



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OWM DSW Zorgverzekeraar
U.A. te Schiedam

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), afbakening Zvw-Wmo

Zaaknummer : 201701178

Zittingsdatum : 29 augustus 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016 en 2017, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016 en 2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna 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 Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Standaard afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 11 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 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 24 november 2017 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. Voorts heeft verzoekster verzocht om een vergoeding voor de door haar in het kader van de onderhavige procedure gemaakte kosten (hierna gezamenlijk: 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 commissie heeft de ziektekostenverzekeraar de gelegenheid geboden uiterlijk 16 maart 2018 nader commentaar te geven op de kwestie. Omdat de ziektekostenverzekeraar niet binnen de gestelde termijn reageerde, is op 23 maart 2018 een herinneringsbrief gezonden met een



reactietermijn die eindigde op 30 maart 2018. Naar aanleiding van de herinneringsbrief heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld niet binnen de gestelde tijd te reageren, met als reden een onderbezetting op de afdeling. Omdat dit niet een zwaarwegende reden is van de gestelde termijn af te wijken, heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar op 27 maart 2018 medegedeeld dat deze nog tot 30 maart 2018 de tijd had om te reageren. Werd binnen deze termijn geen reactie ontvangen, dan zou worden doorgegaan met de procedure op basis van de stand van dat moment. Aangezien van de ziektekostenverzekeraar op 30 maart 2018 nog geen reactie was ontvangen, is besloten de procedure zonder diens nader commentaar voort te zetten. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 april 2018 alsnog op het geschil gereageerd. Deze brief is door de commissie met het oog op een goede procesorde als tardief beschouwd.

