



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB),
afbakening Wmo-Zvw
Zaaknummer : 201601251
Zittingsdatum : 31 mei 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.10 Bzv en 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

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

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Vrij Polis (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 Univé Extra Zorgpolis Goed 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). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Univé Tand Goed Pakket 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 10 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 12 februari 2016 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 12 december 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 2 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 maart 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 28 maart 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 april 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 15 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 31 maart 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017012552) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten doen naar de vraag of verzoeker door zijn fysieke beperkingen ADL-zorg afhankelijk is, of dat toezicht op of overname van de ADL-zorg nodig is vanwege de cognitieve beperkingen van verzoeker en risico op verwaarlozing. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 3 april 2017 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar is bij die gelegenheid gevraagd het nader onderzoek, zoals verwoord in het advies, uit te voeren en de commissie over de uitkomst hiervan te berichten. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 13 april 2017 medegedeeld niet méér onderzoek te kunnen doen dan reeds is gedaan.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 mei 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 8 juni 2017 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 aantekeningen en stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Daarnaast heeft de commissie het Zorginstituut verzocht duidelijkheid te verschaffen waarom in het voorlopig advies nader onderzoek is geadviseerd. In reactie hierop heeft het Zorginstituut bij brief van 19 juni 2017 de commissie medegedeeld dat een en ander geen aanleiding vormt tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd. Voorts heeft het Zorginstituut toegelicht dat in het voorlopig advies nader onderzoek is geadviseerd omdat onvoldoende medisch is onderbouwd dat de beperkingen van verzoeker niet voortvloeien uit zijn lichamelijke aandoeningen of verstandelijke beperking. Dat geen sprake is van een lichamelijke beperking is in tegenspraak met de indicierend wijkverpleegkundige en is niet beoordeeld door een medisch adviseur. Een afschrift van dit advies is op 28 juni 2017 ter kennisname aan partijen gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker is geboren met achondroplasie (dwerggroei). Hij is thans 21 jaar oud en heeft een lengte van 125 centimeter met korte armen en benen. Als gevolg hiervan ondervindt hij problemen bij het verzorgen van zijn rug, nek, voeten en stuit, en bij de toiletgang. Ook moet hij geholpen worden bij het wassen en afdrogen, alsmede bij de voetverzorging. Hij heeft een operatie gehad aan zijn benen, en zal er nog twee moeten ondergaan. Verzoeker is verder bekend met scoliose, waarvoor hij de pijnpoli bezoekt en een TENS-kastje heeft gekregen. Ook heeft hij een vernauwde luchtpijp, waarvoor hij in de nacht een beademingsapparaat dient te gebruiken. Vanwege zijn klachten heeft de gemeente besloten het toilet te laten aanpassen. Ook beschikt hij over een aangepaste fiets, rolstoel en trippelstoel en zijn drempelaanpassingen in de woning uitgevoerd. De gemeente verstrekt echter geen PGB voor Persoonlijke Verzorging, omdat de minimale verstandelijke beperking van verzoeker hiervoor geen reden vormt. De gemeente verwijst verzoeker daarom naar de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 27 juni 2014 ten aanzien van verzoeker verklaard: *"Deze aanvraag betreft een uitbreiding van de huidige nog geldige PGB indicatie. De situatie van [verzoeker] is gewijzigd. Meneer was in verband met een verstandelijke beperking (TIQ*

