of van zorg in natura. De ziektekostenverzekeraar toetst de aanvraag en moet zich daarbij houden aan de geldende wet- en regelgeving. Een door de wijkverpleegkundige gestelde indicatie leidt niet automatisch tot het toekennen van een PGB vv.

In artikel 2 van het 'Reglement PGB vv' is opgenomen "*dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger (Wettelijk vertegenwoordiger: ouder voor kinderen tot 18 jaar, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren.*"

In artikel 3 van het 'Reglement PGB vv' zijn de voorwaarden met betrekking tot de zorgvraag vermeld.

5.2. Blijkens het aanvraagformulier PGB vv van 24 november 2015 heeft de wijkverpleegkundige verzoekster voor gemiddeld vier uren per week persoonlijke verzorging geïndiceerd vanaf 1 januari 2016. Bij navraag bij een collega van de wijkverpleegkundige op 11 maart 2016 bleek dat de indicatiestelling voor drie jaren is. In een telefonisch gesprek op 29 november 2016 heeft de wijkverpleegkundige de duur van de indicatiestelling bevestigd.

5.3. In de aanvraag voor een PGB vv van verzoekster is aangekruist dat:

- de zorg vooraf slecht te plannen is. Deze zorg is nodig op telkens wisselende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
- een vaste zorgverlener nodig is. De reden hiervoor is dat sprake is van specifieke zorgverlening.

Verder is in de aanvraag als zorg vermeld:

- 2 x 2 uur per week
- hulp bij douchen
- hulp bij haren wassen en in model krijgen
- knippen nagels handen en voeten

Onderdeel van de aanvraag is het BKG. Dit is geregeld in artikel 4 van het 'Reglement PGB vv'. Op 9 maart 2016 heeft het BKG plaatsgevonden. De registratie van dit gesprek luidt als volgt: "*BKG: Mevrouw heeft een CVA gehad en heeft aan de rechter hand belemmering. Zij kan haar nagels daardoor niet meer knippen en haar haar niet meer doen. Af en toe kan zij ook niet zelfstandig douchen omdat haar rechter been het niet doet. De zorgverlener van mw is een vriend van meneer. Mw heeft nooit over ZIN nagedacht omdat het niet nodig was. Bij ziekte neemt haar zoon het over die in de buurt woont. Administratie wordt gedaan door de zorgverlener.*"

De zorgverlener die in het aanvraagformulier PGB vv is vermeld, is tevens degene die de administratie van verzoekster doet. Op grond van artikel 4.7 van het 'Reglement PGB vv' is het uitgesloten dat zorgverlener en (wettelijk) vertegenwoordiger één en dezelfde persoon zijn. Reeds op die grond bestaat geen aanspraak op een PGB vv.

Voor zover de commissie toetsing aan artikel 3 van het 'Reglement PGB vv' van belang achter, geldt het volgende.