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 4 mei 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 mei 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, 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 6 april 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 4 mei 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018018104) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door partijen nader onderzoek te laten verrichten, waarbij twee vragen dienen te worden beantwoord, namelijk:
- Met welke reden is de zorgvraag verhoogd?
 - Hoe verhoudt de geïndiceerde zorg zich tot de geneeskundige context?
- Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 15 mei 2018 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is bij die gelegenheid verzocht het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies, uit te voeren en de commissie over de uitkomst hiervan te berichten. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 22 mei 2018 geïnformeerd over de uitkomst van het nader onderzoek. Een afschrift van deze reactie is aan verzoekster gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop in te gaan. Verzoekster heeft bij brief van 13 juni 2018 gereageerd. Een afschrift hiervan is op 15 juni 2018 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 29 augustus 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Na de hoorzitting zijn partijen in de gelegenheid gesteld een nieuwe indicatie te laten stellen. Verzoekster heeft de commissie bij brief van 3 oktober 2018 medegedeeld dat zij er samen met de ziektekostenverzekeraar niet uitkomt, en dat zij alsnog een bindend advies wenst. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.12. Bij brief van 5 oktober 2018 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 24 oktober 2018 heeft het Zorginstituut aan de commissie bericht geen advies te kunnen geven. Een afschrift van deze brief is op 26 oktober 2018 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 2 november 2018 op het definitief advies gereageerd. Verzoekster heeft bij brief van 9 november 2018 op het definitief advies gereageerd. Afschriften van beide reacties zijn aan de wederpartijen gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft op 1 januari 2016 bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"(...) Er is structurele zorgbehoefte bij alle dagelijkse verrichtingen zoals opstaan, wassen, toiletbezoek, lopen, eten, kortom voor alle algemene dagelijkse levensbehoeften, waarbij ik zelf de regie wil blijven houden en zelf, het tijdstip, en de manier waarop deze zorg wordt geboden, en niet planbaar is. (...)".* De indicierend wijkverpleegkundige heeft op dit aanvraagformulier vermeld dat zij bij verzoekster een indicatie heeft gesteld van 19 uren Persoonlijke Verzorging per week.
- 4.2. Op 4 januari 2017 is een tweede aanvraagformulier door de wijkverpleegkundige ingevuld, nu voor het jaar 2017. Op dit aanvraagformulier is toegelicht dat de wijkverpleegkundige bij verzoekster een indicatie heeft gesteld van 2 uren Verpleging per week en 56 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 4.3. De behandelend klinisch neuropsycholoog heeft op 10 maart 2016 over verzoekster het volgende verklaard: *"(...) Patiënte vertelt het meeste last te hebben van (extreme) vermoeidheid die gedurende de hele dag aanwezig is. Haar belastbaarheid is erg laag aldus patiënte. Dit zorgt ervoor dat patiënte vaak een 'korter lontje' heeft. Verder geeft ze aan veel woordvindingsproblemen te hebben en verwisselt ze vaak woorden en namen. Zij is zich hier vaak niet van bewust. Haar echtgenoot vult aan dat in haar spraak haperingen te horen zijn bij woordvorming. Het verhaal van patiënte is vaak onsamenhangend; ze springt vaak van de hak op de tak. Ook hiervan is patiënte zich niet bewust. Het taalbegrip is goed. Het gezichtsvermogen is beperkt; patiënte is blind in één oog en heeft beperkt zicht met het andere oog. De oriëntatie in tijd, datum en plaats is goed; de oriëntatie in plaats op onbekende plekken is echter slecht. Het terugvinden van de weg of het plannen van een route gaat niet goed. Zonder begeleiding van haar partner zou patiënte verdwalen. Patiënte is herinneringen van vroeger volledig kwijt, haar 'oudste herinnering' is van de periode vlak na de CVA's. Ook het 'korte termijngeheugen' is verstoord. Bij het navertellen van verhalen die patiënte zojuist heeft gehoord, missen vaak stukken. Patiënte (...) heeft moeite met het onthouden van gezichten, ze vergeet deze vaak, dit geldt ook voor namen. De geheugenproblemen zorgen soms voor gevaarlijke situaties; gas aan laten staan en zich verbranden aan hete kookplaten. Patiënte heeft altijd een boekje bij zich waar ze alles in opschrijft. Haar concentratie is verminderd. Ze leest niet meer en heeft moeite met het volgen van ondertiteling (deels als gevolg van de beperkte visus), maar heeft ook moeite om gesprekken te volgen of zich langer op één taak te concentreren. Ze ervaart geen stemmingsklachten en kan genieten van bepaalde zaken. In 1999 heeft ze gesprekken met een psycholoog gehad. (...) Samenvattend: de problemen als gevolg van de bekende visusproblemen staan op de voorgrond, naast een matig tot ernstige stoornis in het episodisch geheugen en een lichte stoornis in het semantisch geheugen. Er van uitgaande dat andere oorzaken zijn uitgesloten, is het beeld passend bij een status na haar eerder doorgemaakte CVA en kunnen de problemen die zij ervaart in het dagelijks leven gezien worden in het kader van niet-aangeboren hersenletsel (NAH) problematiek. (...)".*
- 4.4. Verzoekster valt onder de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is aangewezen als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar, aangezien zij langdurig is aangewezen op Verpleging en Persoonlijke Verzorging. Haar echtgenoot dient diverse verpleegkundige handelingen en verzorgingstaken te verrichten, zoals het plakken en verwijderen van pleisters op de benen en billen van verzoekster, het verzorgen van haar wonden en het aanbrengen van zalf in verband met de chronische huidaandoening die zij heeft (prurigo nodularis). Verzoekster heeft verder hulp nodig bij het zittend douchen en moet op sommige dagen vanwege een zeer laag energieniveau worden gewassen op bed. Zij heeft daarnaast ondersteuning nodig bij de toiletgang, overdag en 's nachts, omdat zij aan de arm dient te lopen in verband met visusklachten en een instabiliteit van het rechterbeen.

Verzoekster heeft voorts hulp nodig bij het aankleden, het toedienen van medicatie, het klaarmaken van het ontbijt en het verwijderen van eventuele make-up.

