



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen IZZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201503455
Zittingsdatum : 6 juli 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: verzoeker,

tegen

IZZ Zorgverzekeraar N.V. 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 grond van de IZZ Basisverzekering, variant Natura (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZZ Zorg voor de Zorg en Extra 3 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 27 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 december 2015 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, gedateerd 22 februari 2016, ontvangen op 23 februari 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 18 april 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 april 2016 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 26 april 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 1 juli 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 21 april 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 3 mei 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016052481) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd door de ziektekostenverzekeraar nader onderzoek te laten verrichten naar de indicatie van verzoekster voor het PGB vv. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 4 mei 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 17 mei 2016 op dit verzoek gereageerd, en hierbij medegedeeld bij zijn eerdere standpunt te blijven. Een afschrift van deze reactie is op 20 mei 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 juli 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 7 juli 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies.
Bij brief van 28 juli 2016 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut heeft bij die gelegenheid geadviseerd het verzoek af te wijzen, op de grond dat geen objectieve medische informatie beschikbaar is gekomen die inzicht geeft in de vraag waarom de zorg die verzoeker aanvraagt niet planbaar is. Een afschrift van dit advies is op 8 augustus 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op het definitief advies te reageren. Verzoeker heeft op 10 augustus 2016 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"Daar ik nu en al enige jaren de zorg inkoop via een PGB. Degene die voor mij mijn zorg behandelt kent mij en mijn nukken en zo blijf ik vrij om te gaan en staan waar mogelijk. Zolang het leven ons toestaat willen wij graag reizen, op deze reizen kan ik moeilijk een thuiszorgorganisatie mee nemen. Zeker als dit reizen naar het buitenland betreft. (...) De geïndiceerde zorg wil ik graag regelen zoals ik dit al jaren doe, het past het best bij onze leef gewoonte en reislustigheid. (...) Mijn zorgaanbieder is altijd bij mij. (...)"*.
- 4.2. Verzoeker heeft een indicatie voor zes uren Persoonlijke Verzorging per week, welke zorg aan hem wordt verleend door zijn echtgenote. Hij gaat graag samen met zijn echtgenote op stap, waaronder met de caravan door Europa. Ook heeft hij een vakantie samen met vrienden en familie doorgebracht. Verder bezoekt verzoeker graag concerten en het theater. Deze bezigheden zorgen ervoor dat de zorg slecht is in te plannen. Verzoeker voelt enige gêne indien hij zich voor verschillende zorgverleners, die afkomstig zijn uit zijn woonwijk of directe omgeving, moet ontkleden. Bovendien is bij het aantrekken van zijn steunkousen, die tot zijn lies reiken, specifieke kennis nodig om deze op de juiste wijze op zijn plaats te krijgen en te houden. Deze steunkousen worden door de leverancier zeer beperkt verstrekt, en mogen derhalve worden gerekend tot de "specifieke (eigen) hulpmiddelen".

Volgens het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar bestaat aanspraak op een PGB vv als meer dan drie maal per week zorg nodig is op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties, de zorg vooraf slecht is in te plannen omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep. Deze punten sluiten volgens verzoeker naadloos aan op zijn situatie. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker, na een bezoek aan bijvoorbeeld het theater, geen rekening wenst te houden met een thuiszorgorganisatie die 's avonds komt om hem te verzorgen, snijdt geen hout. De zorg is in het leven geroepen om patiënten zo lang mogelijk zelfstandig te laten blijven, en niet om thuiszorgorganisaties in stand te houden, aldus verzoeker.

4.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat het hem verbaast dat de ziektekostenverzekeraar het verzoek voor het PGB vv heeft afgewezen, omdat hij het PGB vv vijf jaar lang heeft gehad. De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld volgens de regels van de ziektekostenverzekeraar, en nu wijst deze het af, omdat de zorg planbaar is. Verzoeker heeft onlangs een reis van zeven weken over de Balkan gemaakt, en dan is het niet mogelijk de zorg in te huren zoals de ziektekostenverzekeraar stelt. Verzoeker is van mening dat de overheid deze mogelijkheden biedt om de zelfstandigheid te behouden.

