



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te
Zeist

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

Zaaknummer : 201502899

Zittingsdatum : 14 september 2016



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



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10 en 11 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 D,
tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basispolis Basic (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 Optimaal Aanvullend 3 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 ziektekostenverzekering Optimaal Tand Extra 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 brief van 14 juli 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 augustus 2015 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 5 april 2016 heeft verzoeker 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 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 17 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 juni 2016 aan verzoeker gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 juli 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 september 2016 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. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
-  3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 september 2016 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

-  4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag van verzoeker voor een PGB vv afgewezen op de grond dat deze niet aansluit bij de voorwaarden die voor een PGB vv gelden. De gevraagde zorg is volgens de ziektekostenverzekeraar in natura beschikbaar.
-  4.2. Verzoeker kan niet uit met zorg in natura. De ziektekostenverzekeraar heeft, zonder voldoende nader onderzoek te hebben verricht, een standpunt heeft ingenomen. De medische situatie van verzoeker is van dien aard, dat hij dag en nacht hulp nodig heeft. Verzoeker heeft na een bedrijfsongeval twaalf operaties ondergaan, waarvan hij nog steeds herstellende is. Als gevolg hiervan is verzoeker beperkt in het bewegen en in zijn persoonlijke verzorging. Hij heeft hulp nodig bij nagenoeg alle activiteiten. Hij kan niet zelfstandig de deur openen, douchen, opstaan, zitten, aan- en uitkleden, et cetera. De echtgenote van verzoeker neemt sinds de operaties de verzorging op zich. Sinds 2014 ontvangt verzoeker een PGB vv. Oorspronkelijk was de zorgindicatie gesteld op vier uren per week, door een toename van de klachten is dit in 2015 verhoogd naar veertien uren per week. Deze indicatie toont aan dat verzoeker in hoge mate afhankelijk is van hulp, die gezien de aard van de zorg niet in natura kan worden geleverd.
-  4.3. De zorg is niet vooraf in te plannen. De zorgbehoefte van verzoeker vereist immers een zorgverlener die dag en nacht direct beschikbaar is in de nabijheid of op afroep. Omdat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor een PGB vv heeft afgewezen, komt een groot gedeelte van de zorg uiteindelijk toch terecht op de schouders van zijn echtgenote. Dit omdat de zorg nodig is op verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag. Verder is het op basis van zijn geloofsovertuiging ongepast dat vreemde, zowel mannelijke als vrouwelijke zorgverleners, verzoeker helpen bij het douchen en bij het aan- en uitkleden. Hij heeft dan ook zwaarwegende belangen bij de toekenning van het PGB vv.
-  4.4. Verzoeker voldoet aan de voorwaarden, gesteld in de artikelen 2 en 3 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging'. In dit verband is van belang dat een verpleegkundige met niveau 5 een indicatie heeft gesteld voor Persoonlijke Verzorging. Verzoeker is langer dan één jaar aangewezen op de zorg, terwijl zijn functiebeperkingen niet zijn veroorzaakt door normale verouderingsprocessen. Voorts ontvangt hij al geruime tijd een PGB vv en heeft hij aangetoond dat hij in staat is om op eigen kracht de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn

verbonden op verantwoorde wijze uit te voeren. Hij is tevens in staat een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap, en kan zijn zorgverlener op zodanige wijze aansturen dat sprake is van verantwoorde zorg.

4.5. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat hij altijd een PGB vv heeft gehad, omdat de zorg die hij nodig heeft, hem niet in natura kan worden verleend. De partner van verzoeker verleent de zorg. Deze zorg kan niet worden vervangen door een verpleegkundige, omdat die niet op alle tijden zorg kan verlenen, zoals bijvoorbeeld 's nachts. Met betrekking tot de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker het PGB vv niet zelf kan beheren, merkt hij op dat een taalbarrière niet zonder meer zou moeten leiden tot afwijzing van het verzoek het PGB vv toe te kennen. Verzoeker kan zich laten bijstaan door mensen in zijn omgeving om dingen voor hem te vertalen. Voor verzoeker speelt ook de culturele achtergrond mee in zijn wens voor het PGB vv. Hij is islamitisch, waarbij het contact tussen beide geslachten beperkt is. Dit geldt ook voor de zorg, tenzij het gaat om spoedeisende zorg. De geloofsbelijdenis is een recht dat is verankerd in de Grondwet en in het EVRM.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft voor verzoeker een indicatie gesteld voor Persoonlijke Verzorging. Het betreft veertien uren per week voor de periode van 4 juni 2015 tot en met 31 december 2015. Gezien deze indicatieperiode wordt niet voldaan aan het vereiste van artikel 2 lid 2 van het toepasselijke reglement, waarin is bepaald dat verzekerde langdurig, dat wil zeggen langer dan een jaar, op verpleging en/of verzorging is aangewezen. Een andere indicatiestelling is de ziektekostenverzekeraar niet bekend. De ziektekostenverzekeraar heeft getracht telefonisch navraag te doen bij de indicierend wijkverpleegkundige. Dit is niet gelukt.

5.2. De hulpvraag van verzoeker betreft het uit bed komen, douchen of wassen, aankleden, medicatie toedienen, toiletgang, deur openen, opstaan en zitten. Daarbij heeft verzoeker een taalbarrière, aangezien hij geen Nederlands spreekt. Ingevolge artikel 2 van het reglement moet verzekerde in staat 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 vv zijn verbonden op verantwoorde wijze uit te voeren.