- 4.5. Volgens de ziektekostenverzekeraar is sprake van zorg die valt onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), maar de gemeente stelt juist dat een groot deel van de zorg die verzoekster krijgt onder de Zvw valt. Bij besluit van 9 november 2017 is aan verzoekster een PGB vanuit de Wmo toegekend voor 4 uren per week in verband met de Begeleiding die verzoekster nodig heeft. Voor de overige taken en handelingen verwijst de gemeente verzoekster naar de ziektekostenverzekeraar. Dit standpunt van de gemeente is gebaseerd op de bevindingen van een door hem ingeschakelde deskundige. Deze deskundige heeft op 24 augustus 2017 over de aanvraag van verzoekster voor een PGB vanuit de Wmo verklaard: *"(...) Er is vanuit een voorgaande regeling, namelijk de AWBZ, een voorziening ingezet. Er lijkt vanuit mijn onderzoek geen toegang tot de voortzetting van deze voorziening, de Wlz, aanwezig. Daarmee ligt de hulpvraag van belanghebbende, die ligt op de terreinen van de persoonlijke verzorging (PV) en begeleiding bij andere wetgeving. De Zvw is voor persoonlijke verzorging aan de orde, als de belemmeringen in de persoonlijke verzorging voortkomen uit een fysiek onvermogen. Er moet sprake zijn van daadwerkelijke overname van handelingen. In de situatie van belanghebbende is sprake van een situatie van deels aansturing en deels overname, omdat zij beperkt actie onderneemt en handelingen verkeerd uitvoert. (...)"*.
- 4.6. Verzoekster ontvangt reeds sinds 2011 een PGB, waarbij haar echtgenoot de zorg aan haar verleent. De gezondheidssituatie van verzoekster is sindsdien niet verbeterd. Uit de stukken blijkt - anders dan de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie heeft aangevoerd - niet van een psychische problematiek bij verzoekster die de grondslag vormt voor haar verminderd functioneren, maar van een lichamelijke problematiek als gevolg van een doorgemaakt CVA. Verzoekster is uitbehandeld door het NAH-team.
- 4.7. Bij brief van 13 juni 2018 heeft verzoekster, in reactie op het advies van het Zorginstituut, toegelicht dat de indicatie van 56 uren en 20 minuten voor Persoonlijke Verzorging is gesteld door de wijkverpleegkundige en dateert uit 2015. De andere wijkverpleegkundige heeft, anders dan waarvan het Zorginstituut uitgaat, niet slechts 19 uren Persoonlijke Verzorging geïndiceerd, maar 19 uren door een professionele zorgaanbieder en 17 uren door een mantelzorger. Al met al wordt ook door deze wijkverpleegkundige uitgekomen op een totale zorgbehoefte van 36 uren per week. Het verschil met de eerste indicatie is zodoende minder groot dan de ziektekostenverzekeraar stelt. Voorts is een belangrijk verschil tussen beide indicatiestellingen dat bij de indicatiestelling van 19 uren Persoonlijke Verzorging per week ten onrechte de wondverzorging buiten beschouwing is gelaten. Dit terwijl de echtgenoot van verzoekster de wondverzorging al lange tijd verrichtte. De wijkverpleegkundige die de hogere indicatie heeft gesteld, heeft in tegenstelling tot de andere wijkverpleegkundige, de zorgvraag van verzoekster goed, zorgvuldig en volledig in kaart gebracht, waardoor wordt uitgekomen op een hoger aantal uren. De behandelend arts heeft toegelicht dat bij verzoekster sprake is van een situatie van deels aansturing en deels daadwerkelijke overname van handelingen. Hij oordeelt dat, als de zorgplannen zorgvuldig worden gezien, het taken betreft die op het terrein van de Zvw liggen, maar ook taken die tot Begeleiding behoren en die daarmee onder de Wmo vallen. Er is sprake van een zeer intensieve ondersteuning door de echtgenoot van verzoekster. Indien deze ondersteuning zou wegvallen, moet verzoekster worden opgenomen in een instelling. Verzoekster is tussen de wal en het schip gekomen. Duidelijk is dat zij intensieve ondersteuning nodig heeft, maar dat de betrokken instanties naar elkaar wijzen. Dit is niet wenselijk en ook nooit de bedoeling geweest van de wetgever.
- 4.8. Ter zitting is door verzoekster toegelicht dat zij te maken heeft met een complexe NAH-problematiek. Door deze problematiek heeft zij erg veel zorg nodig. Vroeger onder de AWBZ was alles goed geregeld. Echter sinds de stelselwijziging is het een grote puinhoop. Geconcludeerd moet worden dat verzoekster sindsdien met haar problematiek tussen de wal en het schip is terechtgekomen. Zij heeft dan ook veel bewondering voor haar echtgenoot die ondanks alles zorg is blijven verlenen. Indien hij dit niet had gedaan was