4.4. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Om aanspraak te kunnen maken op een PGB vv, waarmee verzoeker zelf zijn zorg kan inkopen, moet zijn voldaan aan de voorwaarden zoals omschreven in het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar. Gelet op artikel 3 van dit reglement bestaat aanspraak in de volgende situaties:

- de verzekerde heeft vaak 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 op 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 de verzekerde nodig heeft, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 december 2015 telefonisch contact gehad met de indicerend wijkverpleegkundige van verzoeker. Naar aanleiding hiervan zijn de volgende aantekeningen gemaakt: *"Dhr. heeft 2 kunstknieën en hierdoor oedeem in de benen. Ook staat zijn knie 25 graden naar buiten gedraaid waardoor hij zijn been niet goed meer kan buigen. Hierdoor heeft hij hulp nodig bij de persoonlijke verzorging. (...) De zorg die de verpleegkundige heeft geïndiceerd is ochtend- en avondzorg: Aan/uittrekken steunkousen, wassen, afdrogen van de onderbenen en voeten, aan/uittrekken van de schoenen en sokken. De geïndiceerde zorg is goed in te plannen op de dag. Dhr. is echter erg reislustig en vindt zijn zorg moeilijk te plannen i.v.m. de vele vakanties. Daarnaast gaat hij graag naar theater en wil dan geen rekening houden met een thuiszorgorganisatie die 's avonds nog voor de verzorging komt. Dit zijn wensen van dhr., hier is geen medische noodzaak voor. Het is een wens van dhr. om door zijn partner verzorgd te worden. Hier is echter geen medische noodzaak voor. (...)".*

De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden van artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Daarom is de aanvraag voor het PGB vv afgewezen.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat het PGB met ingang van 1 januari 2015 is overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Vorig jaar gold nog een overgangsregeling. Bij een nieuwe aanvraag moet worden gekeken of er recht bestaat op een PGB vv ten laste van de Zvw. Van toepassing is artikel 13 van de voorwaarden van de zorgverzekering, waarin wordt verwezen naar het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van

de ziektekostenverzekeraar. Er bestaat recht op een PGB vv als zorg nodig is op wisselende tijdstippen en op wisselende locaties, of de zorg moet slecht in te plannen zijn, bijvoorbeeld omdat deze nodig is op wisselende tijden en locaties. De voor verzoeker geïndiceerde zorg betreft zes uren Persoonlijke Verzorging per week. De noodzakelijke zorg is planbaar en uit te voeren door een thuiszorgorganisatie. Het is geen zorg die op wisselende tijdstippen nodig is of die 24 uur per dag op afroep beschikbaar moet zijn. Omdat niet aan de voorwaarden is voldaan, is het PGB vv afgewezen.

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 10 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 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 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 11 en 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 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. (...)

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 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2.8 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. Niet in geschil is dat verzoeker behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar. 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 verzoeker ontvangt bestaat uit hulp bij het aan- en uittrekken van steunkousen, het wassen, het afdrogen van de onderbenen en voeten en het aan- en uittrekken van de schoenen en sokken. 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, mede gelet op de gestelde indicatie voor Persoonlijke Verzorging van zes uren per week. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft, dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. De (extra lange) steunkousen van verzoeker vallen hieronder niet. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van zijn echtgenote, betekent dit niet dat formele zorgverleners geen rekening kunnen houden met zijn problematiek en de gevolgen hiervan, onder andere tot uitdrukking komend in de plaats waar en het tijdstip waarop de zorg is benodigd. Met betrekking tot theater- en concertbezoeken geldt dat in die gevallen afspraken kunnen worden gemaakt met de thuiszorgorganisatie over het tijdstip van de te verlenen zorg. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd, met name ten aanzien van zijn reislust en de gêne die hij heeft ten opzichte van zorgverleners uit zijn woonwijk of directe omgeving, kan niet leiden tot een andere uitkomst. Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 september 2016,

H.A.J. Kroon