



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Eno Zorgverzekeraar N.V.
en Eno Aanvullende Verzekeringen N.V., beide te Deventer

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

Zaaknummer : 201502972

Zittingsdatum : 18 mei 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(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, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

- 1) Eno Zorgverzekeraar N.V. te Deventer, en
- 2) Eno Aanvullende Verzekeringen N.V. te Deventer,
hierna gezamenlijk 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 Salland Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Plus 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 TandPlus is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

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 23 april 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 11 november 2015 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 16 december 2015 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 12 februari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 februari 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 maart 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 maart 2016 schriftelijk medegedeeld niet 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 16 februari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 4 maart 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016021128) de commissie medegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben voor zover het de vraag betreft of verzoeker in staat is het PGB vv te beheren. Aangezien verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden van artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar, wordt aan de vraag of aanspraak bestaat op een PGB vv op grond van artikel 3 van bedoeld reglement niet toegekomen.
Een afschrift van de brief van het Zorginstituut is op 8 maart 2016 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 27 maart 2016 op het advies van het Zorginstituut gereageerd, en hierbij de commissie verzocht alsnog in persoon te worden gehoord. De commissie heeft hierop besloten partijen uit te nodigen voor de hoorzitting.
- 3.10. Verzoeker heeft kort voor de hoorzitting medegedeeld niet in persoon te verschijnen. De ziektekostenverzekeraar is op 18 mei 2016 telefonisch gehoord. Hij is daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
Na de hoorzitting zijn de aantekeningen hiervan aan verzoeker gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft bij e-mailberichten van 20 mei 2016 en 30 mei 2016 gereageerd. Afschriften van deze e-mailberichten zijn ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.11. Bij brief van 30 mei 2016 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 31 mei 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en nagekomen stukken 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende vermeld: *"Tot nu toe heb ik een vaste zorgverlener. Ben tevreden over mijn zorgverlener. Het gaat om verlenging van de indicatie. (...) Heb zorg nodig die vooraf niet goed in te plannen is. (...) Door middel van een vaste planning en routine met betrekking tot persoonlijke verzorging krijg ik hulp. Hulp bij douchen, wassen, kleren aan en uittrekken, scheren en mondverzorging. Ook krijg ik hulp bij het aantrekken van het corset. (...)".*
- 4.2. Verzoeker is van mening dat hij voldoet aan de criteria van de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement pgb wijkverpleging 2015'. Hij heeft zorg nodig op wisselende momenten. Het komt zeer regelmatig voor dat hij midden in de nacht wakker wordt met klachten die worden veroorzaakt door COPD. Ook heeft hij pijnklachten en momenten waarop hij last heeft van hyperventilatie. Verzoeker heeft

ook iemand in de buurt nodig die hem tot rust brengt, mede door het aanreiken en toepassen van hulpmiddelen. Dit geldt niet alleen 's nachts, maar ook overdag.

Verzoeker is gezien door een orthopeed in verband met rugklachten. Hij is echter niet genezen verklaard, maar naar huis gestuurd met het advies pijnstillers te nemen en massage te ondergaan. Op momenten dat de pijnklachten verergeren en de rug zodanig vast zit dat verzoeker niet langer kan bewegen, krijgt hij een injectie van de huisarts en ligt hij de gehele dag in bed. Dit komt regelmatig voor, en verzoeker heeft dan op ieder moment van de dag hulp nodig. Ook is een beginnende hernia geconstateerd, waarnaar verder onderzoek gaande is.

4.3. Verzoeker krijgt hulp bij het douchen en de toiletgang. Volgens de ziektekostenverzekeraar is deze zorg planbaar, maar verzoeker zou dan steeds moeten wachten totdat er iemand komt om hem te helpen. Dit betreft dan een niet vertrouwd persoon, hetgeen niet aansluit bij de zorgvraag van verzoeker.