60) *praktijkschool leerling. Hij is geboren met achondroplasia/dwerggroei. In verband met zijn verstandelijke beperking en fysieke klachten, heeft hij extra begeleiding en aanpassingen nodig. Zo zijn zijn armen korter dan normaal, waardoor meneer delen van zijn lichaam niet kan bereiken of dingen moeilijk kan pakken. Meneer ontvangt nu een Wajong uitkering. Rentree, (...), heeft de sociale activering vanuit UWV overgenomen. Tijdens een stage vanuit de praktijkschool (...) heeft meneer goede ervaringen bij de (...) opgedaan. Hij wil bij (...) graag 9 dagdelen per week dagbesteding volgen. Hiervoor is zo spoedig mogelijk een uitbreiding van de huidige PGB indicatie noodzakelijk. Naast lichamelijke dagbesteding heeft meneer i.v.m. zijn lichamelijke beperking boven zijn leeftijd gebruikelijke zorg nodig. Hieronder valt bijvoorbeeld hulp bij het douchen en aankleden. Deze ondersteuning wordt door zijn moeder geboden. In verband met zijn verstandelijke beperking, is meneer niet in staat zelfstandig de regie over zijn leven te voeren. Gezien dit feit, beheert zijn moeder ook de administratie voor haar zoon e.a. Zij traint hem verder voor het zo zelfstandig mogelijk wonen in de toekomst. Hiervoor leert zij haar zoon haalbare huishoudelijke taken aan. Daarnaast neemt zij de dagelijkse verzorging en huishoudelijke taken over, tot die haar zoon niet in staat is. Verder begeleidt zij meneer naar bezoeken aan bijvoorbeeld de arts en instanties. Op deze manier draagt mevrouw al jaren zorg voor haar zoon. Vader werkt full-time. (...) Primaire diagnose: Verstandelijke beperking (...) Overige diagnose(s): Dwerggroei (Achondroplasie) (...). De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor 'Begeleiding Individueel' en 'Persoonlijke Verzorging', beide Klasse 3 (4 tot 6.9 uren per week).*

- 4.3. Verzoeker heeft op 10 juli 2015 bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"Om zelf de zorg te regelen zoals ik het gewend ben met iemand die vertrouwelijk is voor mij. (...) Omdat de zorg vooraf slecht is in te plannen, wisselende en ongebruikelijke tijdstippen. (...)"*. De indicerende wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld van vijf uren en dertig minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 4.4. Op 7 december 2016 is opnieuw een aanvraagformulier bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. In het bijgaande zorgplan heeft de wijkverpleegkundige, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"dhr. is geboren met Achondroplasie, dhr. heeft daarbij korte armen en een vergroeide rug. Dhr. heeft daarnaast Apneu-problemen en eczeem. I[v.m] de lichamelijke problematiek is dhr. al meerdere keren geopereerd, oa aan de knieën (daarna zijn de rugklachten vererger[d]) e[n] [ver]volgens nog operaties aan enkels en waarschijnlijk ook aan de neus ivm de apneu. (...) dhr. eet en drinkt goed, al het eten wordt bereid door zijn moeder, dhr. is in staat het zelf op te eten. Dhr. verzorgt zelf zijn gebit. Dhr. heeft een kleine lichaamslengte maar een brede bouw. (...) Uitscheidingspatroon (patroon van ontlasting en urine, stoma, katheter) dhr. is hier zelfstandig in en heeft geen problemen. (...) dhr. is niet in [s]taat om meer dan 100 meter te lopen, dhr. heeft een aangepaste stoel in huis, een aangepaste fiets en momenteel doet dhr. rijles nemen op aangepaste wijze in de hoop zijn rijbewijs te halen. Dhr. is door zijn lichamelijke misgroei niet goed in staat om zich zelf te verzorgen, zo kan hij n[ie]t zijn benen en rug wassen en mist hij kracht in zijn handen om zijn lijf goed te kunnen wassen en drogen. Dhr. heeft hulp nodig bij scheren en nagels knippen. Dit wordt verzorg[d] door zijn moeder. Dhr. gebruikt voor de apneu een apneu apparaat, zijn moeder verzorgt dit voor het slapen en bij het ontwaken maar ook in de nacht alarmeert het apparaat en moet zijn moeder het opnie[u]w aanbrengen. Dhr. kan zich wel verplaatsen in huis, lang zitten en staan is moeilijk, dhr heeft de hele dag pijn in zijn rug. Dhr. krijgt lichaamsbeweging doordat hij fiets[t] en hij gaat naar de sportschool waar hij een gratis abonnement heeft en in en uit kan lopen wanneer hij wil. Dhr. heeft momenteel eczeem op zijn hoofd en nek, zijn moeder verzo[r]gt dit met een bepaalde crème en geeft hem 1 keer daags een medicijn, dhr is bekend bij dermatoloog. (...) dhr. heeft een lichte verstandelijke beperking maar ging wel naar [e]en gewone school, hoewel hij er wel 5 heeft gehad omdat ze het overal moeilijk vonden om met zijn beperking om te gaan. Toch ligt de beperking vooral in de somatische kant. Dhr. heeft veel pijn en regelmatig, heeft hiervoor een TE[N]S apparaat, deze wordt door zijn moeder aangebracht op zijn rug, op verschillende momenten op de dag, eigenlijk net wanneer dhr. pijn heeft en dat kan ook in de nacht zijn. Zelf gaat dhr soms op de bank liggen om uit te rusten. (...)"*.

- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunten herhaald. Ter aanvulling heeft verzoeker aangevoerd dat hij met zijn familie in een heel klein huis woont. Het is niet zo dat de rest van de familie niets merkt van de beperkingen van betrokkene. Indien bijvoorbeeld het apneuapparaat 's nachts moet worden hersteld, merkt een groot deel van de familie dit.
Verzoeker heeft last van eczeem en met zijn korte armen kan hij niet goed zelf zijn hoofd insmeren. Ook de plakkers van het TENS-kastje kan hij niet zelf aanbrengen. Twee wijkverpleegkundigen kunnen dit bevestigen.
Weliswaar kon hij tijdens het huisbezoek de eczeemplekken en de plakkers van het TENS-kastje aanwijzen, maar dit is een momentopname geweest. Het komt regelmatig voor dat hij dit niet kan, omdat zijn situatie van moment tot moment wisselt.
- 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. Naar aanleiding van de eerste aanvraag voor het PGB vv heeft de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige. Uit dit contact is gebleken dat de zorgvraag van verzoeker voortkomt uit zijn verstandelijke beperking. Het gaat hierbij om het aansturen en stimuleren door zijn moeder gedurende de dag. Zijn lichamelijke beperkingen zorgen ervoor dat verzoeker af en toe moeilijkheden heeft met het reiken en dat hij kampt met gewrichtspijn. De hulp bij de Persoonlijke Verzorging komt echter voort uit de verstandelijke beperking, zodat deze dominant is in de zorgvraag van verzoeker.
De moeder van verzoeker heeft tijdens de met haar gevoerde gesprekken toegelicht dat verzoeker hulp nodig heeft bij het douchen, het aan- en uitkleden, het scheren en de reiniging na toiletgang. Deze zorgvraag is tevens besproken met de indicierend wijkverpleegkundige. Hierbij is ook gekeken naar artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar. De wijkverpleegkundige heeft toegelicht dat de gevraagde zorg kan worden geleverd door een gecontracteerde thuiszorgorganisatie. Er bestaat geen noodzaak voor een vaste zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag daarom afgewezen.
- 5.2. Naar aanleiding van de tweede aanvraag voor het PGB vv heeft een huisbezoek plaatsgevonden op 23 februari 2017. Voor zover hier van belang, zijn van het huisbezoek de volgende aantekeningen gemaakt: "(...) Tijdens ons huisbezoek is naar voren gekomen dat de zorgvraag, die [verzoeker] zelf omschrijft, betrekking heeft op het douchen, kleden, het TENS-apparaat, het apneu apparaat en het zalven in verband met eczeem. Meneer vertelt dat hij tijdens het bukken bij het douchen en aankleden last heeft van rugklachten (een stekende pijn). Ook lukt het douchen hem zelf niet omdat hij niet zelf zijn rug zou kunnen wassen en afdrogen. Bij het aankleden geeft [verzoeker] aan hulp nodig te hebben bij het aandoen van zijn sokken en schoenen. Hij vertelt dat hij de handelingen zoals zijn rug wassen en zijn sokken en schoenen aantrekken in principe zelfstandig kan uitvoeren, maar dat het dan lijkt alsof hij heel veel heeft gelopen qua pijn en vermoeidheid. Later in het gesprek vertelt hij nogmaals dat hij het wel kan maar dat het zwaar is. Daarnaast heeft hij hulp nodig bij het zalven in verband met eczeem. Hij geeft vervolgens zelf aan waar de eczeemplekken zich bevinden. Verzekerde kan zelf met zijn handen en vingers bij deze plekken op zijn achterhoofd en rondom zijn neusvleugels. De tante van [verzoeker] geeft hierbij aan dat hij de zalf niet goed uitsmeert. Bij navraag geeft [verzoeker] aan dat hij wel zelf zijn haren kan kammen, tanden kan poetsen en zich (op zijn sokken en schoenen na) zelf kan aankleden. Door de dag heen heeft hij geen hulp nodig bij het toiletbezoek of andere zaken. Verzekerde geeft aan geheel zelfstandig het toilet te kunnen bezoeken, nu deze is aangepast door de gemeente vanuit de Wmo (toiletpot op hoogte, beugels aan beide zijde[n] rondom toiletpot etcetera). Wanneer bijvoorbeeld glazen op de goede hoogte staan, kan hij zelf drinken pakken en inschenken. Verzekerde kan ook zelfstandig eten zonder hulpmiddelen. (...) [Verzoeker] vertelt dat hij het TENS-apparaat tweemaal per dag een half uurtje draagt, zowel in de ochtend als in de avond. De TENS-apparatuur wordt door zijn moeder aangebracht op het moment dat verzekerde in bed ligt (voor het opstaan en voor het slapen gaan). Hij laat zien waar deze pleisters geplakt moeten worden door met zijn handen zelf de juiste locatie op zijn rug aan te wijzen. [Verzoeker] vertelt dat de pleisters voor de elektrodes van de

