



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OHRA Zorgverzekeringen
N.V. te Tilburg
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201503555
Zittingsdatum : 31 augustus 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, 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

OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, 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 OHRA Zorgverzekering Restitutie (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 jo. 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). Bij brief van 22 oktober 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 december 2015 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 9 mei 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 14 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 juni 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 1 juli 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon 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 juni 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 22 juli 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016082463) de commissie geadviseerd door de zorgverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten, aangezien op basis van de informatie in het dossier niet kan worden beoordeeld of sprake is van al dan niet planbare zorg voor een periode langer dan een jaar. Bij brief van 25 juli 2016 heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies, uit te voeren en de commissie over de uitkomst hiervan te berichten. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 12 augustus 2016 medegedeeld alsnog met terugwerkende kracht een akkoordverklaring te geven voor het PGB vv over de periode van 23 september 2015 tot en met 31 december 2015. Verzoeker is gevraagd of hiermee het geschil is opgelost. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 19 augustus 2016 medegedeeld alsnog een hoorzitting te wensen.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 31 augustus 2016 in persoon gehoord.
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 toegelicht: *"Omdat mijn zorg onplanbaar, op afroep, door een vaste medewerkster en bedrijf of instelling wordt uitgevoerd. (...) Door mijn aandoening ben ik gauw moe en kan dan niet meer voor mezelf zorgen. Dit gebeurt op ongebruikelijke tijden en plaatsen. (...)".*
- 4.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft ten aanzien van verzoeker verklaard: *"Dhr. is een jonge man. Dhr. draagt incontinentie materiaal en moet dan bij ongelukken verschoond en gesmeerd worden. "Moe zijn" betekent voor deze heer/jongeman, dat hij uitgeteld is. Amper meer op zijn benen kan staan, totaal geen energie meer om te praten, bibberend, en in een futloos situatie verkerend. Oorzaak is niet alleen de ziekte van Crohn maar ook zijn lage rug lumbago, alsmede, (lever) aandoening en psychische/cognitieve achteruitgang. Meer mobiliteit en toezicht in nabijheid is een noodzaak. Hij is niet iemand die achter de geraniums gehouden moet worden, door alleen maar planbare zorg te indiceren. Hij moet ondersteund en gestimuleerd worden om niet in een sociaal isolement te geraken. Psychische achteruitgang is duidelijk waarneembaar. Zie psychisch domein. De ernst van zijn levens situatie moet absoluut niet onderschat worden. Uiteindelijk zal zijn eigen woonhuis voor hem als een intramurale instelling aanvoelen. Zijn levensvreugde zal verkorten, en uiteindelijk tot een vroeg overlijden leiden. De zorgbehoefte is voor onbepaalde tijd! (...)".*
- 4.3. De behandelend MDL-arts heeft op 9 juni 2016 ten aanzien van verzoeker verklaard: *"(...) Patiënt is momenteel erg beperkt door zijn vermoeidheid tgv zijn ziek zijn. Vanwege de hepatitis is patiënt recent met cell cept gestart. Dit hebben we deze week helaas weer moeten staken vanwege hevige diarree als bijwerking. Vanwege zijn ziekte, redt patiënt ook nauwelijks zijn ADL verzorging. Een persoonsgebonden Budget voor persoonlijke verzorging kan hem hierin wellicht ondersteuning bieden. (...)".*
- 4.4. De geplande zorg heeft verzoeker vaak afgezegd en op andere tijden en locaties laten uitvoeren. Verzoeker wordt gek in huis en vereenzaamt. In de uitvoering is zijn zorg daarom niet planbaar. Door de zorgverzekeraar is aangevoerd dat verzoeker zelf in staat zou zijn het incontinentiemateriaal te vervangen. Als dit het geval zou zijn, zou een zorgaanvraag niet noodzakelijk zijn. Het ziektebeeld van verzoeker verslechtert, ondanks zijn jonge leeftijd. Verder verschonen de zorgverleners van verzoeker zijn beddengoed en maken zij de badkamer schoon, hetgeen volgens de zorgverzekeraar geen zorg is die onder Persoonlijke Verzorging valt. De zorgverleners hebben echter oog voor de totale zorg die verzoeker nodig heeft. Bovendien

wordt in een ziekenhuis of zorghotel ook het beddengoed verschoond en wordt de badkamer schoongemaakt.