zij allang opgenomen geweest in het verpleeghuis. Wat betreft de vergoeding voor deze zorg heeft zowel de gemeente als de ziektekostenverzekeraar niet thuis gegeven. Het is voor verzoekster dan ook onduidelijk met welke reden de ziektekostenverzekeraar vergoeding van de kosten afwijst. Een deugdelijke onderbouwing ontbreekt. Verzoekster deelt de mening van de ziektekostenverzekeraar dat de eerst gestelde indicatie voor het aantal uren onjuist is, maar de tweede indicatie is wel juist. Zij is jarenlang benadeeld door dit lage aantal. Dat de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt stelt dat het aantal geïndiceerde uren niet juist is, is verwerpelijk. De indicatie is immers gesteld door een erkend wijkverpleegkundige. Alleen een dergelijk persoon zou de indicatie moeten stellen en niet een verzekeraar. De wijkverpleegkundige heeft zich bij het stellen van de indicatie gehouden aan het normenkader dat is opgesteld door V&VN. Alle kaders die bij het indiceren zijn gesteld, zijn gevolgd. Er is zelfs een huisbezoek afgelegd.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. In artikel 17 van de zorgverzekering en het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar is geregeld aan welke criteria moet zijn voldaan om in aanmerking te komen voor een PGB vv.

Naar aanleiding van de door verzoekster gedane aanvraag voor een PGB vv en de door haar ingediende klacht is verzoekster op 26 januari 2017 uitgenodigd op het kantoor van de ziektekostenverzekeraar. Zij is toen gezien door een medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar.

5.2. Na het bezoek is aanvullende informatie opgevraagd bij de huisarts van verzoekster. Hierop is een brief van de klinisch neuropsycholoog ontvangen met de uitslag van een neuropsychologisch onderzoek. Op basis hiervan is de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat het NAH-team verzoekster mogelijk kan helpen de problematiek te verminderen, maar dat zij er op dit moment voor kiest niet onder behandeling te staan bij dit team. In het verslag staat verder dat de psycholoog heeft geconstateerd dat de huidige problemen van verzoekster worden veroorzaakt door het eerder doorgemaakte CVA en dat sprake is van niet aangeboren hersenletsel. Door de medisch adviseur is gesproken met het NAH-team. Tevens is informatie opgevraagd ten aanzien van de huidproblematiek van verzoekster. Hiervoor is zij onder behandeling van een dermatoloog. Op basis van de verstrekte informatie is de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat verzoekster de dagelijkse levensverrichtingen zelf kan uitvoeren, maar dat zij hierbij begeleiding nodig heeft, omdat zij zelf niet altijd het initiatief neemt en omdat zij haar energie moeilijk kan reguleren. Er is daarmee geen sprake van overname van handelingen en ook geen behoefte aan Verpleging en Persoonlijke Verzorging. Deze zorgvraag, alsmede de benodigde Begeleiding, valt volgens de ziektekostenverzekeraar niet onder de Zvw, maar onder de Wmo. Daarom is aan verzoekster medegedeeld dat zij niet behoort tot de doelgroep zoals omschreven in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar.

5.3. Bij brief van 22 mei 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar, in reactie op het advies van het Zorginstituut, verwezen naar zijn door de commissie als tardief aangemerkte brief van 12 april 2018, waarin wordt toegelicht dat is uitgekomen op een toekenning op basis van 5 uren Persoonlijke Verzorging en 70 minuten Verpleging per week. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat hem niet is gebleken dat sprake is van een gewijzigde zorgvraag waardoor een verdrievoudiging van het aantal te leveren uren ten opzichte van voorgaande jaren wordt gerechtvaardigd. Met betrekking tot de vraag hoe de geïndiceerde zorg zich verhoudt tot de geneeskundige context geldt dat de ziektekostenverzekeraar reeds uitvoerig is ingegaan op de wijze waarop hij de uren heeft ingeschat. Voor de ziektekostenverzekeraar is onduidelijk welke andere beoordeling dan nog wordt gevraagd.

5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar zijn als tardief aangemerkte schrijven van 12 april 2018, en toegelicht dat bij brief van 24 november 2017 - voor de ziektekostenverzekeraar nieuwe - informatie is overgelegd door verzoekster. Gebleken is dat de

gemeente een deel Wmo-zorg aan verzoekster heeft toegekend. Omdat de gemeente zich nog geen duidelijk oordeel kon vormen of de Persoonlijke Verzorging onder de Wmo of Zvw viel, is een nader advies gevraagd aan Treve Advies.

Uit het besluit van de gemeente maakt de ziektekostenverzekeraar op dat de begeleiding passend is binnen de Wmo, dat een deel van de zorg mantelzorg betreft door de echtgenoot van verzoekster, dat de Persoonlijke Verzorging meer lijkt aan te sluiten bij de Zvw omdat er naast aansturing sprake is van overname van handelingen, en dat verzoekster vanuit de Wmo € 8.736,20 zal ontvangen.

