



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OHRA Zorgverzekeringen
N.V. te Tilburg
Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201601011
Zittingsdatum : 19 oktober 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)

 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

 tegen

 OHRA Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

 2. De verzekeringssituatie

 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 20 april 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 5 februari 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

 3.3. Bij brief van 26 april 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.

 3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 14 juni 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 juni 2016 aan verzoeker gezonden.

 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 juli 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 22 september 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

 3.7. 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.

- 3.8. Bij brief van 4 juli 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 12 juli 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016088992) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de zorg die is aangevraagd, planbaar is. Daarnaast valt een deel van de zorg, zoals de begeleiding, niet onder de Zvw. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 19 oktober 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 20 oktober 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 24 oktober 2016 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 verzoeker
- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan ten aanzien van verzoeker verklaard: *"Meneer woont samen met echtgenote bij hun dochter in huis. Dhr. moet in alles begeleid worden en ook gestimuleerd worden, in de dagelijkse bezigheden. Dhr. is valgevaarlijk en kortademig vanwege longproblematiek (copd), dhr. kan hier niet door zijn echtgenote worden begeleid i.v.m. haar eigen problematiek zij is ook volledig afhankelijk van de zorg van dochter. Dhr is een 75 jarige man die als hij niet de juiste begeleiding en verzorging krijgt zichzelf niet verzorg[t] en z'n medicatie niet of niet op tijd inneemt verder is hij valgevaarlijk en wordt begeleid door een scooterbiel buiten huis door zijn dochter. Dhr. is vaak kortademig en heeft hiervoor diverse medicatie die hij niet inneemt als hij daarin niet wordt begeleid dit heeft in het verleden diverse malen geleid tot opname in het ziekenhuis op de longafdeling. Ook heeft dhr. last van depressies en heeft hier ook medicatie voor gekregen. (...) Dhr. slaat soms wartaal uit en begrijpt de vragen die je hem stelt niet, kan ook moeilijk vragen beantwoorden, makkelijke vragen denkt dhr. al een paar minuten over na voordat hij probeert een antwoord te geven. En als je dhr. vertel[t] dat je bijvoorbeeld in de ochtend ook geweest bent weet dhr. dat niet meer er is wel enige herkenning bij dhr. maar namen onthouden kan hij niet meer. Mobiliteitsprobleem. Dhr. loopt moeizaam en met moeite tien meter dan gaat dhr. zitten, buitenshuis vervoert dhr. zich met een scooterbiel onder begeleiding van zijn dochter. Dhr. is continu(...) op zoek naar spullen die voor hem vertrouwd zijn en gaat ook geen andere activiteit doen voordat hij deze heeft gevonden. (...)".*
De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor Persoonlijke Verzorging van twaalf uren en vijftien minuten per week.
- 4.2. Naast lichamelijke klachten (nekhernia, COPD en klachten als gevolg van langdurig alcoholmisbruik) ondervindt verzoeker veel psychische klachten die een negatieve invloed hebben op zijn maatschappelijk en financieel functioneren. Bij hem is (mogelijk) sprake van cognitieve stoornissen. De zorg van verzoeker is niet planbaar, omdat hij vastloopt bij zijn algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Hij is lichamelijk beperkt en heeft continu zorg nodig. Zijn klachten, waaronder plasproblemen, zorgen ervoor dat er 24 uur per dag zorg vereist is.
- 4.3. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat de zorg voor hem niet planbaar is, en dit heeft voor het grootste deel te maken met beginnende dementie. Hij kan niets zelfstandig, hij kan bijvoorbeeld ook niet zelf naar het toilet. Dit is geen planbare zorg, en incontinentiemateriaal is geen optie omdat verzoeker niet incontinent is. Hij heeft alleen hulp nodig om op het toilet te komen. Verzoeker is vaak 's nachts wakker en heeft dan angstaanvallen; verder kan hij niet meer alleen naar buiten gaan omdat hij dan verdwaalt. Verzoeker heeft veel medicijnen nodig, hij moet gedoucht worden en aangekleed en naar bed gebracht worden. Hij heeft ook lichamelijke klachten, zodat hij alleen met een scooterbiel naar buiten kan.