TENS-apparatuur er na iedere TENS-behandeling worden afgehaald, omdat dit niet handig/fijn zou zijn tijdens het douchen. Het is bij [verzoeker], zijn moeder en zijn tante niet bekend dat de pleisters kunnen blijven zitten. Verder is er ten aanzien van de pijn geen gebruik van medicatie. (...) Naast het TENS-apparaat maakt [verzoeker] gebruik van een CPAP apparaat in verband met slaapapneu. (...) Op de vraag of de heer dit apparaat zelfstandig zou kunnen bedienen geeft hij aan dat hij dit zou kunnen en dat hij dit ook soms doet. (...) Tijdens het huisbezoek heeft [verzoeker] op verzoek van de medisch adviseur laten zien hoe hij gebruik maakt van het aangepast[e] toilet en van zijn aangepaste stoel. [Verzoeker] is zelfstandig van de trap naar beneden gekomen en is ook zelfstandig naar boven gegaan. Verzekerde loopt zonder loophulpmiddelen. [Verzoeker] vertelt dat hij ongeveer 100 meter kan lopen en dat hij dan moet rusten. Hij heeft aangepaste schoenen gehad, maar draagt deze momenteel niet meer. [Verzoeker] zit gedurende het huisbezoek ongeveer een uur op de bank naast zijn moeder. Hij kan zelfstandig op de bank gaan zitten en eraf komen. Dit geldt ook voor zijn aangepaste stoel. Verzekerde gaat zelfstandig naar de dagbesteding op zijn aangepaste fiets. (...) Ten aanzien van de zorgvraag is het begrijpelijk en bekend dat er sprake is van pijnklachten die de zelfzorg van [verzoeker] bemoeilijken. Lichamelijk gezien is de heer in staat om te reiken naar zijn tenen en de plekken waar hij zijn zelfzorg moet doen. Echter zijn er nog meerdere aanknopingspunten die er voor zorgen dat de heer zelfstandig kan worden en er wordt ook bevestigd door iedereen dat dit de bedoeling is. Het leren omgaan met pijn is van cruciaal belang in de situatie van [verzoeker]. Daarnaast is er wellicht de mogelijkheid om spieren en gewrichten te trainen en bijvoorbeeld met adviezen en tips van een ergotherapeut en/ of fysiotherapeut ervoor te zorgen dat het voor [verzoeker] gemakkelijker wordt om bijvoorbeeld zelfstandig bij zijn tenen te kunnen. Er is daarnaast geen sprake van onplanbare zorg aangezien de meeste zorgmomenten op vaste momenten op de dag zijn zoals in de ochtend douchen en na het werk douchen indien noodzakelijk. De assistentie van zijn moeder met betrekking tot huishoudelijke taken, zoals klaarmaken van de maaltijd etc. kan gezien worden als gebruikelijke zorg aangezien moeder dit ook voor haar andere volwassen (gezonde) kinderen doet en deze taak niet wil overlaten aan anderen. (...)"