4.4. Verzoeker beheerst de Nederlandse taal niet goed, maar dit vormt geen reden de aanvraag af te wijzen. Hij is in staat te overleggen met zijn curator, die tevens zijn dochter is, om zijn papierwerk in orde te maken.
Bij de beoordeling door de wijkverpleegkundige is niet ingegaan op de psychologische aspecten, die wel zijn besproken. Het gevoel van machteloosheid op zulke momenten wordt alleen maar heviger als verzoeker zich niet verstaanbaar kan maken. Hij voelt zich veiliger bij de personen die hij al jarenlang heeft ingezet, in plaats van door de ziektekostenverzekeraar aangewezen instanties. Het oorspronkelijke doel van het PGB vv is het zelf voeren van de regie, waarbij kwalitatief goede zorg wordt georganiseerd. Door af te wijken van de zorgvraag en persoonlijke zorgbehoeften, wordt de kwaliteit van de zorg verminderd en wordt de autonomie van verzoeker aangetast.

4.5. Verzoeker heeft jarenlang een PGB vv ontvangen, en voldeed hiervoor steeds aan de voorwaarden. De mogelijkheden voor mantelzorg worden maximaal benut. Deze zorg wordt verleend door de dochter van verzoeker. Het betreft dan vooral het brengen naar afspraken en de zorg op de momenten dat de kleinzoon van verzoeker, die de zorg doorgaans verleent, is verhinderd. Voor de communicatie met verzoeker is een mentor beschikbaar, en overleg hierover kan plaatsvinden.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De wijkverpleegkundige heeft bij verzoeker een indicatie gesteld voor zeven uren Persoonlijke Verzorging per week. Verzoeker is bekend met COPD, rugklachten en diabetes en is wisselend beperkt in zijn conditie en mobiliteit. Verder loopt hij met behulp van een stok en draagt hij een korset. Verzoeker woont, samen met zijn vrouw, in bij haar dochter en haar gezin. Zij en de leefeenheid verzorgen de noodzakelijke hand- en spandiensten. De zorg wordt aan verzoeker verleend door zijn kleinzoon.

De adviserend geneeskundige van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker uitgenodigd voor een spreekuurgesprek op 20 april 2015 teneinde de aanvraag voor het PGB vv te beoordelen. Op grond van de bevindingen uit dit gesprek is de adviserend geneeskundige tot het oordeel gekomen dat verzoeker niet in aanmerking komt voor een PGB vv ten laste van de zorgverzekering.

5.2. De zorg die verzoeker nodig heeft, is goed planbaar, en daarmee in natura aan hem te leveren. Het gaat in de ochtend om hulp bij het douchen, aankleden en het aandoen van het korset, en in de avond om hulp bij het uitkleden, het uitdoen van het korset en het naar bed gaan.
Daarnaast acht de ziektekostenverzekeraar verzoeker onvoldoende in staat het PGB vv naar behoren te beheren. Naast een taalbarrière ontbreekt het hem aan vaardigheden om taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden, op eigen kracht en op verantwoorde wijze uit te voeren. Verzoeker heeft geen officiële wettelijk vertegenwoordiger (bewindvoerder, mentor of curator) die deze zaken voor hem regelt.

Verzoeker heeft aanspraak op de voor hem geïndiceerde zorg in natura. Hiervoor verwijst de ziektekostenverzekeraar hem naar een gecontracteerde zorgaanbieder in de regio waar hij woonachtig is.

5.3. Dat verzoeker gedurende langere tijd recht heeft gehad op een PGB vv ten laste van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ, thans: Wet langdurige zorg, Wlz) en in dat kader altijd aan zijn verplichtingen heeft voldaan, maakt niet dat hij ook op grond van de Zvw recht heeft op het PGB vv. Onder de Zvw gelden nieuwe regels, die zijn vastgelegd in de voorwaarden van de zorgverzekering en het 'Reglement pgb wijkverpleging 2015'.