Verzoeker heeft ook brieven gelezen van de Tweede Kamer met een discussie over de planbaarheid van de toiletgang, en dit wordt niet zo gezien, ook niet met behulp van incontinentiemateriaal. De dementie zorgt voor een hogere zorgbehoefte dan bij iemand die dit niet heeft. Verzoeker vergeet bijvoorbeeld te eten, en heeft daarom meer hulp nodig. In de indicatiestelling van 12,5 uur is rekening gehouden met de ADL. In de toekomst zal de 12,5 uur niet toereikend zijn, maar ook al is dit geen 24-uurs zorg, op basis van de feiten kan wel worden beoordeeld dat verzoeker meer zorg nodig heeft dan iemand die niet dement is.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 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 verzoeker met ingang van 1 januari 2015 de geïndiceerde zorg ontvangt via de zorgverzekeraar. 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 Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar. 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 zorgverzekeraar 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. De voor verzoeker geïndiceerde zorg betreft hulp bij het douchen en bij het toedienen van medicatie. Dit betreft zorg die goed is in te plannen. Er is niet aangetoond dat de klachten waarmee verzoeker kampt, zoals de psychische klachten en plasproblemen, maken dat de zorg voor hem niet planbaar is. Verder heeft de indicerend wijkverpleegkundige telefonisch toegelicht dat verzoeker planbare zorg nodig heeft. Voorts merkt de zorgverzekeraar op dat een indicatie is gesteld voor Persoonlijke Verzorging van twaalf uren en vijftien minuten per week. Er is derhalve geen indicatie voor 24-uurszorg. De zorgverzekeraar begrijpt dat verzoeker de zorg liever wenst te krijgen van zijn dochter, bij wie hij in huis woont. Dit betreft echter geen criterium waaraan wordt getoetst voor het al dan niet toekennen van het PGB vv.
- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar aangevoerd dat de indicatie is afgegeven voor douchen en de toediening van de medicatie. De hulp bij angstaanvallen en begeleiding buiten is niet meegenomen in de indicatiestelling. De zorgverzekeraar heeft geen reden om aan de indicatiestelling te twifelen. Er is een indicatie afgegeven voor 12,5 uur per week, en niet voor 24-uurszorg. Er is tevens geen

hulp bij de toiletgang opgenomen in de indicatiestelling. Als het er wel onder valt, geldt dat de wijkverpleegkundige heeft toegelicht dat alles dat zij heeft geïndiceerd, planbaar is. Ook toiletgang is planbaar, en er wordt dan vaak gewerkt met incontinentiemateriaal. Dit kan op vaste momenten op de dag worden verwisseld. Er zijn ook bindende adviezen door de commissie uitgebracht, waaruit blijkt dat de toiletgang niet per definitie niet-planbaar is.

5.5. De zorgverzekeraar 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 is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering.

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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van 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 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 b 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 vergoeding van de kosten van 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 vv 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 zorgverzekeraar 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. Tussen partijen is niet in geschil 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'. Rest 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 douchen, ADL en het aanreiken van zijn medicatie. Verder krijgt hij begeleiding bij het zich buitenshuis verplaatsen (onder andere met zijn scootmobiel) en het bezoeken van familie. Ten aanzien van de begeleiding buitenshuis en bij familiebezoeken, geldt dat deze niet valt onder Persoonlijke Verzorging, waarvoor in het geval van verzoeker een indicatie is gesteld. Voor het overige betreft het 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.
- 9.4. 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 twaalf uren en vijftien minuten per week. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van zijn dochter, bij wie hij in huis woont, betekent dit niet dat zorgverleners van een door de zorgverzekeraar aangewezen thuiszorgorganisatie geen rekening kunnen houden met zijn problematiek en de gevolgen hiervan, onder andere tot uitdrukking komend in zijn maatschappelijk functioneren, ADL-afhankelijkheid en de problemen bij het plassen.
- 9.5. 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 geen onderdeel van de indicatiestelling, zodat niet kan worden gesproken van niet-planbare zorg.
- 9.6. Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Conclusie

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



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 2 november 2016,



J.A.M. Strens-Meulemeester

