



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), afbakening Wmo-Zvw, betalingsachterstand

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.26a tot en met 2.26c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 201901703

Zittingsdatum : 21 oktober 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (G.R.J. de Groot, H.A.J. Kroon en M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

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. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 10 juni 2020 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 augustus 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op dezelfde dag aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 8 september 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020034999) per brief aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 10 september 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 20 oktober 2020 een aanvullende reactie gegeven op het geschil.
- 2.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 oktober 2020 gehoord.
- 2.6. Verzoekster is na de hoorzitting in de gelegenheid gesteld binnen veertien dagen te reageren op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 20 oktober 2020. Zij heeft bij brief van 9 november 2020 op de brief gereageerd. Een afschrift van deze brief is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 11 november 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 23 november 2020 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Zij hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering GemeentePakket Compleet (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft het syndroom van Gilles de la Tourette en heeft in verband daarmee zorg nodig. Zij ontvangt hiervoor sinds 2016 van de ziektekostenverzekeraar een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Op 30 januari 2019 heeft zij de ziektekostenverzekeraar verzocht om verlenging van het PGB vv.

- 3.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in een zorgplan met als datum 24 januari 2019 (afgedrukt op 31 januari 2019) over verzoekster verklaard:

"(...) Mevr. is bekend met neuro-psychiatrische aandoening (Gilles de la Tourette). Diagnose is op haar 18e gesteld. Mevr. heeft m.n. last van motorische tics die haar functioneren belemmeren. Ook is mevr. bekend met psychische klachten t.g.v. de gestelde diagnose waardoor zij niet in staat is structuur in haar dag aan te brengen. (...)

24-1-2019: Mevr. kan a.g.v. diagnose sommige handelingen niet zelf uit voeren. Ook kan ze maar beperkt dagstructuur aanbrengen. Mw. schaamt zich voor haar tics en vind[t] het erg moeilijk dat zij "anders" is dan andere mensen van haar leeftijd, mevr, leeft hierdoor erg geïsoleerd en heeft een klein clubje mensen om haar heen, na de ADL moet mevr. weer tot rust komen. Als mevr. naar buiten gaat heeft zij begeleiding nodig i.v.m. valgevaar. (...)

*Congenitaal: neuromusculaire stoornissen (bijv, verminderde of afwezige braakreflex, verminderde kracht of bewegingsuitslag van de kauwspieren, waarnemingsstoornis, aangezichtsverlamming)
Neurologisch: afwijkingen van mond-keelholte (...)*

24-1-2019: Mevr. kan door beperkte mobiliteit niet altijd tijdig plassen waardoor zij soms incontinent is. (...)

Mevr. krijgt extra mondzorg vanwege haar prothese bit, ontstoken tandvles en loszittende tanden. Mevr. is onder behandeling bij een kaakchirurg en krijgt periodiek botox ingespoten voor haar kaak. Mevr. kan de mondzorg niet zelf uitvoeren omdat zij doorslaat bij het poetsen en zichzelf hiermee kan verwonden (door de tics).

Na het douchen moet de huid goed en zorgvuldig gedroogd worden. Dit in verband met smetplekken. Het gehele lichaam van mevr. moet ingesmeerd te worden met een speciale zalf/ crème (voor dun en gedroogd huid) die voorgeschreven is door de huisarts. Mevr. krijgt 2 maal per week zorg bij het verwijderen van lichaamsbehaarng.

Mevr. wordt geholpen met aankleden. [Zij] kan haar bovenkleding zelfstandig aandoen, waar dan geen afsluitmechanismes (knoopjes, rits, haken, etc) van aanwezig zijn. Mevr. kan sluitingen van kleding niet zelfstandig vast krijgen. Mevr. hecht veel waarde aan het dragen van "normale" kleding (dus geen joggingsbroeken, t-shirts, slippers, etc) om zich zoveel mogelijk waardig te voelen. Tijdens de menstruatie wordt mevr. extra verschoond en heeft zij hulp nodig bij het wisselen van het maandverband.

Mevr. krijgt altijd onder toezicht haar medicatie. Soms krijgt ze deze geheel oraal toegediend en soms heeft ze moeite met slikken, waardoor de medicatie gemalen wordt en in appelmoes of via [?] wordt gegeven.

