




ANONIEM BINDEND ADVIES


Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem


Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie, langer dan een jaar aangewezen op zorg

Zaaknummer : 201800409

Zittingsdatum : 12 december 2018


 Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

 (Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, artikel 6:74 BW)


 1. Partijen


Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,


tegen


 VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.


 2. De verzekeringssituatie


 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Rotterdampakket Doelgroep B en Herverzekeren Verplicht Eigen Risico afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).


 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 20 september 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.

 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 27 november 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 28 maart 2018 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

 3.4. Bij brief van 14 mei 2018 heeft verzoekster 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 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.

 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 september 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 september 2018 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 6 september 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 september 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. Nadien heeft verzoekster medegedeeld dat zij eveneens telefonisch aan de hoorzitting wil deelnemen.
- 3.8. 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.
- 3.9. Bij brief van 5 september 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 28 september 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018044044) de commissie medegedeeld geen advies te kunnen uitbrengen, omdat op basis van het dossier niet kan worden beoordeeld hoe de zelfstandigheid van verzoekster zich ontwikkelt gedurende het betreffende jaar. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 1 oktober 2018 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 december 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. De commissie heeft, in vervolg op de zitting, de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid geboden vóór 31 december 2018 een voorstel te doen over de hoogte van de vergoeding en verzoekster in de gelegenheid gesteld vóór 31 december 2018 een verklaring van de behandelend oncoloog over te leggen. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie op 18 december 2018 zijn reactie gestuurd. Een afschrift hiervan is op 20 december 2018 aan verzoekster gezonden, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld binnen vijftien dagen te reageren. Verzoekster heeft op 7 januari 2019 van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is op 10 januari 2019 ter kennisname aan de wederpartij gestuurd. Verzoekster heeft de commissie op 21 december 2018 de verklaring van de behandelend oncoloog gestuurd. Een afschrift hiervan is op 24 december 2018 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen vijftien dagen te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 januari 2019 van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is op 10 januari 2019 ter kennisname aan de wederpartij gestuurd.
- 3.12. Bij brief van 10 januari 2019 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 15 januari 2019 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 verzoekster

- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan over verzoekster verklaard:
"(...) Gedurende een jaar wordt mw. ondersteund bij de transfers uit bed en naar bed om de pijn onder controle te houden en het valgevaar te beperken. (...) Gedurende een jaar is de pijn van mw. onder controle door een juiste afstemming van de medicatie, therapie trouw zijn en de nodige ondersteuning door de zorg. (...) Binnen een jaar kan mw. weer zelfstandig douchen en aankleden waarbij mw. stabiel op haar benen kan staan. (...)"
De wijkverpleegkundige heeft bij verzoekster een indicatie gesteld van negen uren en twintig minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 4.2. De behandelend oncoloog heeft op 23 februari 2018 over verzoekster verklaard:
"(...) Bovengenoemde patiënte zagen we op 23-02-2018 op de Polikliniek chirurgische oncologie. (...)"

Diagnose: myxoid liposaroom gluteus maximus

Behandeling:

- Preoperatieve radiotherapie 25x2 Gy. Laatste bestraling: 2 maart 2017.

- 30.5.2017: Resectie massa gluteaal (PA = radicaal, 90% therapie effect)

Laatste Stadiëring:

- 04.04.2017 CT thx/abd: Geen metastasen, laesie niet zichtbaar. Bijnieradenoom 21mm

- MRI 5/10/17: geen aanwijzingen voor rest of recidief.

(...)

Anamnese: Nog niet hersteld, blijft pijnklachten houden, mn in de ochtend een doof gevoel in het

been. Trekt dan wel weer weg. Gebruikt nog af en toe oxynorm 5 mg. (...)

Conclusie

Nu 9 maanden na sarcoom behandeling, er zullen restklachten blijven. Dit besproken met patiënte.

Er is hulp nodig, mn in de ochtend. Zij zal hiervoor een beroep doen op de thuiszorg. (...)"

