



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Delta Lloyd Zorgverzekering
N.V. te Tilburg

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

Zaaknummer : 201502774

Zittingsdatum : 2 maart 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (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

Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. te Tilburg, 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 basis van de Delta Lloyd Zorgverzekering Natura (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 Delta Lloyd Extra 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).

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 20 april 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 3 september 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 4 november 2015 aan verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 10 november 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 7 januari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 januari 2016 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 15 januari 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 februari 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Bij brief van 8 januari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 februari 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016004367) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten, omdat op basis van de aanwezige stukken niet kan worden beoordeeld of verzoekster voldoet aan de voorwaarden van artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging'. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is 4 februari 2016 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 op dit verzoek niet gereageerd.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 maart 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Na de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar een zorgverlener ingeschakeld die bij verzoekster op huisbezoek is geweest, teneinde een nieuwe indicatie te stellen. Bij e-mailbericht van 23 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat de hernieuwde indicatiestelling niet heeft geleid tot een ander standpunt. Een afschrift van dit stuk is aan verzoekster gezonden, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij e-mailbericht van 10 april 2016 heeft verzoekster gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.12. Bij brief van 12 april 2016 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 21 april 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht, inhoudende dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet kan worden geobjectiveerd dat verzoekster zowel planbare als onplanbare overname van taken nodig heeft op het gebied van de persoonlijke verzorging en toediening van medicatie. Een afschrift van dit advies is op 22 april 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 26 april 2016 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft sinds enige tijd een PGB vv, waarvan de indicatie afliep op 2 mei 2015. Zij heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor verlenging van het PGB vv. De indicierend verpleegkundige heeft ten aanzien van verzoekster verklaard: "(...) *Mevrouw is niet in staat om zelfstandig haar steunkousen aan en uit te krijgen, ten gevolge van heftige pijnklachten die zich uiten in krachtsvermindering in de armen en handen. - Mevrouw krijgt in verband met oedeem in de benen, dagelijks hulp haar steunkousen aan- en uittrekken. (...) Mevrouw is niet in staat regie te voeren over haar eigen medicijnen, ten gevolge van een taal barrière en algehele malaise, die zich uiten in een gebrek aan overzicht en inzicht. - Mw. krijgt twee maal daags haar medicijnen aangereikt. (...) Mevrouw is niet in staat zich zelfstandig te verzorgen, ten gevolge van rug- en nekklachten met een onbekende neurologische oorzaak, met heftige pijn als gevolg. - Mevrouw krijgt hulp bij het uit bed komen, douchen/wassen, kleden, toiletgang en uiterlijke verzorging door 1 persoon. (...)*".

- 4.2. De zorg die verzoekster ontvangt is niet goed in te plannen. Zij kampt al jaren met hevige pijn in haar onderrug, slijtage aan de wervels, een hernia, geheugenverlies en andere kwalen, waardoor zij is beperkt en acuut hulp nodig kan hebben die gedurende 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn op afroep. Soms duurt de pijn een aantal weken. Zij kan niet altijd zelfstandig uit bed komen, naar het toilet en de badkamer gaan. Het is diverse keren gebeurd dat verzoekster in het midden van de nacht van haar bed is gevallen. Ook valt zij vaak bij het lopen. De zorg die zij dan nodig heeft is niet in te plannen. Verder heeft verzoekster behoefte aan een vaste zorgverlener, die haar specifieke zorg kan geven op het moment dat zij deze nodig heeft. Verzoekster spreekt niet zo goed Nederlands en kan om die reden vaak niet goed uitleggen wat zij voelt en nodig heeft. De zorgverleners kunnen verzoekster niet goed uitleg geven over de handelingen, adviezen en medicijnen die zij van haar behandelend specialisten krijgt voorgeschreven.
- 4.3. In het verleden heeft verzoekster zorg ontvangen van een zorginstelling. Dit werkte niet goed. Haar zoon moest voortdurend telefonisch contact opnemen met de instelling om afspraken te maken, verzetten of annuleren. Ook lukte het vaak niet om zorgverleners te regelen op het moment dat verzoekster de hulp nodig had. Uiteindelijk is aan verzoekster een PGB vv verstrekt, en de zorg wordt sindsdien naar volle tevredenheid ingekocht bij een vaste zorgverlener die de taal van verzoekster verstaat.
- 4.4. Ter zitting is namens verzoekster aangevoerd dat zij voldoet aan alle vier de voorwaarden voor een PGB vv, terwijl slechts aan één voorwaarde hoeft te zijn voldaan. Zij heeft drie keer per week zorg nodig op wisselende momenten, zoals wordt bevestigd door de wijkverpleegkundige. De zorgbehoefte zal er zeker gedurende vijf jaar zijn. Voorts heeft verzoekster gedurende 24 uur per dag zorg nodig. Zij valt vaak uit bed en heeft pijnklachten. Vanwege de pijnklachten is de zorg niet planbaar. Er zijn ook problemen met de inname van medicatie en het vervoer naar de fysiotherapeut en het ziekenhuis. De zoon van verzoekster woont in de buurt. Dit geldt ook voor een kennis van verzoekster, die haar taal spreekt en direct oproepbaar is. De zoon van verzoekster is dag en nacht beschikbaar. Een instelling is dit niet.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Uit de aanvraag volgt dat verzoekster veel lichamelijke klachten heeft, waaronder pijnklachten als gevolg van slijtage aan de nek en rug, klachten door de vervanging van haar knie, depressieve klachten en vergeetachtigheid. De problemen met de thuiszorginstelling ontstonden vooral doordat de zoon van verzoekster steeds moest worden ingeschakeld om met hen te communiceren. De ziektekostenverzekeraar heeft contact gehad met de indicierend verpleegkundige. Zij lichtte toe dat moeilijk is te objectiveren dat verzoekster 16 uur persoonlijke verzorging per week nodig heeft. Dat zij niet zelfstandig naar het toilet zou kunnen gaan, is bijvoorbeeld niet de herleiden uit haar medische gegevens. Echter, zelfs indien deze zorg in de aanvraag wordt meegenomen, is sprake van zorg die goed planbaar is, zodat deze is uit te voeren door de thuiszorgorganisatie. Ook toiletbezoek moet als planbaar worden beschouwd, tenzij sprake is van een bijzondere medische situatie betreffende de toiletgang, hetgeen in dit geval niet is gebleken.
- 5.2. Het is niet aannemelijk dat verzoekster redelijkerwijs geen zorg zou kunnen ontvangen van een thuiszorgorganisatie. Over de door haar benodigde zorg zijn goede afspraken te maken. Het bestaan van een taalbarrière is vervelend, maar vormt zorginhoudelijk geen aanleiding een PGB vv te verstrekken. Omdat de afhandeling van de klacht een lange tijd heeft geduurd, heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn heroverweging van 3 september 2015 besloten het PGB vv eenmalig te verlengen naar 30 september 2015, zodat verzoekster de mogelijkheid krijgt zich op de nieuwe situatie in te stellen.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoekster verantwoordelijk is voor het aanleveren van de medische informatie. Het Zorginstituut denkt hier kennelijk anders over.

De ziektekostenverzekeraar baseert zich op informatie van de wijkverpleegkundige. Er is een indicatie voor zestien uur per week, en dat is niet 24 uur per dag. De indicatie zou zijn gesteld op aangeven van de zoon van verzoekster, aangezien zij de Nederlandse taal niet machtig is. Er is een zorgarrangement samengesteld. De onderdelen daarvan zijn planbaar, zodat de zorg in natura kan worden geleverd. Dit geldt ook voor het toiletbezoek. Als er een indicatie is kan tot negen keer per dag toiletbezoek in natura worden geleverd. Bovendien wordt gesteld dat verzoekster de ene dag wel zelf het toilet kan bezoeken en de andere dag niet. Er kunnen dus vraagtekens worden gezet bij de indicatie.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog aan verzoekster toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1. tot en met B.26. van de zorgverzekering.

8.3. Artikel B.26. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op wijkverpleging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Zorg: waar hebt u recht op?”

De zorg omvat verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering of een hoog risico op die zorg.

De zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement. (...)

Algemeen

In bepaalde gevallen kunt u voor wijkverpleging ook een PGB (Persoons Gebonden Budget) aanvragen bij ons. In het Reglement PGB Verpleging & Verzorging, wat deel uit maakt van deze verzekeringsvoorwaarden leest u daar meer over. (...)

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

"Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb vv. U komt in aanmerking voor het pgb vv als: (...)

2. U langdurig, 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 vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt o.a. in contracten afsluiten en controleren met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten;
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw wettelijk vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap.
- dat u in staat bent de zorgverleners die u heeft gecontracteerd op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg."

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' 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 zorgverleners die door ons zijn gecontracteerd? Dan kunt u in aanmerking komen voor een pgb vv. Hiermee kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb vv. Hierbij moet uw zorgvraag aansluiten bij een of meer van de volgende voorwaarden:

- u hebt vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- u hebt zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
- u hebt zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- er is een noodzaak voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

- 8.6. Artikel B.26. van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel A.2.4. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.7. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Verpleging en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv.

Het PGB was ten tijde van het geschil als zodanig niet bij wet geregeld.

- 8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.

De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.
- 9.2. Hoewel verzoekster naar eigen zeggen de Nederlandse taal onvoldoende beheerst, terwijl voorts niet is gebleken van een wettelijk vertegenwoordiger, zodat de vraag rijst of zij behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging', heeft de ziektekostenverzekeraar zich niet erop beroepen dat door verzoekster niet wordt voldaan aan de in dat artikel gestelde voorwaarden. Zodoende zal de commissie zich bij de beoordeling beperken tot de vraag of is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoekster ontvangt bestaat uit hulp bij het aan- en uittrekken van steunkousen, het aanreiken van medicijnen, het uit bed komen, douchen/wassen, aan- en uitkleden en uiterlijke verzorging. Dit betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen.
Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft, dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Het niet of slecht beheersen van de Nederlandse taal vormt geen zorginhoudelijke noodzaak.
- 9.4. Met betrekking tot het door verzoeker gestelde aangaande het toiletbezoek, merkt de commissie het volgende op. Het enkele feit dat al dan niet regelmatig het toilet moet worden bezocht is inherent aan de menselijke natuur en in die zin niet onderscheidend als het gaat om de vraag of dit onderdeel van de zorg al dan niet planbaar is. Indien geen indicatie is gesteld voor 24-uurs zorg, is daartoe in de eerste plaats vereist dat het toiletbezoek deel uitmaakt van de indicatiestelling door de verpleegkundige. Voor zover aan deze eis is voldaan heeft verder te gelden dat sprake moet zijn van bijzondere omstandigheden die gelegen zijn in de persoon zelf – waarbij met name kan worden gedacht aan problemen met de urinelozing of de ontlasting – dan wel de sociale context van betrokkene, zoals bijvoorbeeld het ontbreken van ondersteuning door mantelzorg.
In dit geval vormt het toiletbezoek weliswaar onderdeel van de indicatiestelling, maar is niet gebleken van voornoemde bijzondere omstandigheden, zodat niet kan worden gesproken van niet-planbare zorg.
Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 mei 2016,



H.A.J. Kroon

