



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie, ingangsdatum
Zaaknummer : 201700381
Zittingsdatum : 25 oktober 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk 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 te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,
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 Menzis Basis (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 GarantVerzorgd 3 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 GarantTandVerzorgd 950 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 2 november 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 brief van 31 januari 2017 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 14 juni 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 30 augustus 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 september 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op respectievelijk 5 en 11 oktober 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 4 september 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 3 oktober 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017040500) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet kan worden vastgesteld dat sprake is van een medische noodzaak voor het leveren van zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen. De zorgvraag heeft enkel betrekking op planbare zorg. De zorg is daarnaast niet dusdanig specifiek dat deze slechts door een vaste hulpverlener moet worden geleverd.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 10 oktober 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op dit advies te reageren. Van deze geboden gelegenheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft, samen met de indicierend wijkverpleegkundige, bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht:
*"CVA, met daarbij doorgemaakt coma. Regelmatig collaps, plotselinge obstipatie waarvoor ziekenhuisopname (...)
Dhr. beweegt zich moeizaam, 24 uur per dag hoofdpijn. Regelmatig collaps. problemen met cognitie, slecht zien/dubbelzien.
Hulp ADL, scheren, nagels, toiletgang. Voeding, begeleiding acceptatie handicap. Doel re-integratie maatschappij (nu veelal schaamte). Hulp stoelgang. Tolken andere hulpverleners; (...)
Zorg op afroep, omdat stemming/energie wisselend is. Daarbij heeft dhr vanuit cultuur/geloof een enorme worsteling met zijn handicap. Heeft vertrouwen in zus, deze stimuleert hem en kan hem vanuit normen en waarden de juiste kant op sturen. Vertrouwen is noodzakelijk ook door coma van dhr; (...)"*
De indicierend wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld van 7 uren en 45 minuten per week voor Persoonlijke Verzorging.
- 4.2. Verzoeker ontvangt al negen jaar zorg in de vorm van een PGB vv. Zijn zus heeft hem al die tijd hulp verleend. Op aanraden van de gemeente is verzoeker - vanwege de collectiviteitskorting - twee jaar geleden overgestapt naar de ziektekostenverzekeraar. Met ingang van 28 augustus 2016 zou verzoeker volgens deze niet meer voldoen aan de voorwaarden voor een PGB vv. Dit vindt verzoeker opmerkelijk, aangezien bij zijn vorige zorgverzekeraar precies dezelfde voorwaarden golden en hij destijds wel aanspraak had op een PGB vv. Zijn situatie en de zorg zijn in de afgelopen jaren niet veranderd. Verzoeker vraagt zich dan ook af waarom hij nu opeens niet meer in aanmerking komt voor een PGB vv. De ziektekostenverzekeraar heeft ten onrechte de aanvraag van verzoeker als een nieuwe beoordeeld, terwijl het gaat om een aanvraag voor verlenging van het PGB vv.

4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten dat verzoeker eerst per 1 januari 2017 aanspraak heeft op een PGB vv. De kosten met betrekking tot de periode tussen 28 augustus 2016 tot en met 31 december 2016 kan verzoeker niet zelf dragen aangezien hij volledig arbeidsongeschikt is.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De aanvraag voor een PGB vv van verzoeker is ontvangen op 18 oktober 2016 waardoor het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van toepassing is. Aanspraak bestaat op een PGB vv indien wordt voldaan aan de voorwaarden zoals opgenomen in artikel 3 van dit reglement. Hierin is het volgende bepaald:

- de verzekerde vaak (meer dan drie maal per week) zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of meerdere locaties;
- de verzekerde zorg nodig heeft die vooraf slecht is in te plannen, omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
- de verzekerde zorg nodig heeft die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- een noodzaak bestaat voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

5.2. Uit de aanvraag en het Bewust Keuze Gesprek blijkt dat de zorgvraag van verzoeker bestaat uit twee keer per dag hulp bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen. Verzoeker voldoet derhalve niet aan één van bovenstaande voorwaarden om in 2016 voor een PGB vv in aanmerking te komen.

In het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2017) zijn deze voorwaarden komen te vervallen. Verzoeker heeft daarom met ingang van 1 januari 2017 aanspraak op een PGB vv.

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 A17 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 met terugwerkende kracht vanaf 28 augustus 2016 aan verzoeker het aangevraagde 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 voorwaarden van de zorgverzekering.

- 8.3. Op pagina 46 en verder van de verzekeringsvoorwaarden van de zorgverzekering is omschreven wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat. Deze passage luidt, voor zover hier van belang:

“(...)

