



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

Zaaknummer : 201801039

Zittingsdatum : 6 maart 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

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 waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend 1 ster en Extra Aanvullend KBO-PCOB 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 4 mei 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld hem geen PGB vv toe te kennen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 11 mei 2018 en 1 juni 2018 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 brief van 10 oktober 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 november 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 23 november 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 december 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 december 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 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. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 maart 2019 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het 'OMAHA Plan' van 16 april 2018 het volgende over verzoeker verklaard:
"(...) niet in staat voedsel te verkrijgen/bereiden: Dhr heeft een zelfzorgtekort in bereiden voeding tgv verminderde handfunctie rechts en halfzijdige verlamming links. (...) moeite met douchen/baden: Dhr heeft een zelfzorgtekort in baden, tgv verminderde handfunctie rechts en halfzijdige verlamming links. [M]oeite met toiletaangelegenheden: Dhr heeft een zelfzorgtekort in toiletgang, tgv verminderde handfunctie rechts en halfzijdige verlamming links. (...)"
De wijkverpleegkundige heeft bij verzoeker een indicatie gesteld van veertien uren Persoonlijke Verzorging per week.
- 4.2. Verzoeker wordt sinds 2007 naar volle tevredenheid verzorgd door zijn echtgenote. Hij ontvangt hiervoor al jarenlang een PGB vv. De echtgenote van verzoeker heeft reeds enige tijd te maken met dementieklachten. Hoewel verzoeker zich realiseert dat deze klachten in de toekomst zullen toenemen, biedt zijn echtgenote hem tot op heden de benodigde zorg. Het gaat dan met name om de niet-planbare zorg, zoals ondersteuning bij de toiletgang, hulp bij het eten en bij transfers van de rolstoel naar de scootmobiel en vice versa. Ook geeft de echtgenote van verzoeker hem spullen aan en helpt zij hem met het aan- en uittrekken van kleding. Het gaat om circa twintig niet-planbare momenten op de dag, die niet met behulp van zorg in natura (ZIN) kunnen worden ingevuld. De dementieklachten van de echtgenote van verzoeker staan op dit moment niet in de weg aan de door haar te leveren zorg. Verzoeker en zijn echtgenote zijn zeer goed op elkaar ingespeeld en voorzien elkaar in de niet-planbare behoeftes. Zij willen graag zoveel mogelijk zelfstandig samen alles oplossen. De continuïteit van de zorg en de rechtszekerheid worden doorkruist door de plotselinge wijziging in argumentatie van de ziektekostenverzekeraar.
- 4.3. Verzoeker vraagt zich af wat er nu anders is dan een paar jaar geleden. Zijn echtgenote heeft sinds langere tijd klachten op het gebied van haar geheugen en dit heeft nooit een probleem gevormd. Ook de indicierend wijkverpleegkundige heeft niet geoordeeld dat een andere zorgverlener moest worden gezocht.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij het moeilijk vindt zorg van een andere zorgverlener dan zijn echtgenote te ontvangen, in het bijzonder zorg op het gebied van

persoonlijke hygiëne. Hij stelt voor dat de ziektekostenverzekeraar hem voor deze zorg een PGB vv toekent zodat zijn echtgenote deze handelingen kan blijven verlenen. De andere geïndiceerde zorghandelingen kunnen door een gecontracteerde zorgaanbieder (zorg in natura) worden verleend. Verzoeker heeft verder aangevoerd dat niet duidelijk is op basis waarvan de wijkverpleegkundige, die bij zijn echtgenote een indicatie heeft gesteld voor verpleging en verzorging, haar conclusie baseert dat laatstgenoemde niet in staat is kwalitatief goede zorg te verlenen. Hij vindt het voorts niet netjes dat de wijkverpleegkundige die bij hem een indicatie heeft gesteld voor verpleging en verzorging hem niet eerder kenbaar heeft gemaakt te twifelen aan de juistheid van de door haar gestelde indicatie.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar kent alleen een PGB vv toe als wordt voldaan aan alle voorwaarden die zijn gesteld in zijn 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)'. In artikel 3.2 van dit reglement is bepaald dat een PGB-houder naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar in staat moet zijn op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit.

