



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201601319
Zittingsdatum : 25 januari 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(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,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
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 grond van de verzekering Basis Zeker (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 Aanvullend drie sterren 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 Aanvullend Tand één ster is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

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). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 6 mei 2015 en 26 mei 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 29 juni 2016 aan verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 14 september 2016 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 november 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 november 2016 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 december 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 3 januari 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens 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 2 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 20 december 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016135202) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit de informatie in het dossier niet blijkt dat de zorg voor verzoekster niet planbaar is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 23 december 2016 aan partijen gezonden.
-  3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 25 januari 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.11. Bij brief van 31 januari 2017 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. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 7 februari 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht:
"Vanwege wisselende tijdstippen en nabijheid zorgverleners. (...) Er is hulp nodig bij opstaan/aankleden/wassen/op bed gaan op alle dagen van de week de geboden zorg moet daarom een flexibel karakter hebben. (...)".
-  4.2. Verzoekster ontvangt al jarenlang een PGB vv. Met ingang van 1 januari 2015 is het PGB vv overgegaan van het Zorgkantoor naar de ziektekostenverzekeraar. Omdat verzoekster eind 2014 nog niets had vernomen, heeft zij contact opgenomen met het Zorgkantoor. Inmiddels had zij ook te maken met ouderdomsklachten, waaruit een extra zorgbehoefte voortvloeide. De vraag aan het Zorgkantoor was dan ook hoe zij voortaan een PGB vv zou ontvangen. Met de mededeling dat een en ander zou overgaan naar de ziektekostenverzekeraar, was een deel van de bezorgdheid van verzoekster weggenomen.
-  4.3. Eerst zes maanden later ontving verzoekster een budget via de ziektekostenverzekeraar. Zij moest wel om een herindicatie vragen van een wijkverpleegkundige, aan welk verzoek verzoekster heeft voldaan. Op de bij de ziektekostenverzekeraar ingediende aanvraag volgde echter een afwijzing. Verzoekster heeft hierna maandenlang getracht met de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact te krijgen omtrent de afwijzing. Daarna is de klachtenprocedure gevolgd, waarop enkel afwijzingen volgden. De ziektekostenverzekeraar lijkt zich hierbij nog te baseren op informatie uit het verleden, terwijl de problematiek van verzoekster intussen is verergerd. Aangezien verzoekster jarenlang de regie heeft kunnen behouden, en nog steeds een PGB vv mogelijk is, ziet zij niet in waarom zij zich zou moeten overgeven aan de "grillen" van derden.

-  4.4. De ziektekostenverzekeraar noemt ook de mogelijkheid van mantelzorg. Onduidelijk is echter wat hieronder wordt verstaan. Het lijkt erop dat hiermee slechts wordt bedoeld dat een deel van de gemaakte kosten onbetaald blijft. Verzoekster acht dit in strijd met de redelijkheid en billijkheid.
-  4.5. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat niet de juiste overeenkomst is afgesloten met de ziektekostenverzekeraar. Zij licht toe dat zij eind 2014 heeft uitgezocht hoe het verder zou gaan. Er werd haar gezegd dat zij hierover eind 2014 bericht zou ontvangen. Dit bericht kwam echter niet. In 2015 heeft zij gebeld met de ziektekostenverzekeraar. Het antwoord was onduidelijk, en het idee bestond dat men bij het zorgkantoor zou kunnen blijven. Er is sprake geweest van een amendement en invoering van artikel 13a Zvw. Verzoekster heeft gedurende 24 uur per dag een probleem en de zorg is daarom niet planbaar. Haar zoon is intussen zeer bedreven in de zorgverlening.
-  4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
-  5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft op basis van coulance aan verzoekster een PGB vv toegekend tot 9 december 2015, zodat het onderhavige geschil zich toespitst op de periode daarna. Met verzoekster is een zogenoemd 'Bewust Keuze Gesprek' gevoerd. Hieruit is naar voren gekomen dat verzoekster posttraumatische dystrofie heeft in haar arm en been. Daardoor heeft zij in de ochtend hulp nodig bij de ADL. De zoon van verzoekster is de zorgverlener, en hij woont nog bij zijn ouders thuis. De overige zorg wordt door de partner van verzoekster geleverd.
-  5.2. De zorgvraag van verzoekster sluit niet aan bij de voorwaarden van artikel 3 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging'. De zorg die verzoekster nodig heeft, kan op vaste tijden worden verleend, zodat deze vooraf is in te plannen. Er is geen medische noodzaak voor zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep. Ook is er geen medische noodzaak voor een vaste zorgverlener die specifieke zorg verleent, en maakt verzoekster geen gebruik van specifieke hulpmiddelen. Om die reden is de aanvraag voor het PGB vv afgewezen.
-  5.3. Verzoekster heeft aanspraak op zorg in natura. Hiertoe kan zij contact opnemen met een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. De zorgaanbieder maakt een zorgplan, waarin afspraken staan over het moment en de aard van de zorg, de omvang hiervan en de soort zorg die wordt geleverd. Ook wordt hierin vastgelegd of sprake is van mantelzorg, en welke afspraken met de mantelzorger zijn gemaakt.
-  5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat wordt getoetst aan de polis en het reglement. In artikel 3 van het reglement is bepaald dat geen recht bestaat op een PGB vv als de zorg planbaar is. In november is hierover gebeld met de wijkverpleegkundige. Hieruit kwam naar voren dat het ADL-hulp betreft die planbaar is. Het betreft geen 24-uurs zorg. De indicatie ziet op zeven uren per week. De ziektekostenverzekeraar onderschrijft het advies van het Zorginstituut.
-  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 artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' 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 aan verzoekster het PGB vv alsnog 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 combinatienpolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 39 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

- 
- 8.3. Artikel 28 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"In artikel 16, 17 en 29 van de 'Aanspraken en vergoedingen Basis Zeker' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving aanspraak op verpleging en verzorging.

U heeft aanspraak op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan heeft u alleen aanspraak als er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:

- 
- 
- a. sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of*
b. 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.



Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (PGB) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Achmea Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons aanvragen.



De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor aanspraak



Een wijkverpleegkundige (niveau 5) moet een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Dit wordt samen met u uitgewerkt in een zorgplan. In het zorgplan wordt onder andere een onderverdeling vastgesteld in het aantal uur verzorging en aantal uur verpleging.



Waar u (volgens dit artikel) geen aanspraak op heeft

- 
- a. (...)*
b. U heeft geen aanspraak op verpleging en verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op verzorging en verpleging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)."

- 8.4. Artikel 2 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' 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, dat wil zeggen langer dan 1 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 onder andere in contracten afsluiten 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 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' luidt:

"Om voor een pgb vv in aanmerking te komen:

1) Heeft u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden nodig én

2) Moet u behoren tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én

3) Moet u er bewust voor kiezen om geen gebruik te maken van zorgverleners die door ons zijn gecontracteerd. Met dit pgb vv 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 28 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' zijn volgens artikel 1.1 van de 'Algemene Voorwaarden' 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 onderhavige 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. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster behoort tot de in artikel 2 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' genoemde doelgroep. Rest de vraag of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoekster ontvangt bestaat uit hulp bij het opstaan en naar bed gaan, het aankleden en het wassen. Dit betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan plaatsvinden. 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 door de wijkverpleegkundige gestelde indicatie van zeven uren per week. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van haar familieleden, zodat zij flexibel is in de tijdstippen en plaatsen waarop zij deze zorg ontvangt, betekent dit niet dat een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverlener van een thuiszorgorganisatie geen rekening kan houden met haar problematiek en wensen.
Het voorgaande leidt ertoe dat verzoekster geen aanspraak heeft op het PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.
Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd, met name ten aanzien van haar ervaringen met het PGB vv onder de AWBZ, het willen behouden van de regie en de inzet van mantelzorg, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet ten laste 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, 22 februari 2017,

P.J.J. Vonk