Welke zorg

U heeft recht op verpleging en verzorging. Onder verpleging en verzorging wordt verstaan: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die

- a. verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop,*
- b. niet gepaard gaat met verblijf, en*
- c. geen kraamzorg betreft.*

(...)

Persoonsgebonden budget

Een Persoonsgebonden budget (Pgb) is een geldbedrag waarmee u zelf verpleging en verzorging kunt inkopen. Als u recht heeft op verpleging en verzorging kunt u bij Menzis mogelijk ook vergoeding van die zorg vragen in de vorm van een Persoonsgebonden budget. In het Verzekeringsreglement kunt u lezen wanneer u hiervoor in aanmerking kunt komen, wat uw verantwoordelijkheden daarbij zijn en hoe het Pgb wordt betaald. (...)

Indicatie en zorgplan

U heeft alleen recht op verpleging en verzorging als u een indicatie daarvoor heeft. Deze indicatie moet voldoen aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, zoals vastgesteld door de beroepsvereniging van wijkverpleegkundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u een verpleegkundige indicatie inclusief een zorgplan hebben waarin de zorg die u nodig heeft beschreven staat in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. De indicatie en het zorgplan moeten opgesteld zijn door een HBO-wijkverpleegkundige (opleidingsniveau 5) en ondertekend door u en de zorgaanbieder. (...)

- 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 vv. U komt in aanmerking voor het pgb vv als onder één of meerdere van de hieronder beschreven doelgroepen valt: (...)

3. 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 vv horen, uit te voeren. Een wettelijk vertegenwoordiger is een ouder (voor kinderen tot 18 jaar), curator, bewindvoerder of mentor. De verantwoordelijkheden en verplichtingen die u moet kunnen uitvoeren zijn bijvoorbeeld: contracten afsluiten met een zorgaanbieder, controleren van zorgaanbieders, taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters en 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:

"Om voor een pgb vv 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. Voor IKZ moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.

(...)

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). Indien u een combinatie wenst van Zorg In Natura met een pgb vv, dan mag de indicatie maar door één zorgaanbieder 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 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;*
- 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. De zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens de voorwaarden 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 verzoeker behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van de ziektekostenverzekeraar. Rest de vraag of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. Gelet op de aanvraag en het zorgplan bestaat de zorg die verzoeker ontvangt uit hulp bij de dagelijkse verzorging, het wassen, het scheren, de nagelverzorging en het poetsen van de tanden. Dit betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Hulp bij het voeden, begeleiding bij de acceptatie van de handicap en het tolken voor andere zorgverleners vallen niet onder Persoonlijke Verzorging of Verpleging als bedoeld in de zorgverzekering. Verder gaat het 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 7 uren en 45 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.
- 9.4. Ten aanzien van 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 het onderhavige geval is geen indicatie gesteld voor 24-uurs zorg. Het toiletbezoek vormt weliswaar onderdeel van de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige, maar niet is gebleken van voornoemde bijzondere omstandigheden. Mantelzorg is aanwezig en hiervan wordt door verzoeker ook gebruik gemaakt. Zo nodig kan verzoeker gebruik maken van incontinentiemateriaal. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van zijn zus, betekent dit niet dat formele zorgverleners hem de noodzakelijke zorg niet kunnen verlenen, daarbij rekening houdend met zijn wensen. Het niet of slecht beheersen van de Nederlandse taal dan wel schaamtegevoelens die hun achtergrond vinden in de cultuur of geloofsovertuiging, vormen geen grond voor toekenning van een PGB vv.
- 9.5. Dat verzoeker wel een PGB vv ontving van zijn vorige zorgverzekeraar, maakt de uitkomst niet anders. Verzoeker was, vanwege het aflopen van de indicatie, verplicht een nieuwe aanvraag in te dienen bij de ziektekostenverzekeraar, en deze heeft de aanvraag correct beoordeeld aan de hand van de op dat moment geldende verzekeringsvoorwaarden. De commissie tekent hierbij nog aan dat het PGB tot en met 2014 werd toegekend op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, in welk verband andere voorwaarden golden, en dat in 2015 - uiterlijk tot en met 31 december van dat jaar - een overgangsregeling werd gehanteerd. Uit het feit dat onder dat regime aanspraak bestond op een PGB kunnen dan ook geen conclusies worden verbonden. Waarom de vorige zorgverzekeraar, onder het regime van de zorgverzekering, heeft geoordeeld dat verzoeker aanspraak had op een PGB vv kan in het midden blijven, aangezien de uitkomst van de beoordeling door die zorgverzekeraar de ziektekostenverzekeraar niet kan binden.
- 9.6. Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering.




Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen mogelijkheid voor toekenning van een PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 25 oktober 2017,



A.I.M. van Mierlo