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag voor het PGB vv afgewezen op de grond dat verzoekster niet langer dan een jaar zou zijn aangewezen op zorg. Niet ter discussie staat dat een indicatie is gesteld van negen uren en twintig minuten Persoonlijke Verzorging per week. Vast staat verder dat verzoekster wél gedurende minimaal een jaar is aangewezen op zorg, aangezien dit volgt uit de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige. Ook blijkt dit uit de verklaring van de oncoloog, die heeft aangegeven dat er restverschijnselen aanwezig zijn en dat hulp nodig zal blijven. Verzoekster is daarom van mening dat zij voldoet aan hetgeen is bepaald in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar zodat de ziektekostenverzekeraar is gehouden haar het PGB vv toe te kennen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat haar situatie sinds het indienen van de aanvraag voor het PGB vv juist is verslechterd waardoor haar behoefte aan zorg is toegenomen. De aantekening van de indicerende wijkverpleegkundige in het zorgplan dat zij binnen een jaar weer zelfstandig zou kunnen douchen en zich weer zelfstandig zou kunnen aankleden, was slechts een doelstelling en geen realistische verwachting. De zus en enkele andere familieleden van verzoekster hebben haar de afgelopen tijd de benodigde zorg verleend. Hiervoor heeft verzoekster hen betaald, maar daarvan zijn geen betaalbewijzen voorhanden.
- 4.5. In vervolg op de zitting heeft verzoekster een verklaring van de behandelend oncoloog overgelegd. Deze luidt, voor zover hier van belang: "*Conclusie[:]* Surmenage knie rechts[.] [h]ielspoor met tendinopathie rechts[.] *Beleid[:]* Fysiotherapie voor optimaliseren looppatroon en krachtverbetering voor beide benen. *Steunzolen via Livit[:]* *Advies: gewichtsreductie[:]* (...)"
- 4.6. Naar aanleiding van de door de ziektekostenverzekeraar voorgestelde coulankevergoeding heeft verzoekster gesteld dat de ziektekostenverzekeraar ter zitting de onjuistheid van zijn afwijzing van haar aanvraag voor een PGB vv heeft erkend. Hierdoor is zij langer dan een jaar verstoken geweest van passende zorg. Verzoekster meent dat een schadevergoeding van € 5.000,-- in haar situatie passend is, te meer omdat de afwijzing van de aanvraag voor het PGB vv de ziektekostenverzekeraar € 48.000,00 heeft bespaard.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. In artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar is bepaald dat een verzekerde langer dan een jaar moet zijn aangewezen op zorg, teneinde in aanmerking te komen voor een PGB vv. De behandelend oncoloog heeft toegelicht dat herstel is te verwachten, maar dat het mogelijk geen volledig herstel zal zijn. Het is niet aannemelijk dat verzoekster in de loop van het hersteltraject evenveel zorg nodig zal hebben als op het moment van de indicatiestelling. Dit betekent dat de aangevraagde zorg niet minimaal een jaar nodig is. Om die reden voldoet verzoekster niet aan de voorwaarden als gesteld in het

reglement, zodat zij niet in aanmerking komt voor het PGB vv. Verzoekster kan gebruikmaken van Zorg in Natura (ZiN). Op deze wijze kan het hersteltraject van verzoekster worden ondersteund en kan worden ingespeeld op de veranderende zorgvraag.

5.2. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat een indicatie normaal gesproken ten minste iedere drie maanden wordt geëvalueerd. Desalniettemin biedt het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar geen ruimte een PGB vv toe te kennen indien de verzekerde niet ten minste een jaar is aangewezen op de geïndiceerde zorg. De ziektekostenverzekeraar heeft erkend dat hij artikel 3.2. van de 'Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb 2017/2018' niet goed heeft geïncorporeerd in zijn verzekeringsvoorwaarden. Er kan niet met terugwerkende kracht een indicatie bij verzoekster worden gesteld. Verzoekster heeft de door haar gestelde kosten voor informele zorg niet aannemelijk gemaakt.

