



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort

Zaak : Verpleging en verzorging, Persoonsgebonden Budget (PGB), indicatie, afbakening Wmo-Zww

Zaaknummer : 201602782

Zittingsdatum : 31 mei 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

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

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
 - 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
- 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 verzekering Basis Zeker (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 Optimaal Aanvullend 3 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Aanvullend Tand 2 sterren is niet in geschil en blijft om die reden 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 20 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailberichten van 14 en 26 oktober 2016 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 e-mailbericht van 15 januari 2017 en brief van 17 januari 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan hem alsnog een PGB vv toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 30 januari 2017 aanvullende informatie gezonden.

- 3.6. 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.
- 3.7. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailbericht van 6 maart 2017 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 27 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 maart 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 30 maart en 17 mei 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 april 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. Verzoeker heeft de commissie bij e-mailberichten van 31 maart 2017 en 5 april 2017 aanvullende informatie gezonden. Afschriften hiervan zijn aan de ziektekostenverzekeraar en het Zorginstituut gestuurd.
- 3.11. Bij brief van 28 maart 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 13 april 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017014667) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van de beschikbare informatie niet kan worden vastgesteld of verzoeker door zijn fysieke beperkingen afhankelijk is van anderen voor algemene dagelijkse levensverrichtingen. Ook kan niet worden vastgesteld dat sprake is van verpleging en verzorging in een geneeskundige context of een verhoogd risico daarop. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 18 april 2017 aan partijen gezonden.
- 3.12. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 mei 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.13. Bij brief van 23 juni 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen en nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 30 juni 2017 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 wordt al jaren door zijn familieleden verzorgd. Hij heeft evenwel steeds meer zorg nodig vanwege zijn psychiatrische aandoeningen en ernstige pijnklachten door een nekhernia en kromme rug. Er is een beroep gedaan op de ziektekostenverzekeraar, in die zin dat een PGB vv is aangevraagd. Deze aanvraag is afgewezen. Verzoeker stelt dat sprake is van onjuiste en onzorgvuldige besluitvorming door de ziektekostenverzekeraar. Zo is totaal geen onderzoek gedaan naar de feitelijke en medische situatie van verzoeker.
Verzoeker meent aan alle voorwaarden die gelden voor een PGB vv te voldoen en verwijst naar de verklaringen van de diverse artsen. Hij is voor persoonlijke verzorging en begeleiding volledig afhankelijk van zijn familieleden, met name zijn broer. Verzoeker heeft een zeer lage GAF-score. Verschillende GGZ-instellingen in Nederland en het buitenland hebben verklaard dat verzoeker zware psychische problemen en geheugenproblemen heeft. Hij heeft wekelijks behandelingen gehad bij de psychiater, maar deze waren zonder resultaat. Daarnaast is verzoeker

zeven jaar geleden volledig arbeidsongeschikt verklaard. De beperkingen van verzoeker zijn hiermee erkend. Vast staat dat verzoeker niet in staat is zichzelf te verzorgen.

De indicatiestelling van de wijkverpleegkundige van 12 september 2016 is duidelijk: verzoeker is geïndiceerd voor 15 uren en 45 minuten persoonlijke verzorging per week. Dit is gebaseerd op de psychische en lichamelijke klachten. Verzoeker wijst op het zorgplan en zijn medicatiegebruik. Ook in het assessment van de wijkverpleegkundige staat duidelijk dat een PGB vv wenselijk is voor verzoeker in verband met zijn psychiatrische aandoeningen en de ernstige pijnklachten door de nekhernia en kromme rug. De lichamelijke problemen bestaan uit pijn in de nek, het hoofd, de armen, de middenrug, de schouders en de spieren. Verzoeker wordt elke dag wakker vanwege nekpijn die uitstraalt naar hoofd, schouders en rug. Hij kan zich niet zelfstandig aan- en uitkleden en kan niet voorzien in zijn behoeftes. De ziektekostenverzekeraar negeert de nekhernia, terwijl deze wel degelijk door een arts is vastgesteld.

Er is bewust een aanvraag voor een PGB vv ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, omdat deze aanspraak is opgenomen in de Zorgverzekeringswet. De ziektekostenverzekeraar noemt geen argument waarom deze aanvraag bij de gemeente had moeten worden gedaan.

Overigens is reeds in 2012 bij het CIZ een aanvraag ingediend voor een PGB. De behandelend psychiater heeft destijds uiteengezet waarom verzoeker behoefte heeft aan persoonlijke verzorging en begeleiding, en waarom een PGB noodzakelijk is. Van het CIZ is hierop nooit iets vernomen. Het rapport van het UWV van 20 juli 2012 bevestigt dat verzoeker vanwege zijn ziektebeeld zeer beperkt tot persoonlijke verzorging in staat is.

- 4.2. Namens verzoeker is op het aanvraagformulier het volgende vermeld: "*Dhr. vertrouwt alleen zijn broer. Na trauma in jeugd en lange periode van behandeling in psychiatrie nu vrij stabiele situatie. Hr hoort stemmen, trekt zich terug, is angstig, depressief, kan niet goed communiceren en heeft ten allen tijde hulp in de buurt nodig.*"
- 4.3. Verzoeker heeft zich naar aanleiding van de beslissing van de ziektekostenverzekeraar gewend tot het Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo) loket van de gemeente. Aldaar is een budget aangevraagd voor de persoonlijke verzorging en begeleiding. De gemeente heeft telefonisch aan verzoeker medegedeeld dat persoonlijke verzorging valt onder de Zorgverzekeringswet en hem verwezen naar de ziektekostenverzekeraar. Op 22 november 2016 is een medewerkster van het buurtteam van de gemeente bij verzoeker thuis geweest om de situatie te bespreken. Daarbij is medegedeeld dat de gemeente enkel wil meewerken aan de begeleiding. Voor de persoonlijke verzorging werd verzoeker verwezen naar de ziektekostenverzekeraar. De gemeente en de ziektekostenverzekeraar verwijzen steeds naar elkaar. Verzoeker voelt zich van het kastje naar de muur gestuurd.
- 4.4. Op 30 januari 2017 heeft telefonisch contact tussen de broer van verzoeker en een medewerkster van de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden. De medewerkster erkende dat bij verzoeker sprake is van een nekhernia, maar deelde mede dat de beslissing om geen PGB vv toe te kennen, wordt gehandhaafd.
- 4.5. De psychiater heeft op 1 februari 2017 het volgende over verzoeker verklaard: "*(...) Na 2014 hebben wij geen contact meer gehad met dhr. Maar gezien de situatie in 2014 verwacht ik geen wezenlijke veranderingen in het beeld.*" De psychiater onderschrijft de noodzaak voor persoonlijke verzorging en ondersteunt het verzoek aan de ziektekostenverzekeraar voor een PGB vv. Verder heeft de behandelend fysiotherapeut verklaard dat verzoeker aldaar onder behandeling is om de pijnklachten te verminderen. Verzoeker heeft chronische pijnklachten en er is sprake van krachtverlies in de rechterarm. Voorts benadrukt verzoeker dat hij behoort tot een kwetsbare doelgroep die voor persoonlijke verzorging recht heeft op een PGB vv.
- 4.6. De behandelend fysiotherapeut heeft op 30 maart 2017 het volgende over verzoeker verklaard: "*Betreft [verzoeker], vermoeden op een compressie van een laterale zenuw in de cervicale wervelkolom aan de rechter zijde. (...) Onderzoek:*

- Spurling rechts positief (extensie, ipsilaterale rotatie, ipsilaterale lateroflexie)
- 3d flexie homoniem bdz beperkt
- reflexen bdz normaal
- rechts sterk verminderde sensibiliteit in de gehele arm
- rechts sterkt verzwakte arm musculatuur MRC 2

Ook klachten thoracaal thv T6-T8.

Behandelgeschiedenis: Al jaren, sinds 2009, WAD klachten. Afgelopen jaar zijn de klachten in sterke mate toegenomen. Dhr wordt sterk belemmerd in dagelijk[s] functioneren vanwege de pijn. In de voorgaande jaren door verschillende medisch specialisten onder behandeling geweest. In 2010 en 2011 onder behandeling geweest bij verschillende Manueel Therapeuten, zonder enig succes. Sindsdien zijn de klachten erger geworden. In februari 2012 is er een MRI gemaakt, hierop was een foramenversmalling geconstateerd op niveau C6-C5. Toen toonde de MRI geen evidentie op wortelcompressie. Aangezien de radicaire klachten zijn toegenomen is wortelcompressie momenteel wel aannemelijk. Is sterk afhankelijk van hulp. (...) [Verzoeker] is sterk afhankelijk van begeleiding van zijn broer (...). Zonder zijn hulp zou zelfstandig wonen niet mogelijk zijn. Verzoek voor een chronische indicatie voor fysiotherapie."

4.7. Voorts verklaart verzoeker dat de huisarts op 5 april 2017 heeft bevestigd de aanvraag voor een PGB vv te ondersteunen.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Persoonlijke verzorging en verpleging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden vallen sinds 1 januari 2015 onder de Zorgverzekeringswet. Aanspraak bestaat op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering indien een verzekerde vaak zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen, als de zorg slecht is in te plannen, als de zorg 24 uur per dag beschikbaar moet zijn, of als sprake is van specifieke zorgverlening of specifieke hulpmiddelen. Met een PGB vv kan de zorg worden ingekocht bij niet-professionele zorgverleners.

Een deel van persoonlijke verzorging valt onder de verantwoordelijkheid van gemeenten (Wmo). De Wmo regelt de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor het ondersteunen van mensen die op eigen kracht of met hulp van hun sociale netwerk niet erin slagen zelfredzaam te zijn of te participeren in de samenleving.

Op grond van artikel 28 van de voorwaarden bestaat er, indien recht is op persoonlijke verzorging ten laste van de Wmo, geen recht op persoonlijke verzorging vanuit de zorgverzekering.

Persoonlijke verzorging die wordt geleverd aan mensen met lichamelijke aandoeningen bij wie in de regel sprake is van medische problematiek, wordt geleverd op grond van de Zvw. Ook kan het ondersteuning aan mensen met een zintuiglijke beperkingen, een verstandelijke beperking of met psychiatrische problematiek betreffen. Het gaat bij deze groepen meer om het ondersteunen bij algemene dagelijkse levensverrichtingen zoals wassen en aankleden, dan het daadwerkelijk overnemen ervan.

In artikel 2.10 Bzv is in onderdeel a bepaald dat de zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.4 Bzv, of een hoog risico daarop. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de Memorie van Toelichting bij dit artikel en de Memorie van Toelichting bij de Wmo.

5.2. De wijkverpleegkundige heeft bij verzoeker een indicatie gesteld van 15 uur en 45 minuten persoonlijke verzorging per week. Uit het assessment van de wijkverpleegkundige blijkt dat verzoeker bekend is met chronische en complexe PTSS klachten, depressie met psychotische kenmerken en ernstige achteruitgang in functioneren. Met betrekking tot persoonlijke zorg concludeert de wijkverpleegkundige dat verzoeker moeite heeft met Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL), zoals douchen en aankleden. Bovendien signaleert de wijkverpleegkundige dat verzoeker niet wil, kan of vergeet de persoonlijke zorgactiviteiten af te ronden. De broer van verzoeker neemt de lichamelijke verzorging voor zijn rekening. Als zijn broer meldt dat verzoeker naar het toilet moet gaan, gaat verzoeker naar het toilet.

Uit het Bewust Keuze Gesprek (hierna: BKG) van 16 september 2016 is naar voren gekomen dat verzoeker alleen zijn broer vertrouwt. Er is sprake van complexe PTSS, depressie met psychotische kenmerken en ernstige achteruitgang in functioneren. Naar aanleiding van het BKG is dezelfde dag door de ziektekostenverzekeraar een nadere toelichting gevraagd aan de wijkverpleegkundige. De wijkverpleegkundige heeft verklaard dat de zorg nodig is vanwege psychische problemen. Verzoeker functioneert op kleuterniveau. De (nek)hernia zorgt niet voor problemen.

De behoefte aan verzorging hangt daarom samen met de behoefte aan begeleiding. De verzorging houdt geen verband met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop.

Verzorging in de vorm van ondersteuning valt niet onder de zorgverzekering, maar onder de Wmo. In het dossier zitten meerdere medische verklaringen van de psychiater, neuroloog, verzekeringsarts, chiropractor en orthopedisch manueel therapeut. Ondanks dat de ziektekostenverzekeraar van mening is dat uit het assessment en de nadere toelichting van de wijkverpleegkundige, maar ook van de zorginhoudelijk adviseur, blijkt dat persoonlijke verzorging nodig is in het kader van ondersteuning en begeleiding bij het laten uitvoeren van ADL, en verzoeker dus is aangewezen op de Wmo, zijn de betreffende medische verklaringen voorgelegd aan de medisch adviseur. De medisch adviseur heeft beoordeeld of de persoonlijke verzorging verband houdt met een lichamelijke aandoening en wordt ingegeven door de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop, of dat sprake is van persoonlijke verzorging in verband met een zintuiglijke of verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek in de vorm van ondersteuning en begeleiding bij het laten uitvoeren van ADL. De medisch adviseur heeft hiertoe op 23 maart 2017 het volgende verklaard: "*De verstandelijke beperking (beter geformuleerd is: de cognitieve, communicatieve en emotionele beperkingen) welke is ontstaan als gevolg van een ernstige PTSS, met depressieve en psychotische kenmerken en een grote lijdensdruk (lage GAF-score) heeft geleid tot een ernstig regressief beeld met o.a. een substantiële beperkingen in de ADL. Uit diverse verklaringen van de neuroloog en ook van de radioloog is geen evidente neurologische dan wel radiologische verklaring gevonden voor de lichamelijke klachten (vooral pijnklachten). De oorzaak van de klachten van de verzekerde moet gezocht worden in het ernstige psychiatrische beeld. Verzekerde heeft wel hulp nodig naast begeleiding ook persoonlijke verzorging. Dat laatste vooral voor de ADL. Indien dat moet gebeuren in de vorm van een PGB dan lijkt mij dit een WMO-kwestie.*"

De ziektekostenverzekeraar herhaalt dat een onderscheid wordt gemaakt tussen recht op persoonlijke verzorging ten laste van de Zvw, en recht op persoonlijke verzorging uit de Wmo. Wat onder persoonlijke verzorging in het kader van de Zvw moet worden verstaan, volgt uit de toelichting bij artikel 2.10 Bzv; er dient sprake te zijn van benodigde persoonlijke verzorging in verband met een lichamelijke aandoening ingegeven door een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Zoals blijkt uit de verklaring van de medisch adviseur dient de oorzaak van de klachten van verzoeker te worden gezocht in het ernstige psychiatrische beeld. De zorginhoudelijk adviseur en de wijkverpleegkundige hebben bevestigd dat de zorg nodig is vanwege psychische problemen. De ziektekostenverzekeraar is op basis van het voorgaande van oordeel dat verzoeker ondersteuning en begeleiding behoeft bij het uitvoeren van ADL. Voor deze zorg bestaat recht op persoonlijke verzorging ten laste van de Wmo, en niet van de Zvw. Aan verzoeker is daarom geen PGB vv op grond van de zorgverzekering toegekend. Het voorgaande is besproken met de wijkverpleegkundige en verzoeker is verwezen naar het Wmo-loket van de gemeente.

Voorts merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het juist is dat ten behoeve van de afwijzende beslissing van 14 oktober 2016 een zorginhoudelijk adviseur is geraadpleegd. De zorginhoudelijk adviseur heeft op basis van de toen beschikbare informatie verklaard dat de zorg niet onder persoonlijke verzorging zoals bedoeld in het PGB vv vanuit de Zvw, valt. Bij brief van 20 december 2016 heeft de Ombudsman Zorgverzekeringen gevraagd een medisch adviseur te laten nagaan of er een directe relatie is met geneeskundige zorg. Hiertoe heeft de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding gezien, gelet op de beschikbare informatie. De ziektekostenverzekeraar stelt dat, anders dan verzoeker meent, daarom geen sprake is van tegenstrijdigheden.

De broer van verzoeker heeft de commissie een opname van een telefoongesprek dat plaatsvond op 30 januari 2017, toegezonden. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat geen toestemming is gevraagd aan de betreffende medewerker voor het opnemen van het gesprek. Het telefoongesprek van 30 januari 2017 werd geïnitieerd door een zorgcoach van de ziektekostenverzekeraar. Bij afwijzing van een aanvraag voor een PGB vv belt een zorgcoach met een verzekerde, met als doel

te helpen bij het regelen van zorg waar wel recht op bestaat. Zoals de zorgcoach in het gesprek met de broer van verzoeker heeft toegelicht, belde zij "om hem wegwijs te maken". Verzoeker heeft de vraag opgeworpen waarom pas na vijf maanden advies is gegeven. Hiertoe stelt de ziektekostenverzekeraar dat vanaf het eerste moment - de afwijzing van 20 september 2016 - is medegedeeld dat de gemeente verantwoordelijk is voor de zorg aan verzoeker. Op 6 januari 2017 is inzake de behandeling van de klacht van verzoeker een laatste brief gestuurd door de ziektekostenverzekeraar. Vervolgens heeft de zorgcoach op 30 januari 2017 telefonisch contact opgenomen, oftewel binnen vier weken na verzending van de laatste brief met betrekking tot de afwijzing. De ziektekostenverzekeraar meent hiermede zorgvuldig - en in lijn met de zorgplicht - te hebben gehandeld.

Verzoeker heeft nog gesteld dat een aanvraag is ingediend bij de gemeente, en dat de gemeente hem vervolgens terug heeft verwezen naar de ziektekostenverzekeraar. Er zijn tot op heden echter geen stukken, waaronder een afwijzing van de aanvraag van de gemeente overgelegd. De ziektekostenverzekeraar stelt daarom dat een juiste beslissing is genomen. Benadrukt zij dat duidelijk is dat verzoeker zorg nodig heeft. Zijn zorgvraag past echter niet binnen de kaders van het PGB vv, zoals die in de zorgverzekering zijn opgenomen.

5.3. 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 is gehouden aan verzoeker alsnog een PGB vv 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 1 tot en met 39 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 28 van de 'Verzekerde zorg' 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 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

U heeft recht 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 uw verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarde voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving

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 recht op heeft

(...)

b u heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

(...)"

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget, Verpleging en Verzorging 2016' 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 u onder één of meerdere van de hieronder beschreven doelgroepen valt:

(...)

3) u langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen.

(...)

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger (Wettelijk vertegenwoordiger: ouder voor kinderen tot 18 jaar, 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. Zie hiervoor ook artikel 6. We maken hierbij een onderscheid in (wettelijk) vertegenwoordigers. Een ouder (voor kinderen tot 18 jaar) of curator is bevoegd om overeenkomsten te ondertekenen en is daarmee eindverantwoordelijke. Een door u aangewezen vertegenwoordiger uit de familie (met uitzondering van ouders van kinderen tot 18 jaar), bewindvoerder of mentor, mag wel de zaken voor u regelen, maar u moet zelf de overeenkomsten ondertekenen, wat betekent dat u dan eindverantwoordelijk bent;
- 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 waar u een overeenkomst mee heeft gesloten 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 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 3 Toegang tot het pgb vv

Om voor een pgb vv in aanmerking te komen, moet u voldoen aan de onderstaande voorwaarden:

1) u heeft een door een BIG geregistreerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden nodig én moet u behoren tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2. (...)