De zorgverleners van verzoeker helpen hem bij het verwerken van zijn onzekerheid. Dit is stimulerend voor zijn zelfredzaamheid en derhalve noodzakelijk. Verzoeker vraagt zich af of hij van de zorgverzekeraar achter de geraniums moet gaan zitten dan wel gebruik moet gaan maken van 24-uurs Wlz-zorg.

- 4.5. De stelling van de zorgverzekeraar dat de zorgverleners niet beschikken over een geldige AGB-code is onjuist. Met ingang van 1 januari 2016 heeft de organisatie waarvoor de zorgverleners werken een nieuwe AGB-code.

- 4.6. Ter zitting is door verzoeker opgemerkt dat het geschil is opgelost. Verzoeker heeft verder enkele algemene opmerkingen geplaatst, die niet op het geschil betrekking hebben.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. Verpleging en verzorging in de thuissituatie maken vanaf 1 januari 2015 deel uit van de zorgverzekering. Een en ander is geregeld in artikel 2.10 Bzv. Deze wijziging houdt in dat verzoeker met ingang van 1 januari 2015 de geïndiceerde zorg ontvangt via de zorgverzekeraar.

In artikel B.26 van de zorgverzekering is geregeld in welke gevallen aanspraak bestaat op verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. In het artikel is ook de mogelijkheid van het PGB vv opgenomen. De nadere voorwaarden voor het PGB vv zijn omschreven in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar. Deze voorwaarden zijn gebaseerd op bestuurlijke afspraken over de uitgangspunten en de inhoud van het PGB vv, die in 2014 zijn gemaakt tussen het Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Per Saldo.

In het reglement is opgenomen dat een indicatie dient te bestaan voor verpleging en verzorging, waarbij de verzekerde langer dan een jaar op de zorg is aangewezen. De verzekerde moet daarnaast in staat zijn de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden, op verantwoorde wijze uit te voeren, een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap en de ingeschakelde zorgaanbieders zo aan te sturen dat kan worden gesproken van verantwoorde zorg.

- 5.2. Indien een indicatie bestaat en er bewust voor wordt gekozen geen gebruik te maken van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders, kan men in aanmerking komen voor een PGB vv indien is voldaan aan één van de volgende voorwaarden:

- de verzekerde heeft vaak (meer dan drie keer 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 van 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 benodigd is, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

- 5.3. Het verzoek voor een PGB vv is invoelbaar. De zorg die verzoeker ontvangt is echter planbaar, zodat hij geen aanspraak heeft op het PGB vv. De zorgverzekeraar begrijpt dat verzoeker liever wordt geholpen op een door hem gewenst tijdstip, maar dit betekent niet dat de zorg ook zorginhoudelijk op wisselende tijden moet plaatsvinden. Verder maakt verzoeker gebruik van incontinentiemateriaal, hetgeen ook deze geïndiceerde zorg planbaar maakt. Dat verzoeker in de praktijk ook ondersteuning krijgt bij bijvoorbeeld het schoonmaken van de badkamer en het verschonen van het beddengoed is helder, maar deze activiteiten vallen niet onder Persoonlijke Verzorging, en mogen ook niet worden meegenomen in de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige. Ook de ondersteuning in verband met het verwerken van de onzekerheid valt hieronder niet.

5.4. Een vergoeding op basis van restitutie is niet mogelijk, omdat de organisatie waarvoor de zorgverleners van verzoeker werken, niet voldoet aan de door de zorgverzekeraar gestelde eisen. De AGB-code waarover de organisatie beschikte, is beëindigd.

5.5. Bij brief van 12 augustus 2016 heeft de zorgverzekeraar medegedeeld dat, gelet op de nieuwe afgegeven akkoordverklaring van juni 2016, bij wijze van uitzondering akkoord zal worden gegeven voor de voorafgaande periode waarover dit dossier gaat, ook al is de zorgverzekeraar inhoudelijk niet van mening veranderd. De zorgverzekeraar zal elk jaar opnieuw bekijken of reden bestaat tot een eventuele verlenging.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. 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. Beoordeling van het geschil

8.1. De commissie stelt vast dat de zorgverzekeraar het PGB vv alsnog met terugwerkende kracht over de periode van 23 september 2015 tot en met 31 december 2015 aan verzoeker heeft toegekend, en dat verzoeker ter zitting heeft verklaard dat hiermee het geschil is opgelost.

8.2. Aangezien de zorgverzekeraar lopende de procedure aan het verzoek is tegemoetgekomen, dient deze het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

9. Het bindend advies

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

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

Zeist, 14 september 2016,

P.J.J. Vonk