Uit het stuk van Treve Advies van 17 juli 2017 maakt de ziektekostenverzekeraar op dat sprake is van een lang bestaand toestandsbeeld. Verzoekster volgt op dit moment geen specifieke behandeling. Er is geen professionele ondersteuning aanwezig. Het is lastig te beoordelen of de beperkingen bij het aankleden of uit bed komen het gevolg zijn van pathofysiologische schade of van het feit dat er al lang ondersteuning is. Er is niet objectief vastgesteld dat er geen observatie en/of behandelmogelijkheden zijn. Er is sprake van visuele beperkingen in combinatie met de gevolgen van NAH; er is ten aanzien van de Persoonlijke Verzorging deels sprake van aansturen en deels van overname. De zorgplannen bevatten zowel taken voor Persoonlijke Verzorging als voor (Wmo)begeleiding.

Uit de hierop volgende rapportage van 19 september 2017 maakt de ziektekostenverzekeraar op dat verzoekster zelfstandig kan douchen, maar dat aankleden nog niet geheel zelfstandig lukt. De echtgenoot van verzoekster verzorgt haar wonden en zorgt ervoor dat medicatie tijdig wordt ingenomen. Het toiletbezoek kan verzoekster zelfstandig uitvoeren. Het bereiden van de broodmaaltijd lukt zelfstandig als de benodigdheden zijn klaargezet. De ene dag lukt het (beperkt) helpen bij het bereiden van de maaltijd beter dan de andere dag. Er zijn geen hulpmiddelen/voorzieningen aanwezig die het valrisico kunnen beperken.

De ziektekostenverzekeraar blijft van mening dat de overwegende grondslag voor Persoonlijke Verzorging aan verzoekster gelegen is in de aansturing en niet in overname. Omdat de gemeente echter geen PGB verstrekt voor Persoonlijke Verzorging, en gelet op de eerdergenoemde rapportages, komt de ziektekostenverzekeraar tot het oordeel dat een deel van de Persoonlijke Verzorging kan worden vergoed op grond van de Zvw. Hij heeft berekend hoeveel uren redelijk zijn. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij gekeken naar de Beleidsregel van VWS en de AZR waarin normtijden zijn genoemd voor Persoonlijke Verzorging. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar in overweging genomen dat er voorliggende voorzieningen zijn waarvan gebruik kan worden gemaakt. De ziektekostenverzekeraar komt tot de volgende berekening:

- 2 x volledig aan- en uitkleden = 30 minuten per dag (ruim genomen, want verzoekster kan dit op sommige dagen ook zelf;

- 1 x gedeeltelijke hulp bij het wassen = 10 minuten per dag (ruim genomen, want verzoekster kan dit op sommige dagen ook zelf)

Totaal is dit 40 minuten Persoonlijke Verzorging per dag. Het aanreiken van medicatie valt eveneens onder Persoonlijke Verzorging en neemt ongeveer vijf minuten per keer in beslag. Hiervan is echter geen nadere onderbouwing gegeven met betrekking tot de frequentie en noodzaak. Omdat de overige tijd ruim is genomen, kan deze hulp onder de eerder genoemde posten worden gebracht. Voor Persoonlijke Verzorging kent de ziektekostenverzekeraar daarom 280 minuten per week toe. Dat zijn ongeveer 5 uren.

Daarnaast waren 2 uren Verpleging per week aangevraagd voor de behandeling van de niet-intacte huid. Een redelijke tijdsbesteding hiervoor is tien minuten per keer. Dit komt op 70 minuten per week. Ook deze tijd wordt aan verzoekster toegekend.

5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek voor het overige dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op de artikelen 14 van de zorgverzekering (2016 en 2017) en 13 van de aanvullende ziektekostenverzekering (2016 en 2017) 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 verzoekster een PGB vv toe te kennen op basis van 56 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 2 uren Verpleging per week, 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 15 tot en met 42 van de zorgverzekering (2016 en 2017).
- 8.3. Artikel 17 van de zorgverzekering (2016) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging zonder verblijf bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"lid 1.1 Te vergoeden zorgkosten

Vanuit de aanspraak Verpleging en Verzorging vergoeden wij de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij geen sprake is van verblijf in een instelling en de zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Het gaat hier onder andere om verpleegkundige technische handelingen, instructie en persoonlijke verzorging. (...)

lid 4 Persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (pgb VV)

In een aantal gevallen kunt u een persoonsgebonden budget (pgb) aanvragen. In welke gevallen en onder welke voorwaarden dit kan, staat omschreven in het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polisvoorwaarden."

