



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. en OWM Centrale
Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A.,
beide te Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), toekenning

Zaaknummer : 201501860

Zittingsdatum : 10 februari 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

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

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (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 50+ 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 verzekering Tandarts Collectief is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

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 4 maart 2015 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 8 mei 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 5 augustus 2015 aan verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 1 september 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 november 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 november 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 24 november 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 21 januari 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 19 november 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 30 december 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015146717) de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat sprake is van planbare zorg, zodat niet is voldaan aan het bepaalde in artikel 3 van het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging van de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 februari 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Na de hoorzitting heeft de commissie de ziektekostenverzekeraar gevraagd met verzoekster een zogenoemd 'keukentafelgesprek' te voeren, en de commissie over de uitkomst hiervan te informeren. Bij brief van 11 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld alsnog over te gaan tot verstrekking van het PGB vv aan verzoekster. Bij brief van 17 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat de akkoordverklaring zal worden verlengd tot en met 31 december 2016. Verzoekster is gevraagd of hiermee het geschil is opgelost. Verzoekster heeft bij brief van 22 maart 2016 aan de commissie medegedeeld dat het geschil is opgelost.
4. Het standpunt van verzoekster
- 4.1. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) heeft op 19 januari 2015 bij verzoekster een indicatie gesteld voor persoonlijke verzorging Klasse 3, dat wil zeggen 4 tot 6.9 uur per week. Het CIZ heeft verzoekster medegedeeld dat de uitvoering van het PGB vv met ingang van 1 januari 2015 plaatsvindt door de ziektekostenverzekeraar.
- 4.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend, en hierop, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: *"Ik wil zo lang mogelijk, samen met mijn man, niet afhankelijk zijn van derden en geen/ zo weinig mogelijk professionele hulp in huis toelaten vanwege mijn verzwakt immuunsysteem. (...) De geïndiceerde zorg wordt al langere tijd door mijn man geleverd en de behoefte aan deze hulp zal blijven bestaan. Door opschuiven/uitbesteden met/van andere werkzaamheden in/rondom ons eigen huis kan en wil hij met een PGB zorgen voor continuïteit in deze zorg. Mijn man is er altijd! Ik heb hulp nodig en zal die nodig blijven houden bij:*
- *het mezelf wassen (bad en/of douche is geen optie meer)*
- *de intensieve verzorging van mijn fragiele huid*
- *het aan-/uitdoen van de steunkousen*
- *het aan-/uitkleden*
Onderbroken door hoest- en rustpauzes. (...)"

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen, omdat sprake zou zijn van planbare zorg, en professionele hulpverleners in staat zouden zijn rekening te houden met de extra problemen van verzoekster. Volgens verzoekster betreft het in haar geval echter geen planbare zorg. Het ochtendritueel begint pas op het moment dat verzoekster in staat is dit te ondergaan. Dit kan om 9 uur zijn, maar ook pas om 11 uur. Een en ander is afhankelijk van haar fysieke toestand, waarbij zij kortademig is met hoest- en rustpauzes als gevolg van COPD, zij te maken heeft met door rugpijn beperkte bewegingsmogelijkheden (osteoporose met gebroken ruggenwervels en een gevaar voor brekende ribben), toiletbezoeken moeizaam zijn in verband met colitis ulcerosa, en de wonden die verzorgd moeten worden complex zijn, gelet op trauma's in de fragiele/kwetsbare huid. Indien de wonden tussentijds lekken, worden het wondverband, de verband-/steunkous en de pantalon vervangen. In de avond wenst verzoekster zelf te bepalen hoe laat zij naar bed gaat. Professionele hulpverleners zijn vooralsnog voor verzoekster geen optie. Zij doen hun best, maar komen per dag op meerdere plaatsen bij zieke en/of afhankelijke mensen. Uit ervaring is verzoekster gebleken dat hygiëne bij deze hulpverleners niet op de eerste plaats komt. Zij zijn dragers van infectiebronnen en zijn daarmee een gevaar voor verzoekster. Zij heeft een risico op longinfecties en andere infecties vanwege aanwezige, slecht helende wonden.
5. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar
- 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 verzoekster met ingang van 1 januari 2015 de geïndiceerde zorg ontvangt via de ziektekostenverzekeraar.
- 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 PGB Verpleging & Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. 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 ziektekostenverzekeraar 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. Uit het indicatiebesluit van het CIZ blijkt dat verzoekster een indicatie heeft voor persoonlijke verzorging. Zij heeft toegelicht dat zij zorg nodig heeft die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep. Verder bestaat volgens haar een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die zij nodig heeft, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
- Verzoekster heeft hulp nodig bij het wassen en het aan- en uitkleden. Ook draagt zij steunkousen.



De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat bij verzoekster geen sprake is van vooraf slecht in te plannen zorg. De zorg die zij nodig heeft, kan op vaste tijden plaatsvinden. Verder kunnen professionele zorgaanbieders ook rekening houden met de bestaande problematiek. De zorgvraag voldoet hiermee niet aan de voorwaarden voor een PGB vv. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoekster graag lang zelfstandig wenst te blijven. De zorg die zij nodig heeft, is echter niet dermate specifiek dat het noodzakelijk is dat deze wordt verleend door een vaste zorgverlener.

- 
- 
- 
- 
- 5.4. Hoewel de ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoekster liever geholpen wil worden op een door haar gewenste tijdstip, betekent dit niet dat de zorg ook zorginhoudelijk op wisselende tijdstippen moet plaatsvinden. Daarbij gaat de ziektekostenverzekeraar ervan uit dat met de thuiszorginstelling afspraken kunnen worden gemaakt waarbij rekening wordt gehouden met de persoonlijke wensen. Als verzoekster meestal tussen 9 en 11 uur wakker is, zou zij kunnen afspreken dat de zorgverlener om 11 uur komt. Dan zou zij hoogstens wat langer in haar nachtkleding rondlopen. Verder geldt met betrekking tot de huidverzorging dat onder persoonlijke verzorging alleen valt de verzorging van de huid in de volgende situaties:
- inspectie van de intacte huid op (dreigende) vervormingen, ontstekingen en/of infecties;
 - zalven van de intacte huid;
 - verzorging van smetplekken (roodheid en irritaties van de huid);
 - verzorging van de intacte huid rondom natuurlijke en onnatuurlijke lichaamsopeningen.
- Niet duidelijk is of de door verzoekster genoemde zorg onder één van de genoemde situaties valt. Mogelijk is hier sprake van verpleging. Hiervoor is echter geen indicatie afgegeven.

- 
- 
- 5.5. Bij brief van 11 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard het PGB vv alsnog aan verzoekster toe te kennen. Bij brief van 17 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat de akkoordverklaring zal worden verlengd tot en met 31 december 2016.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering en 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 gehouden is het PGB vv alsnog aan verzoekster toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Beoordeling van het geschil

- 
- 8.1. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar het PGB vv alsnog aan verzoekster heeft toegekend, dat de akkoordverklaring is verlengd tot en met 31 december 2016, en dat hiermee het geschil is opgelost.

- 
- 
- 
- 8.2. Aangezien de ziektekostenverzekeraar verzoekster lopende de procedure tegemoet is gekomen, is hij gehouden haar het entreegeld van € 37,-- 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 ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster dient te vergoeden.

Zeist, 6 april 2016,



A.I.M. van Mierlo