5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de aanvraag is afgewezen omdat hieruit bleek dat de zorg goed planbaar is. Na de afwijzing is met een argumentatie gekomen. Daarbij valt een deel van de zorg niet onder de Zvw. Tot slot is geen sprake van een wettelijk vertegenwoordiger, maar wordt een en ander geregeld door een bureau dat de administratie van betrokkene verzorgt voor € 45,-- per maand.

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 24 van de 'Algemene bepalingen' 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 is gehouden 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 onder het kopje 'Dekking per zorgvorm' van de zorgverzekering.

8.3. De zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat. Het betreffende artikel luidt, voor zover hier van belang:

“Verpleging en verzorging zonder verblijf

Wat is de dekking?

Verpleging en verzorging zonder verblijf omvat zorg die verpleegkundigen plegen te bieden. U heeft recht op verpleging en verzorging zonder verblijf, als de zorg verband houdt met uw behoefte aan medisch specialistische zorg (algemeen), plastische chirurgie, revalidatiezorg, geriatrische revalidatie, transplantatiezorg, mechanische beademing, gespecialiseerde ggz, huisartsenzorg, basis ggz, verloskundige zorg, zintuiglijk gehandicaptenzorg, of paramedische zorg of als u een hoog risico op die zorg heeft. De zorg bestaat uit verpleegkundige handelingen (zorgverlening) en verzorging, maar ook uit het indiceren, coördineren, signaleren, coachen en preventie. (...)

Persoonsgebonden budget

In plaats van het recht op de zorg, kunt u in aanmerking komen voor een persoonsgebonden budget. In dat geval krijgt u geld om de verpleging en verzorging zelf te in te kopen. Voor het recht op het persoonsgebonden budget gelden speciale voorwaarden. Deze zijn opgenomen in het Reglement pgb wijkverpleging. (...)

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement pgb wijkverpleging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 2 Doelgroep pgb vv

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 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 onder andere 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 pgb wijkverpleging' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Artikel 3 Toegang tot het pgb verpleging en verzorging

Hebt u:

- 1. een door een wijkverpleegkundige gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden, én*
- 2. behoort u tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én*
- 3. 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 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 drie keer 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. De zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement pgb wijkverpleging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2 onder het kopje 'Basisverzekering' 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 onderhavige 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. De vraag die vervolgens dient te worden beantwoord, is of verzoeker behoort tot één van de in artikel 2 van het 'Reglement pgb wijkverpleging 2015' genoemde doelgroepen. Los van hetgeen het Zorginstituut dienaangaande stelt in zijn advies van 4 maart 2016, staat vast dat verzoeker de Nederlandse taal niet (voldoende) beheerst en hierdoor niet in staat is het PGB vv zelf te beheren en de verplichtingen die hieraan zijn verbonden na te komen. Hij is hiervoor derhalve aangewezen op de hulp van een wettelijk vertegenwoordiger. Aldus is bepaald in artikel 2 van het 'Reglement pgb wijkverpleging 2015'. Zowel de kleinzoon als de dochter van verzoeker is geen officiële wettelijk vertegenwoordiger. Verzoeker verwijst weliswaar naar zijn curator, en doelt daarbij kennelijk op zijn dochter, maar dat zij formeel als zodanig optreedt is niet aangetoond of aannemelijk gemaakt. Verzoeker behoort hiermee niet tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld. Dat hij het PGB vv in het verleden ten laste van een andere regeling heeft ontvangen, en dat in die periode volgens verzoeker geen problemen rond de uitvoering zijn ontstaan, mag zo zijn, maar dit kan niet leiden tot een ander oordeel, aangezien onder de zorgverzekering andere voorwaarden gelden.

9.3. Omdat verzoeker niet behoort tot de doelgroep voor een PGB vv, kan de vraag of de zorg die hij nodig heeft voldoet aan de voorwaarden zoals gesteld in artikel 3 van het 'Reglement pgb wijkverpleging 2015' van de ziektekostenverzekeraar, onbeantwoord blijven.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen mogelijkheid voor 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, 8 juni 2016,



A.I.M. van Mierlo