- 5.3. Naar aanleiding van het huisbezoek is de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat verzoeker met de juiste ondersteuning en sturing in staat zou moeten zijn de ADL-zorg zelfstandig te kunnen uitvoeren. De ondersteuning en sturing bestaan met name uit het stimuleren tot ADL-zorg en training en adviezen hoe hij deze zorg het beste zou kunnen uitvoeren. De scheidslijn tussen de Wmo en de Zvw ligt volgens de informatiekaart 'afbakening Wmo en Zvw' van het Ministerie van VWS bij het hebben van behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop en het bieden van ondersteuning bij persoonlijke verzorging aan iemand met een verstandelijke handicap of psychiatrische aandoening. De zorgvraag van verzoeker komt voort uit een verstandelijke beperking en hoort daarom thuis bij de Wmo.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de eerste aanvraag is afgewezen omdat de zorgvraag voortkomt uit de verstandelijke beperking van verzoeker. Deze beperking zorgt ervoor dat hij aansturing en begeleiding nodig heeft. De 'normale' handelingen kan verzoeker zelf. De zorg die is aangevraagd, kan daarom niet worden geplaatst onder artikel 13 van de zorgverzekering. Lopende de procedure is echter een nieuwe aanvraag gedaan. Naar aanleiding hiervan heeft een huisbezoek plaats gevonden. Op basis van de bevindingen tijdens dit huisbezoek is vastgesteld dat verzoeker alleen aansturing nodig heeft. Ook is gebleken dat verzoeker het apneuapparaat zelf kan bedienen, en dat hij zowel de eczeemplekken als de plakkers van het TENS-kastje zelf kan aanwijzen. Het is de ziektekostenverzekeraar niet helder in welke vorm het door het Zorginstituut geadviseerde nader onderzoek zou moeten plaatsvinden. De enige optie is een huisbezoek en dit is al uitgevoerd.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 van 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 het PGB vv alsnog aan verzoeker 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 restitutiepols, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. (...)

Persoonsgebonden budget (pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website. (...)

Bijzonderheden

*1. De indicatie voor de verpleging en verzorging wordt gesteld door de verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland.
2. Als u vóór 1 januari 2015 een indicatie voor verpleging en verzorging hebt van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), dan blijft u zorg ontvangen van dezelfde zorgaanbieder. Dit betekent niet dat de zorg precies hetzelfde is als de zorg die u gewend was te ontvangen.”*

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' 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 verpleging en verzorging. U komt in aanmerking voor het pgb verpleging en verzorging als: (...)

2. u langdurig, d.w.z. langer dan één 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 verpleging en verzorging verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt o.a. in contracten afsluiten en controleren met zorgaanbieders 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 zorgaanbieders die u heeft gecontracteerd op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg."

8.5. Artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Hebt u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én kiest u er bewust voor om geen gebruik te maken van zorgaanbieders die door ons zijn gecontracteerd? Dan kunt u in aanmerking komen voor een pgb verpleging en verzorging. Hiermee kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb verpleging en verzorging.

