



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en
Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), zelfstandig beheer, indicatie
Zaaknummer : 201600272
Zittingsdatum : 14 september 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)



(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 Basispolis Basic (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 Optimaal Aanvullend 3 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 14 december 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 15 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 e-mailbericht van 11 april 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 20 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 juni 2016 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 juli 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 september 2016 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. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.

3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 september 2016 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Bij de ziektekostenverzekeraar is namens verzoekster het "Formulier indicatie en herindicatie" ingediend. Hierop is, voor zover hier van belang, het volgende vermeld: *"Bekend met rheumatische artritis, waarbij mw. met name klachten ervaart in de mobiliteit en motoriek. Elke beweging kost mw. inspanning en doet pijn. Heeft een rollator voor binnen/buitenshuis. Handsen staan door rheuma iets gebogen, waardoor zij niet makkelijk iets kan vasthouden. Vgs zoon helpt fysiotherapie niet meer. Mw. draagt tenalady daar zij niet altijd op tijd bij het toilet is, 3x dgs extra ondersteuning. Zoon geeft aan dat mw. vergeetachtiger wordt, weet soms niet meer welke dag het is. Medicatie wordt 2x daags aangereikt (...) advies uitzetten in Medicijndoos, de verwachting is dat mw. dit ook zal vergeten. (...) Cliënt is sinds 2009 weduwe, en is volgens zoon sinds die tijd nog meer in zichzelf gekeerd. Zij heeft geen behoefte aan contacten buiten haar eigen familie, komt sinds 2012 niet meer zelfstandig buiten. Mw. spreekt niet tot nauwelijks Nederlands en is analfabeet. Uitwonende kinderen ondersteunen mw. binnen hun mogelijkheden, hebben echter zelf hun werk/gezin. Mw. kiest voor PGB omdat zij graag geholpen wordt door mensen met dezelfde culturele achtergrond en die haar taal spreken, mw. vindt deze zorg bij haar familie. (...)"*.

4.2. Verzoekster heeft sinds 2009 de beschikking over een PGB, hetgeen ervoor heeft gezorgd dat zij zelfstandig is kunnen blijven wonen. Verzoekster heeft zorg nodig die niet vooraf is in te plannen. De zorg vindt vaak plaats op wisselende, ongebruikelijke en onverwachte tijdstippen. Met haar zorgverlener is zij overeengekomen dat hij voor de zorg 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om hulp bij het uit bed komen, verschonen van het bed, en het douchen van verzoekster indien zij zich heeft bevuild met urine of ontlasting. Vaak lukt het haar niet zelfstandig naar het toilet te gaan, onder andere als gevolg van reuma. Verzoekster is slecht ter been en valt regelmatig. Na een val kan zij niet zelfstandig opstaan, zodat zij op een dergelijk moment dringend hulp nodig heeft van haar zorgverlener. Vanwege het feit dat verzoekster de Nederlandse taal niet of nauwelijks beheerst en zij analfabeet is, kan zij aan een derde niet uitleggen waar haar behoefte aan zorg ligt. Hierdoor ontstaan problemen bij het leveren van de zorg. Verzoekster heeft dan ook een vaste zorgverlener nodig. Verzoekster heeft in het verleden slechte ervaringen gehad met de thuiszorg, waardoor haar vertrouwen is beschaamd. Het gaat daarnaast om soms intieme handelingen, die enkel kunnen worden verricht door een zorgverlener die verzoekster vertrouwt.

4.3. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij al jaren een PGB vv heeft vanwege haar medische situatie. Op een gegeven moment is een verlenging aangevraagd, en toen is er een wijkverpleegkundige langsgekomen. Er was toen een zoon aanwezig die niet zo goed op de hoogte is van het PGB vv. De wijkverpleegkundige heeft vervolgens gerapporteerd dat verzoekster alleen

maar op bepaalde momenten zorg nodig heeft, maar dat is niet het geval. Zij valt vaak en heeft dan ook zorg nodig. Verzoekster kan wel zorg in natura krijgen, maar dit wil zij niet, omdat zij zelf wil bepalen wie er in haar huis komt en wie de zorg moet verlenen.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Ingevolge artikel 2 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' moet de verzekerde in staat zijn op eigen kracht of met behulp van een wettelijk vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden, op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in dat contracten moeten worden afgesloten met zorgverleners, en dat taken moeten worden verricht zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters en het toezicht houden op de nakoming van zorgovereenkomsten. Verzoekster is analfabeet en beheerst de Nederlandse taal niet. Zij kan door de taalbarrière en cultuurverschillen niet aan derden uitleggen waar de behoefte aan zorg is, waardoor problemen ontstaan met de zorgverlening. Gelet op de beperkingen van verzoekster, het niet beheersen van de Nederlandse taal en het feit dat zij geen wettelijk vertegenwoordiger heeft, is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat niet is voldaan aan de vereisten van artikel 2 van het reglement.

5.2. Voor zover artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar aan de orde is, geldt dat niet is gebleken dat verzoekster zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen. Er is geen medische noodzaak voor zorg die 24 uur per dag beschikbaar moet zijn. Ook is er geen medische noodzaak voor een vaste zorgverlener. De zorg die verzoekster nodig heeft, is goed planbaar. Verzoekster heeft recht op zorg in natura, die wordt geleverd door zorgverleners die door de ziektekostenverzekeraar daartoe zijn gecontracteerd. Dit geldt ook voor de hulp bij de toiletgang. Hiervoor zijn tevens hulpmiddelen beschikbaar waarvan verzoekster gebruik kan maken, waaronder een postoeel. Verder blijkt uit de aanvraag niet dat er een noodzaak is voor het acuut verschonen en douchen vanwege urine en ontlasting. De gecontracteerde zorgaanbieders houden ook rekening met de taal die iemand spreekt.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de eisen voor het PGB vv zijn vastgelegd in de artikelen 2 en 3 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Gelet op de beperkingen van verzoekster en het feit dat zij de Nederlandse taal niet beheerst, is niet gebleken dat zij het PGB vv zelf kan beheren. Ook is geen sprake van een wettelijk vertegenwoordiger. Voor zover het gaat om de inhoud van de zorg, geldt dat is gebleken dat deze planbaar is, en derhalve door een thuiszorgorganisatie kan worden verleend. Deze kan de zorg ook in de nacht verlenen.

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 18 van de 'algemene voorwaarden' 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 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 onder het kopje 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 26 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"In artikel 16, 17, en 29 van de 'Aanspraken Basispolis Basic' 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. (...)

Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (PGB) aan te vragen, waarmee u zelf u 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. (...)"

8.4. Artikel 2 van het 'Achmea 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, 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 26 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar 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 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. De vraag die vervolgens dient te worden beantwoord, is of verzoekster behoort tot één van de in artikel 2 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar genoemde doelgroepen.
Uit het dossier blijkt dat verzoekster de Nederlandse taal onvoldoende beheerst en analfabeet is. Verder is gesteld noch gebleken dat zij een wettelijk vertegenwoordiger heeft, zodat zij niet behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van genoemd reglement.

- 9.3. Aangezien verzoekster niet behoort tot de doelgroep voor een PGB vv, kan de vraag of de zorg die zij nodig heeft voldoet aan de voorwaarden zoals gesteld in artikel 3 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar, onbeantwoord blijven.

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, 12 oktober 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester