



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, in
deze vertegenwoordigd door Turien & Co. Assuradeuren te Alkmaar

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

Zaaknummer : 201602584

Zittingsdatum : 16 augustus 2017

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

(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: verzoekster, vertegenwoordigd door B, beiden te C,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar,
vertegenwoordigd door Turien & Co. Assuradeuren te Alkmaar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering Natura (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 IZA Cura Aanvullend Rotterdampakket 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 ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Eigen Risico is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 8 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat aan haar geen PGB vv wordt toegekend.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 21 april 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog met terugwerkende kracht tot 16 juni 2016 toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. 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.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 24 mei 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 juni 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 juni 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 juli 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, 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 8 juni 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 30 juni 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017025502) 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 dat er sprake is van een medische noodzaak voor het leveren van zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen. Naar het oordeel van de medisch adviseur heeft de zorgvraag enkel betrekking op planbare zorg. Omdat de zorg met betrekking tot de toiletgang en het aanreiken van de medicatie niet is geïndiceerd, is dit niet meegenomen in de beoordeling. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 3 juli 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 augustus 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 17 augustus 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 24 augustus 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"Reden waarom PGB: - de regie [over mijn] eigen leven houden, - werken met hulpverleners met wie het klikt, ik ben niet afhankelijk van een toegewezen hulpverlener, [- zelf hulpverleners kiezen die zorg geven die ik nodig heb, op de manier en tijden die ik wil], (...), - ik wil baas in eigen huis blijven."*
- 4.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *"Mw. heeft astma, COPD, hypotensie, depressie, ulcus pepticum en slechte visus. Mw. is bekend met het carpaal tunnelsyndroom. [Hierdoor] kan zij slecht haar gewrichten gebruiken. Mw. heeft een nek-hernia. Mw. krijgt wel fysio. (...) Door depressie heeft mw. op verschillende tijden zorg nodig. Mw. heeft [dagelijks] hulp en ondersteuning bij het douchen en aankleden o.g.v. neurologische symptomen. (...)"*
De indicierend wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor drie uren en dertig minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 4.3. Verzoekster stelt vanwege psychische klachten vaak last te hebben van hyperventilatie met flauwvallen tot gevolg. Op die momenten dient zij acuut te worden geholpen. Voorts blijkt uit de informatie van de huisarts dat verzoekster vaker dan gemiddeld het toilet bezoekt in verband met incontinentie. Zij kan niet zelfstandig naar het toilet en dient op wisselende tijden te worden geholpen. Verzoekster meent dat geen sprake is van planbare zorg. Zij voldoet aan de voorwaarden

van artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar.

4.4. Verzoekster wenst geen zorg in natura te ontvangen en voert daartoe aan dat veel mensen die zorg ontvangen van een thuiszorgorganisatie hiervan problemen ondervinden. Zo kan de zorg niet worden geboden op de momenten dat hieraan behoefte bestaat. Bovendien wordt de zorg geleverd door verschillende zorgverleners die allemaal een andere werkwijze hanteren. Met een PGB vv kan de zorg goedkoper worden ingekocht en kan verzoekster met haar zorgverleners afspraken maken over de te leveren zorg. Voorts wenst zij niet afhankelijk te zijn en zelf de regie over haar leven te voeren. Zij wil zorg ontvangen van vertrouwde personen met wie zij een goede band heeft.

4.5. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunten herhaald en benadrukt dat de zorg op wisselende en ongebruikelijke tijden plaatsvindt en om die reden niet planbaar is. Verzoekster wordt het liefst verzorgd door een vertrouwd persoon. In verband met regelmatig hyperventileren, paniekaanvallen en depressies bestaat er een risico op flauwvallen. Op dat moment is er acuut zorg nodig. Verzoekster voldoet volgens haar aan de voorwaarden om in aanmerking te kunnen komen voor een PGB vv. Zorg in natura is voor haar geen optie.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Aanspraak op een PGB vv bestaat indien wordt voldaan aan de voorwaarden zoals opgenomen in het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar.

Uit artikel 3.4 van genoemd reglement volgt dat de zorgvraag dient aan te sluiten bij één van de volgende voorwaarden:

- de verzekerde heeft vaak (meer dan 3 maal 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 op 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 een vaste zorgaanbieder door de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