5.3. In vervolg op de zitting heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat verzoekster gebruik heeft gemaakt van onbetaalde zorg van familieleden (mantelzorg). Hij heeft verzoekster een vergoeding van € 250,- toegezegd op grond van coulance, als tegemoetkoming in de reiskosten van de door haar ingeschakelde mantelzorgers.

5.4. Uit de na afloop van de zitting door verzoekster overgelegde verklaring van de behandelend chirurg blijkt niet dat zij op dit moment nog Persoonlijke Verzorging nodig heeft.

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 de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 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 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 39 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. (...)"

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"U komt in aanmerking voor het pgb vv als u:

*1. behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.
(...)"*

Daarnaast dient u:

*3. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn,
(...)"*

- 8.5. De artikelen 13 van de zorgverzekering en 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1.1 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.
Verpleging en verzorging is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv.
Het PGB vv is geregeld in artikel 13a Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.29a tot en met 2.29c Rzv.

- 8.7. 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.

8.8. Artikel 6:74 BW, luidt voor zover hier van belang:

"1. Iedere tekortkoming in de nakoming van een verbintenis verplicht de schuldenaar de schade die de schuldeiser daardoor lijdt te vergoeden, tenzij de tekortkoming de schuldenaar niet kan worden toegerekend.

2. Voor zover nakoming niet reeds blijvend onmogelijk is, vindt lid 1 slechts toepassing met inachtneming van hetgeen is bepaald in de tweede paragraaf betreffende het verzuim van de schuldenaar."

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat hij bij de beoordeling van de onderhavige aanvraag een verkeerd toetsingskader heeft toegepast, omdat hij heeft verzuimd het gestelde in artikel 3.2. van de 'Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb 2017/2018' van Zorgverzekeraars Nederland, Per Saldo en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in zijn verzekeringsvoorwaarden te verwerken. Op grond van laatstgenoemd artikel behoren verzekerden die zijn aangewezen op verpleging en/of verzorging als bedoeld in artikel 2.10 Bzv én een zorgvraag hebben van langer dan een jaar tot de doelgroep van het PGB vv. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster ten tijde van de aanvraag tot deze doelgroep behoorde. Ook is niet in geschil dat verzoekster destijds een fluctuerende zorgvraag had in welk verband de indicierend wijkverpleegkundige geen indicatie voor een jaar had mogen stellen. Op deze grond had de aanvraag door de ziektekostenverzekeraar kunnen worden afgewezen, waarna verzoekster dan de mogelijkheid zou hebben gehad een nieuwe indicatie te laten stellen voor een kortere periode.

9.2. Verzoekster meent dat zij door de omissie van de ziektekostenverzekeraar schade heeft geleden in de vorm van kosten voor Persoonlijke Verzorging door haar familieleden. Deze kosten had zij kunnen vergoeden vanuit het PGB vv, waarop zij in het geval van een nieuwe indicatie voor een kortere periode mogelijk aanspraak had gehad. Nog daargelaten dat een nieuwe aanvraag voor een PGB vv niet zonder meer zou zijn toegekend, omdat de ziektekostenverzekeraar in dat geval had beoordeeld of verzoekster ook aan de andere daarvoor geldende voorwaarden voldeed, heeft verzoekster verklaard geen betaalbewijzen over te kunnen leggen zodat zij de gestelde schade van € 5.000,- niet aannemelijk heeft gemaakt. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op vergoeding hiervan.

9.3. De ziektekostenverzekeraar heeft gronden gezien aan verzoekster een coulancevergoeding van € 250,- toe te kennen als tegemoetkoming in de reiskosten van degenen die haar zorg hebben verleend. De bevoegdheid tot toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. De commissie kan daarin in beginsel niet treden. De hoogte van de verleende vergoeding vormt voor haar daarom een gegeven.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet ten laste 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, 20 februari 2019,



H.A.J. Kroon