(...)

3) u moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgverlener(s) die door ons zijn gecontracteerd. Dit noemen wij Zorg In

Natura (ZIN). Indien u een combinatie wenst van Zorg In Natura met een pgb vv, dan mag de indicatie maar door 1 zorgverlener worden gesteld.

4) uw zorgvraag moet aansluiten bij één of meer van de volgende voorwaarden. Uit de indicatie moet blijken dat:

- u vaak zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;*
- u zorg nodig heeft 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 zorg nodig heeft die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;*
- er een noodzaak is 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 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget, Verpleging en Verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op persoonlijke verzorging in de vorm van een PGB vv. Alvorens wordt toegekomen aan de vraag of aanspraak bestaat op een PGB vv, dient te worden beoordeeld of verzoeker is aangewezen op persoonlijke verzorging ten laste van de zorgverzekering. Verzoeker heeft in dit kader aangevoerd dat hij zorg nodig heeft vanwege zijn psychiatrische aandoeningen en ernstige pijnklachten door een nekhernia en kromme rug. Hij is niet in staat zichzelf te verzorgen, en is daarom voor persoonlijke verzorging en begeleiding volledig afhankelijk van zijn familieleden, met name zijn broer. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat verzoeker ondersteuning en begeleiding behoeft bij het uitvoeren van ADL, en dat hij voor deze zorg recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wmo, en niet ten laste van de Zvw in de vorm van een PGB vv. Verzoeker is daarom door de ziektekostenverzekeraar verwezen naar de gemeente.


 9.3. Uit het assessment van de wijkverpleegkundige blijkt dat verzoeker volledig afhankelijk is van zijn broer voor persoonlijke verzorging, eten en drinken, medicatie, huishouden, boodschappen, naar buiten gaan en afspraken nakomen. De oorzaak hiervan is gelegen in chronische en complexe PTSS klachten, een depressie met psychotische kenmerken en een ernstige achteruitgang in het functioneren. Verzoeker heeft het voorgaande niet weersproken, doch uitsluitend gesteld dat zijn beperkingen duidelijk zijn en vast staan, en dat bewust een aanvraag voor een PGB vv is ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, omdat deze aanspraak is opgenomen in de Zvw. Verzoeker meent te behoren tot de kwetsbare doelgroep die voor persoonlijke verzorging recht heeft op een PGB vv. De commissie is op basis van het voorgaande van oordeel dat de zorgvraag van verzoeker niet ligt op het terrein van de zorgverzekering. Niet is gebleken dat verzoeker vanwege *hoofdzakelijk* lichamelijke beperkingen/somatische aandoeningen is aangewezen op geneeskundige zorg dan wel dat hierop een hoog risico bestaat. Dit oordeel vindt bevestiging in het voorlopig advies van het Zorginstituut van 13 april 2017 en het definitief advies van 30 juni 2017. Of verzoeker behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld en of door hem is voldaan aan de hiervoor geldende zorginhoudelijke criteria, zoals omschreven in de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget, Verpleging en Verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar, kan daarom onbeantwoord blijven.

 9.4. De commissie is niet bevoegd te beoordelen of verzoeker in het kader van de Wmo aanspraak heeft op de door hem benodigde begeleiding bij het uitvoeren van de persoonlijke verzorging en ADL.


 **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**


 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

 **Conclusie**

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

 10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

 Zeist, 5 juli 2017,

 P.J.J. Vonk