- 5.4. De zorg die verzoekster krijgt kan op vaste tijden worden verleend. De zorgvraag is derhalve planbaar. Het gaat niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Verzoekster heeft toegelicht dat zij last heeft van plotselinge aanvallen van draaiduizeligheid, waardoor zij flexibele zorg nodig behoeft. Dit is echter geen reden een PGB vv toe te kennen. Verzoekster heeft twee zorgmomenten per week die slechts vier uur in beslag nemen. Het is begrijpelijk dat het vervelend is als verzoekster net op die momenten een aanval heeft. De noodzakelijke zorg blijft echter ook dan planbaar. Verder is er geen medische noodzaak voor zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep. Ook is er geen medische noodzaak voor een vaste zorgverlener die specifieke zorg verleent of gebruik maakt van specifieke hulpmiddelen. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar r.o. 9.3 van het bindend advies van de commissie van 26 oktober 2016 met nummer 201502898. De zorg die verzoekster krijgt bestaat voor een deel uit mantelzorg. Mantelzorg is de zorg voor chronisch zieken, gehandicapten en hulpbehoevenden door naasten: familie, vrienden, kennissen en burens. Kenmerkend is de al bestaande persoonlijke band tussen de mantelzorger en zijn of haar naaste. Daarnaast gaat het om langdurige zorg die onbetaald is. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoekster geen aanspraak heeft op een PGB vv omdat haar zorgvraag niet aansluit bij de voorwaarden zoals opgenomen in artikel 3 van het 'Reglement PGB vv'. De zorg die verzoekster krijgt is aan te merken als ADL-zorg (Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen). Dit zijn handelingen die mensen in het gewone leven dagelijks verrichten. Onder deze handelingen vallen onder andere hulp bij het serveren van eten of drinken, mondverzorging, haarverzorging, scheren, nagels knippen, in en uit bed komen, wassen, aan- en uitkleden, ontspanning, hobby/sport, sociaal contact en lichamelijke hygiëne.
- 5.5. Verzoekster heeft recht op zorg in natura. Zij kan zich hiervoor aanmelden bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Deze stelt samen met de verzekerde (i.c. verzoekster) een zorgplan op. Dit is een set van afspraken over zorg en zorgmanagement. Een verzekerde en de zorgaanbieder maken afspraken over de te leveren zorg. Deze afspraken zijn gebaseerd op individuele doelen, behoeften en de specifieke situatie. In het zorgplan is opgenomen dat de regie en de zeggenschap bij de verzekerde liggen. Als de zorg door (onverwachte) omstandigheden op een ander tijdstip moet plaatsvinden, kan contact worden opgenomen met de zorgaanbieder. De zorgaanbieder is ervoor verantwoordelijk dat oproepbare zorg en nachtzorg beschikbaar zijn. De ziektekostenverzekeraar stelt voorts dat een PGB vv duurder is dan gecontracteerde zorg (zorg in natura). Bij een PGB vv komen namelijk naast het budget veel beheerskosten kijken.
- 5.6. Aan verzoekster zijn excuses aangeboden voor het feit dat de behandeling van haar aanvraag voor een PGB vv geruime tijd heeft geduurd. De ziektekostenverzekeraar kan zich niet vinden in de opmerking van verzoekster dat het zijn doelstelling is om gericht afstand te nemen van de zorgvorm PGB. Verzoekster voert hier ook geen bewijzen voor aan. Het is jammer dat verzoekster ontevreden is over het BKG. De ziektekostenverzekeraar probeert met een BKG een compleet beeld te krijgen van de zorgvraag van een verzekerde. Daarnaast wordt aan het eind van een dergelijk gesprek de verzekerde nog de mogelijkheid geboden vragen te stellen of informatie te geven. Het is vervelend dat verzoekster het BKG anders heeft ervaren.
- 5.7. Het PGB vv van verzoekster is toegekend tot en met 16 mei 2016. Hierdoor had zij de tijd om het contract met haar huidige zorgverlener op te zeggen en deze te betalen. Overigens is in eerste instantie aan verzoekster medegedeeld dat deze verlenging een coulancevergoeding betrof, echter dit was onjuist. Coulance is in de situatie van verzoekster niet aan de orde. Verzoekster heeft gesteld dat de einddatum van het PGB vv 25 mei 2016 dient te zijn, omdat ingevolge de overgangsregeling het PGB vv twee maanden zou moeten doorlopen na de eerste aankondiging dat het PGB vv wordt beëindigd. Deze eerste aankondiging was volgens verzoekster gedateerd op 24 maart 2016. De ziektekostenverzekeraar volgt verzoekster in zoverre dat hij van



mening is dat het PGB vv moet eindigen twee maanden na dagtekening van de aankondiging dat het PGB vv wordt beëindigd. Daarom wordt de einddatum aangepast naar 24 mei 2016. Het PGB vv van verzoekster eindigde daarom op 24 mei 2016.

5.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt samengevat herhaald. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het karakter van het BKG anders is dan onder de AWBZ. Toen was het gesprek meer gereguleerd. Tot slot heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat uit het verslag van de wijkverpleegkundige al bleek dat sprake was van planbare zorg. Later zijn er andere zaken bijgekomen, zoals het feit dat de zorgverlener geen vertegenwoordiger in de zin van het reglement is. Het Zorginstituut deelt de opvatting van de ziektekostenverzekeraar; de zorg is goed planbaar.

5.9. 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 'Algemene voorwaarden' 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 is gehouden aan verzoekster alsnog een PGB vv 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 1 tot en met 39 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 28 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"(...) U heeft echter ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.*

*U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.  
(...)*

**Let op!** Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (PGB) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

## **Voorwaarde voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving**

*Een wijkverpleegkundige (niveau 5) moet een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Dit wordt samen met u uitgewerkt in een zorgplan. In het zorgplan wordt onder andere een onderverdeling vastgesteld in het aantal uur verzorging en aantal uur verpleging.  
(...)"*

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016' 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 vv. U komt in aanmerking voor het pgb vv als u onder één of meerdere van de hieronder beschreven doelgroepen valt:*

*(...)*

*3) u langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen.*

*(...)*

**Hierbij geldt ook:**

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger (Wettelijk vertegenwoordiger: ouder voor kinderen tot 18 jaar, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in contracten afsluiten met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten. Zie hiervoor ook artikel 6.

*We maken hierbij een onderscheid in (wettelijk) vertegenwoordigers. Een ouder (voor kinderen tot 18 jaar) of curator is bevoegd om overeenkomsten te ondertekenen en is daarmee eindverantwoordelijke. Een door u aangewezen vertegenwoordiger uit de familie (met uitzondering van ouders van kinderen tot 18 jaar), bewindvoerder of mentor, mag wel de zaken voor u regelen, maar u moet zelf de overeenkomsten ondertekenen, wat betekent dat u dan eindverantwoordelijk bent;*

- 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 zorgverleners waar u een overeenkomst mee heeft gesloten 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 PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

*"Om voor een pgb vv in aanmerking te komen, moet u voldoen aan de onderstaande voorwaarden:  
1) u heeft een door een BIG geregistreerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden nodig én moet u behoren tot de doelgroep 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 zorgverlener(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 vv, dan mag de indicatie maar door 1 zorgverlener 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 heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- u zorg nodig heeft 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 heeft die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- er een noodzaak is voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."