5.2. Het ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar ingediende aanvraagformulier voor een PGB vv, met ingang van 16 juni 2016, vermeldt dat zij hulp nodig heeft bij het aan- en uitkleden, het wassen/douchen en het toedienen van medicatie. Ook heeft zij hulp nodig bij het verschonen van incontinentiemateriaal. Verzoekster stelt dat zij op ongebruikelijke momenten zorg nodig heeft als gevolg van psychische klachten. Hierdoor kan hyperventilatie ontstaan wat gevaar op flauwvallen met zich brengt. Met betrekking tot de psychische klachten geldt dat het reglement bepaalt dat een PGB vv kan worden toegekend bij somatische klachten. Het reglement voorziet niet in de mogelijkheid van een PGB vv bij psychische klachten. Ook is geen PGB vv mogelijk voor begeleiding en/of bewaking in verband met hyperventilatie en de kans op flauwvallen. Verzoekster kan voor het valgevaar bij flauwvallen een personenalarmering aanvragen bij haar huidige zorgverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar merkt bovendien op dat op het aanvraagformulier niet is vermeld dat sprake is van valgevaar ten gevolge van hyperventilatie. De ziektekostenverzekeraar stelt dat sprake is van planbare zorg. Wat betreft het toiletbezoek wordt in dit verband verwezen naar eerdere uitspraken van de commissie.

Er is voorts geen sprake van een medische noodzaak voor een vaste zorgverlener. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoekster wenst te worden verzorgd door een voor haar vertrouwde zorgverlener en dat zij graag de regie over haar leven wenst te behouden, maar dit is geen reden haar een PGB vv toe te kennen.

- 5.3. Verzoekster kan gebruik maken van zorg in natura van een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat de zorg die bij verzoeker is geïndiceerd onder andere bestaat uit hulp bij het douchen en het aankleden. Deze zorg is planbaar. Dit geldt ook voor het toedienen van medicatie. Verzoekster voldoet niet aan de voorwaarden van artikel 3 van het reglement, zodat zij niet in aanmerking komt voor een PGB vv. Verzoekster kan gebruik maken van zorg in natura.
- 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 10 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 het PGB vv alsnog met terugwerkende kracht tot 16 juni 2016 aan verzoekster 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 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntensysteem en casemanagement. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop.

(...)

Persoonsgebonden budget (pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website

(...)

Bijzonderheden

1. U hebt alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en verzorging hebt en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig hebt in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen."

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' 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 verpleging en verzorging. U komt in aanmerking voor het pgb verpleging en verzorging als:

(...)

2. u langdurig, d.w.z. langer dan één 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 de verantwoordelijkheden en verplichtingen die bij het pgb verpleging en verzorging horen, uit te voeren. Een wettelijk vertegenwoordiger kan een ouder (voor kinderen tot 18 jaar), curator, bewindvoerder of mentor zijn. De verantwoordelijkheden en verplichtingen die u moet kunnen uitvoeren zijn bijvoorbeeld contracten afsluiten met een zorgaanbieder en deze controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten, zie hiervoor ook artikel 6;

- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van het 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 persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Om voor een pgb verpleging en verzorging in aanmerking te komen moet u voldoen aan de navolgende voorwaarden:

1. U bent in het bezit van een door een BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot een van de doelgroepen 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 zorgaanbieder(s) die door ons zijn gecontracteerd. Dit noemen wij zorg in natura (ZIN). (...)

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

- u vaak zorg nodig hebt op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;

- u zorg nodig hebt 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 hebt die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep (in het geval van Intensieve Kindzorg of PTZ);

- er een noodzaak is voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

8.6. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. Artikel 11, eerste lid, 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. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster voldoet aan de voorwaarden genoemd in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar. De vraag is of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.

9.3. De zorg die verzoekster ontvangt, bestaat, blijkens het aanvraagformulier en het bijbehorend document, uit hulp bij het wassen/douchen, het aan- en uitkleden, het scheren van lichaamshaar, het verzorgen van de huid, handen en voeten, het verwisselen van incontinentiemateriaal en het aanreiken van medicatie. Dit betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden gepland. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Het gaat voorts naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn, mede gelet op de gestelde indicatie voor Persoonlijke Verzorging van drie uren en dertig minuten per week. De door verzoekster aangevoerde psychische klachten en de hieraan verbonden gevolgen spelen in dit verband geen rol.
Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.


9.4. Hetgeen verzoekster heeft opgemerkt over het toiletbezoek wordt door de commissie gepasseerd. Het toiletbezoek vormt geen onderdeel van de indicatiestelling en bovendien gebruikt verzoekster incontinentiemateriaal. Indien dit incontinentiemateriaal niet volstaat, is onderzoek hiernaar aangewezen.
Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster de regie in eigen hand wil houden en de voorkeur er aan geeft de zorg te ontvangen van door haar gekozen zorgverleners, betekent dit niet dat formele zorgverleners haar de noodzakelijke zorg niet kunnen leveren en hierbij rekening kunnen houden met haar problematiek en de gevolgen hiervan.
Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

 **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid voor een PGB vv, 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, 13 september 2017,


 A.I.M. van Mierlo