5.2. Naar aanleiding van de aanvraag van verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar contact met hem opgenomen. Verzoeker informeerde de ziektekostenverzekeraar dat de zorgverlener, zijn echtgenote, last heeft van vergeetachtigheid. Bovendien krijgt zij zelf hulp bij het innemen van haar medicatie vanwege deze klachten. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat de echtgenote van verzoeker hem niet op een doelmatige en verantwoorde wijze de zorg kan verlenen die past bij zijn indicatie. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoeker eraan gehecht is dat zijn echtgenote hem zorg verleent. Dit vormt echter geen reden alsnog een PGB vv aan hem toe te kennen. Verzoeker heeft aanspraak op zorg in natura (ZIN). Hij kan hiervoor contact opnemen met een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de wijkverpleegkundige, die bij de echtgenote van verzoeker een indicatie heeft gesteld voor verpleging en verzorging, heeft verklaard dat zij het niet verantwoord vindt dat laatstgenoemde zorg aan verzoeker verleent. Deze wijkverpleegkundige heeft toegelicht dat bij de echtgenote van verzoeker sprake is van de ziekte van Alzheimer en dat zij (als gevolg hiervan) zelf hulpbehoevend is en geen inzicht heeft in 'de situatie'. De wijkverpleegkundige, die de indicatie voor verpleging en verzorging bij verzoeker heeft gesteld, heeft bevestigd dat zijn echtgenote kampt met dementie. Tevens heeft zij verklaard dat zij de door haar gestelde indicatie bij verzoeker te ruim vindt. Omdat niet is voldaan aan het bepaalde in artikel 3.2. van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de ziektekostenverzekeraar, is de ziektekostenverzekeraar niet bereid verzoeker (al dan niet voor een gedeelte van de geïndiceerde zorg) een PGB vv toe te kennen.

5.4. 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 gehouden is het PGB vv alsnog aan verzoeker toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 28 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, 30 en 31 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

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 (Zvw-pgb) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging voor in de eigen omgeving kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement Zvw-pgb. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. (...)"

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

*"U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb 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 (hier valt ook de gespecialiseerde verpleging onder). (...)"*

*Daarnaast dient u:
2 langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, (...)"*

8.5. Artikel 3 van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

*"U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden: (...)
2 u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met behulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. (...)"*

8.6. Artikel 28 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1.1 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, 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.


8.8. 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. Niet in geschil is dat verzoeker behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld, als omschreven in artikel 2 van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de ziektekostenverzekeraar. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of verzoeker voldoet aan de voorwaarden die artikel 3 van het reglement stelt. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.


9.2. De budgethouder moet volgens genoemd artikel in staat zijn op eigen kracht of met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat verzoeker niet aan dit criterium voldoet, omdat hij de zorg inkoop bij zijn echtgenote, die zelf kampt met gezondheidsproblemen. De commissie merkt op dat hoewel het kan zijn dat de echtgenote van verzoeker bepaalde handelingen feitelijk nog goed kan verrichten, waaronder hulp bij het bereiden van maaltijden en hulp bij de toiletgang, haar ziektebeeld met zich brengt dat zij niet (langer) kan voorzien in zorg van goede kwaliteit. Indien zij vanwege vergeetachtigheid moet worden herinnerd aan het innemen van haar eigen medicatie, ligt het voor de hand dat zij ook bij de zorg die aan verzoeker moet worden verleend door haar aandoening zal worden beperkt. Hierbij is niet relevant of de indicierend wijkverpleegkundige van mening is dat de echtgenote van verzoeker adequate zorg aan hem verleent. Deze wijkverpleegkundige is immers slechts verantwoordelijk voor het stellen van de indicatie. Zij bepaalt niet wie de zorg moet verlenen. De ziektekostenverzekeraar mag hieraan echter wel eisen stellen. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar volgen in zijn stelling dat niet wordt voldaan aan de voorwaarden van artikel 3 van zijn 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)'. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.



Dat dit voorheen anders was, kan niet leiden tot een andere uitkomst. Duidelijk is dat de situatie van de echtgenote van verzoeker in de afgelopen jaren is verslechterd, en wel zodanig dat zij de verzorging van verzoeker inmiddels niet meer op zich kan nemen. Verzoeker heeft wel recht op de geïndiceerde zorg in natura.





Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.




Conclusie

- 
- 9.4. 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 maart 2019,



L. Ritzema