- 8.6. Artikel 4.7 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

**"U krijgt geen pgb vv als:**

(...)

• u zorg inkoopt bij uw (wettelijk) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (bloed- of aanverwanten in de 1e en 2e graad)."

- 8.7. Artikel 28 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering en het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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.

- 8.9. 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 heeft. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. Deze visie wordt door de commissie onderschreven.

- 9.2. Verzoekster heeft op 25 november 2015 een aanvraag ingediend voor een PGB vv, welke aanvraag door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen. De commissie overweegt met betrekking tot deze afwijzing als volgt. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 12 augustus 2016 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen verklaard dat de aanvraag van verzoekster voor een PGB vv is afgewezen op grond van artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2016', en niet op grond van artikel 2 van dit reglement. De commissie neemt daarom als vaststaand aan dat niet (langer) in geschil is dat verzoekster voldoet aan de voorwaarden genoemd in artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 29 november 2016 aan de commissie gesteld dat verzoekster haar administratie niet zelf doet, maar dat de zorgverlener dit doet. Op grond van artikel 4.7 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar is het uitgesloten dat zorgverlener en (wettelijk) vertegenwoordiger één en dezelfde persoon zijn, behoudens familie waarvan in dezen geen sprake is. Daarom zou reeds op die grond geen aanspraak bestaan op een PGB vv. Hierover merkt de commissie op dat tijdens het BKG naar voren is gekomen dat de administratie van verzoekster wordt gedaan door de zorgverlener. Gesteld noch gebleken is

echter dat verzoekster niet in staat is om haar administratie te doen. De zorgverlener is bovendien niet in de aanvraag vermeld als (wettelijk) vertegenwoordiger van verzoekster. Het beroep van de ziektekostenverzekeraar op artikel 4.7 van het 'Reglement PGB vv 2016' slaagt daarom niet. 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 douchen, haren wassen, haarverzorging, en het knippen van de nagels van de handen en voeten. Dit betreft 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. Het gaat voorts naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn, mede gelet op de door de wijkverpleegkundige gestelde indicatie van vier uren persoonlijke verzorging per week. Overigens heeft verzoekster nog melding gemaakt van begeleiding/ondersteuning bij sociale activiteiten buitenshuis. Dit is echter niet in de indicatiestelling en de aanvraag opgenomen, zodat de commissie deze hulp buiten de beoordeling laat, nog daargelaten dat dit vermoedelijk geen zorg betreft die ten laste kan worden gebracht van de zorgverzekering. 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. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van een voor haar bekend persoon (een vriend), betekent dit niet dat formele zorgverleners haar de noodzakelijke zorg niet kunnen verlenen. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoekster geen aanspraak heeft op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering.
- 9.4. Dat kennelijk aan verzoekster vanaf 2008 een PGB is toegekend maakt het voorgaande niet anders. De wet- en regelgeving inzake wijkverpleging is immers met ingang van 1 januari 2015 gewijzigd. Hierdoor gelden sindsdien andere voorwaarden, en wordt er een andere beoordeling uitgevoerd. Voorts spreekt verzoekster over een overgangsregeling. Deze ziet echter op de overgang van het PGB van het jaar 2014 naar het jaar 2015. De onderhavige aanvraag betreft daarentegen een PGB vv voor het jaar 2016, en daarmee de overgang van het jaar 2015 naar het jaar 2016. De aangehaalde overgangsregeling is derhalve niet van toepassing op de onderhavige kwestie. Bovendien haalt verzoekster hierbij een incorrect artikel aan. Ook het beroep op de overgangsregeling maakt het voorgaande derhalve niet anders. Door de ziektekostenverzekeraar was aan verzoekster een PGB vv toegekend tot 16 mei 2016. Lopende de procedure heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de einddatum aan te passen naar 24 mei 2016. In deze beslissing zal de commissie niet treden en ook de einddatum vormt voor haar een gegeven (gelet op het vorenoverwogene inzake de overgangsregeling).

#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen mogelijkheid voor toekenning van een PGB vv, zodat het verzoek niet op grond van die verzekering kan worden toegewezen.

#### **Conclusie**

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.7. De commissie acht termen aanwezig te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld ad € 37,-- aan verzoekster dient te vergoeden, omdat lopende de procedure de einddatum op door verzoekster aangevoerde gronden is gewijzigd van 16 in 24 mei 2016.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

Zeist, 22 februari 2017,



H.A.J. Kroon