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

8.6. Artikel 1.1 van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"U hebt recht op vergoeding van de kosten van zorg zoals omschreven in deze verzekeringsvoorwaarden als u op de zorgvorm naar inhoud en omvang redelijkerwijs bent aangewezen en als de zorgvorm doelmatig en doeltreffend is. (...)"

8.7. De artikelen 1.1 en 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.8. Artikel 11, eerste lid, onderdeel b, 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 vergoeding van de kosten van 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.

8.9. 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 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van Persoonlijke Verzorging in de vorm van een PGB vv. Alvorens wordt toegekomen aan de vraag of aanspraak bestaat op een PGB vv, dient te worden beoordeeld of verzoeker is aangewezen op Persoonlijke Verzorging ten laste van de zorgverzekering. Door verzoeker is in dit kader aangevoerd dat hij hulp nodig heeft bij de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL). De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk hiertegen ingebracht dat met name de verstandelijke beperking van verzoeker de reden is dat hij hulp krijgt bij de ADL, zodat hij geen (verzekerings)indicatie heeft voor Persoonlijke Verzorging, ten laste van de zorgverzekering. Nadien heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoeker in beginsel in staat is de ADL-zorg zelfstandig uit te voeren. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker verwezen naar de gemeente, omdat volgens hem aanspraak bestaat op de benodigde zorg ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Hierbij is door hem gewezen op de informatiekaart 'afbakening Wmo en Zvw' van het Ministerie van VWS.
- 9.3. Het Zorginstituut heeft op 31 maart 2017 nader onderzoek geadviseerd en op 19 juni 2017 desgevraagd toegelicht dat door de ziektekostenverzekeraar onvoldoende medisch is onderbouwd dat de beperkingen van verzoeker niet voortvloeien uit zijn lichamelijke aandoeningen of verstandelijke beperking. Dat geen sprake is van een lichamelijke beperking is niet beoordeeld door een medisch adviseur. De commissie volgt het Zorginstituut hierin niet. Uit de stukken blijkt dat bij het huisbezoek een medisch adviseur en een PGB-casemanager aanwezig waren zodat naar het oordeel van de commissie sprake is van een voldoende medische onderbouwing. Bij het huisbezoek is vastgesteld dat verzoeker moeite heeft met het zelf uitvoeren van ADL-activiteiten, maar dat deze moeilijkheid met name erin is gelegen dat hij niet weet hoe hij de activiteiten het beste kan uitvoeren, onder andere in verband met zijn pijnklachten. Fysiek is hij evenwel in staat de noodzakelijke handelingen te verrichten, en er wordt naartoe gewerkt dat hij in de toekomst volledig zelfstandig wordt. De behoefte bestaat dan ook vooral aan ondersteuning en sturing. Verzoeker heeft hetgeen tijdens het huisbezoek is vastgesteld, niet gemotiveerd weersproken. Zijn stelling dat hetgeen toen is vastgesteld een momentopname is, treft geen doel, aangezien door verzoeker niet aannemelijk is gemaakt dat de situatie op een ander moment anders is. De commissie concludeert daarom dat de zorgvraag van verzoeker niet ligt op het terrein van de zorgverzekering. De vraag of hij behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld, zoals omschreven in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar, en of door hem is voldaan aan de hiervoor geldende zorginhoudelijke criteria, zoals opgenomen in artikel 3 van genoemd reglement, kan daarom onbeantwoord blijven.
- 9.4. De commissie is niet bevoegd te beoordelen of verzoeker in het kader van de Wmo aanspraak heeft op de door hem benodigde begeleiding bij het uitvoeren van de Persoonlijke Verzorging.


Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt noch dekking voor Persoonlijke Verzorging noch voor begeleiding bij het zelf uitvoeren van deze zorg, 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, 5 juli 2017,



H.A.J. Kroon