5.3. Omdat verzoeker niet in staat is deze taken en verplichtingen zelf uit te voeren, dient er een wettelijk vertegenwoordiger te worden aangesteld. Vast staat dat in casu geen sprake is van een wettelijk vertegenwoordiger. Dit betekent dat verzoeker niet tot de doelgroep van het PGB vv behoort zoals verwoord in artikel 2. Nu verzekerde niet tot deze doelgroep behoort, kan toetsing aan de voorwaarden van artikel 3 van het reglement achterwege blijven.

5.4. Voor zover een toetsing aan artikel 3 van het reglement evenwel van belang wordt geacht, stelt de ziektekostenverzekeraar het volgende. De zorgvraag van verzoeker bestaat uit het uit bed komen, douchen of wassen, aankleden, medicatie toedienen, toiletgang, deur openen, opstaan en zitten. De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat dit zorg betreft die op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Het gaat niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Het begeleiden naar buiten is geen Persoonlijke Verzorging en valt buiten de zorg van het PGB vv. Tevens gaat het 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. Dat verzoeker privacy van belang acht en alleen door zijn echtgenote wenst te worden geholpen, vormt niet een zodanige noodzaak.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de indicatie, waarover het huidige geschil gaat, afliep in 2015, en dat deze was afgegeven voor de periode van een half jaar. Niet gebleken is dat er een nieuwe indicatie is aangevraagd. Een vereiste is dat een indicatie moet

bestaan voor het PGB vv van langer dan een jaar. Hieraan is niet voldaan. Voorts is gebleken dat bij verzoeker sprake is van een taalbarrière, zodat hij het PGB vv niet zelf kan beheren, terwijl ook geen sprake is van een wettelijk vertegenwoordiger. Tot slot is sprake van planbare zorg, die door een thuiszorgorganisatie kan worden verleend. Deze zorg kan ook 's nachts worden verleend, en hierbij kan rekening worden gehouden met de geloofsovertuiging van verzoeker.

5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 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 gehouden is het PGB vv alsnog 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 onder het kopje 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 28 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Artikel 28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel 16, 17, en 29 van de ‘Aanspraken Basispolis Basic’ staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving aanspraak op verpleging en verzorging.

U heeft aanspraak 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 u verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Achmea Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons aanvragen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor aanspraak

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 'Achmea 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 vv.

U komt in aanmerking voor het pgb vv als:

(...)

2) U langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 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 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;*
- 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 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 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' luidt:

"Om voor een pgb vv in aanmerking te komen:

- 1) Heeft u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden nodig én*
- 2) Moet u behoren tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én*
- 3) Moet u er bewust voor kiezen om geen gebruik te maken van zorgverleners die door ons zijn gecontracteerd. Met dit pgb vv kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb vv.*

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 zorgverleners door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."*

- 8.6. Artikel 28 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1.1 van de algemene 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 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 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. De vraag die vervolgens dient te worden beantwoord, is of verzoeker behoort tot één van de in artikel 2 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' genoemde doelgroepen. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd dat blijkens het aanvraagformulier een indicatie is gesteld voor veertien uren Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 4 juni 2015 tot en met 31 december 2015. Gezien de indicatieperiode wordt volgens de ziektekostenverzekeraar niet voldaan aan het vereiste van artikel 2 lid 2 van het reglement waarin is bepaald dat verzekerde langdurig, dat wil zeggen langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging is aangewezen.
De commissie merkt hierover op dat de indicatie voor persoonlijke verzorging is verhoogd van vier uren naar veertien uren per week voor de periode van juni 2015 tot en met 31 december 2015. Hoewel hiermee nog geenszins vast staat dat de situatie van verzoeker voldoet aan artikel 2 lid 2 van het reglement, vormt de recente en aanzienlijke verhoging van het aantal uren wel een aanwijzing dat mogelijk toch aan bedoeld criterium wordt voldaan. Zeker indien hierbij wordt betrokken dat verzoeker stelt dat hij voordien al geruime tijd gebruik maakte van een PGB vv. De aanvraag kon op deze grond dan ook niet zonder meer worden afgewezen.
- 9.3. Echter, door de ziektekostenverzekeraar is voorts gesteld dat verzoeker de Nederlandse taal niet (voldoende) beheerst en hierdoor niet in staat is het PGB vv zelf te beheren en de verplichtingen die hieraan zijn verbonden na te komen. Hij is hiervoor derhalve aangewezen op de hulp van een wettelijk vertegenwoordiger. Aldus is bepaald in artikel 2 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging'. Door verzoeker is hierop geen verweer gevoerd, anders dan dat hij al geruime tijd een PGB vv ontvangt. Dit was evenwel op grond van een andere regeling van een wettelijk. Van een wettelijk vertegenwoordiger is in de procedure niet gebleken. Gelet op het voorgaande staat naar het oordeel van de commissie het vast dat verzoeker niet behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld.
- 9.4. Aangezien verzoeker niet behoort tot de doelgroep voor een PGB vv, kan de vraag of de zorg die hij nodig heeft voldoet aan de voorwaarden zoals gesteld in artikel 3 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar, onbeantwoord blijven.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 12 oktober 2016,



J.A.M. Strens-Meulemeester