Artikel 17a van de zorgverzekering (2017) kent een gelijke strekking.

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"2.1. U kunt alleen een pgb vv aanvragen wanneer u een indicatie heeft voor een van de volgende vier doelgroepen:

a. Langdurige verpleging en/of verzorging

U bent langdurig (langer dan één jaar) op verpleging en/of verzorging aangewezen. (...)

2.2 Daarnaast moet u (zelfstandig of met hulp van uw vertegenwoordiger) of moet uw wettelijk vertegenwoordiger in staat zijn om:

a. de taken en verplichtingen die samenhangen met het pgb vv op verantwoorde wijze uit te voeren (o.a. contracten af te sluiten met zorgverleners en om taken te verrichten zoals aanwerving,

opleiding, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten);

b. een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van het werkgeverschap in de verhouding met uw zorgverleners;

c. de door u gecontracteerde zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg."

Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2017) van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb als u:

1. behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft (hieronder valt ook de Medisch Specialistische Verpleging Thuis (MSVT));

2. onder de zorg zoals benoemd in 2.1. valt niet de verzorging aan verzekerden tot 18 jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of door een lichamelijke handicap, en

- er behoefte is aan permanent toezicht, of

- 24-uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en deze zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Daarnaast dient u:

3. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn (...)"

- 8.5. De artikelen 17 (2016) en 17a (2017) van de zorgverzekering en artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar (2016 en 2017) zijn volgens artikel 2, eerste lid, van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Verpleging en Persoonlijke Verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv. Met ingang van 1 januari 2017 is het PGB vv naar aard en omvang omschreven in artikel 13a Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.29a tot en met 2.29c Rzv. Aan deze artikelen is terugwerkende kracht verleend tot 1 januari 2015.
- 8.7. 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. Gelet op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 12 april 2018, zoals toegelicht ter zitting, is niet langer in geschil dat verzoekster 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. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag naar de hoogte van het aantal toe te kennen uren Persoonlijke Verzorging en Verpleging per week. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Vast staat dat voor 2016 een aanvraag is gedaan voor 19 uren Persoonlijke Verzorging per week en voor 2017 van 56 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging en 2 uren Verpleging per week. Hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar afgerond 5 uren Persoonlijke Verzorging per week toegekend en 70 minuten Verpleging per week. De ziektekostenverzekeraar heeft zich hierbij gebaseerd op een Beleidsregel van VWS en AZR met betrekking tot normtijden. In het dossier zijn 2 zorgplannen aanwezig, waarbij het eerste zorgplan ziet op de gestelde indicatie voor 19 uren Persoonlijke Verzorging per week en het 2de zorgplan op de aangevraagde 56 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week, alsmede 2 uren Verpleging per week. In beide zorgplannen zijn posten opgenomen die niet zien op Persoonlijke Verzorging dan wel Verpleging, zodat lijkt te zijn uitgegaan van de gehele zorgvraag van verzoekster, en ook is gekeken naar de behoefte aan bijvoorbeeld Begeleiding. Deze beide zorgplannen voldoen aldus niet aan de regels met betrekking tot indiceren, zoals vastgesteld door de beroepsgroep en kunnen daarom niet als basis dienen om de zorgvraag van verzoekster op het gebied van de Zvw vast te stellen. Bij Persoonlijke Verzorging en Verpleging ten laste van de Zvw dient het te gaan om een overname van zorg. Aannemelijk is dat verzoekster in ieder geval geen recht heeft op 19 uren (2016) respectievelijk 56 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 2 uren Verpleging per week (2017) ten laste van de zorgverzekering. Ook al omdat de gemeente intussen een PGB op basis van de Wmo heeft toegekend, zodat de gestelde indicatie als achterhaald moet worden beschouwd. Het ligt daarom op de weg van verzoekster een nieuwe indicatie te laten stellen door de betrokken wijkverpleegkundige, die voldoet aan alle hiervoor geldende eisen. Vooralsnog heeft verzoekster daarom geen aanspraak op meer uren zorg dan haar door de ziektekostenverzekeraar zijn toegekend, te weten 5 uren Persoonlijke Verzorging en 70 minuten Verpleging per week.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van een PGB vv, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.5. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure deels tegemoet is gekomen aan het verzoek van verzoekster, acht de commissie gronden aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.



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

Zeist, 12 december 2018,



H.A.J. Kroon