24-1-2019:

Mevr. is de oudste van 3 kinderen. Ze heeft nog een broer en een zus. Haar ouders zijn niet in staat om mevr. te verzorgen, omdat zij zelf ook lichamelijke klachten ervaren. Jongste zus is de zorgverlener van mevr. Mevr. woont samen met haar vriendin, de vriendin verzorgt haar niet, maar doet wel het huishouden en de boodschappen thuis. De administratie en persoonlijke verzorging doet haar zus. Mocht zus niet in staat zijn om haar zorg te verlenen dan doet haar broer dat. Hij is hiervoor gemachtigd, genaamd (...). Mocht zus ziek zijn of op vakantie dan valt mijn broer of een vriendin (...) hiervoor in.

24-1-2019: Mevr. vindt het erg belangrijk om er zo goed mogelijk uit te zien. Haar haren worden geverfd, gestileerd, geföhnd en haar wenkbrouwen worden geëpileerd. Nagels (vingers en tenen) worden gelakt. Zij krijgt wat make-up op haar gezicht. Zij voelt zich mede daardoor meer vrouw. (...)

Als gevolg van haar ziekte is er sprake van ineffectief persoonlijk gezondheidsmanagement en risicovol gedrag voor de gezondheid. Door de vermoeidheid en het mobiliteitstekort door de motorische onrust en tics is mevr. niet in staat om zichzelf te verzorgen. Ook is er sprake van

risico's op vallen, letsel, huiddefecten en aspiratie. Als gevolg van de psychische component van de aandoening is er sprake van vrees, risico op machteloosheid, eenzaamheid, aantasting van de menselijke waardigheid, chronische geringe zelfachting en ineffectieve planning van activiteiten. Mevr. heeft o.b.v. een neuro-psychiatrische aandoening chronische motorische stoornissen en heeft hierdoor dagelijks hulp nodig bij de persoonlijke verzorging en transfers om risico's te monitoren en complicaties te voorkomen. (...)"

- 3.4. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in een aanvullend zorgplan (ook afgedrukt op 31 januari 2019) over verzoekster verklaard:

"(...) Mw. komt op een veilige manier op de door haar gewenste plaatsen en vallen wordt voorkomen.

Informele zorgverlener:

- dagelijks hulp in/uit bed*
- dagelijks hulp van/naar het toilet*
- dagelijks hulp van/naar de bank/stoel*

hulpmiddelen:

- douchestoel*
- beugel in badkamer*

zorgtijd:

PV 4.40 u per week door informele zorgverlener via PGB ZVW

Mobiliteitstekort, lichamelijk (00085) Mevr. behoud[t] zoveel mogelijk de huidige zelfstandigheid, complicaties worden voorkomen en wordt dagelijks door zorgverlener ondersteund.

informele zorgverlener:

- dagelijks hulp bij douchen/wassen (soms 2x per dag i.v.m. hevige transpiratie), haren wassen*
- dagelijks hulp bij aan/uitkleden van onder en bovenkleding, schoenen*
- dagelijks hulp bij verzorgen van haren, nagels*
- 2x per dag specifieke mondzorg i.v.m. behandeltraject voor kaakproblematiek a.g.v. ziekte cliënt:*
- mevr. helpt zoveel mogelijk mee al naar gelang situatie dat op dat moment toe laat*

hulpmiddelen:

- douchestoel*
- wandbeugel in badkamer (...)*

PV: 9.20 uur per week door informele zorgverlener via PGB (...)"

Het aangevraagde PGB vv heeft een ingangsdatum van 24 april 2019 en een einddatum van 24 april 2021. De indicierend wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld op basis van 18 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week.

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 juli 2019 per brief aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor het PGB vv is afgewezen.

- 3.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft op enig moment telefonisch aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.7. Op 8 september 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"(...) Het dossier bevat een PGB vv aanvraag en het bijbehorende zorgplan. Ook bevat het dossier een medische rapportage/advies van de MO-zaak ten behoeve van een Wmo indicatie.

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier bestaat geen reden om de indicatie van de wijkverpleegkundige in twijfel te trekken. Verweerder voert aan dat er een zorgvraag is en geeft aan dat mogelijk aanspraak bestaat op zorg in natura. De aanspraak op zorg hangt echter niet af van de leveringsvorm. Verweerder voert aan dat de zorgvraag van verzoekster op veel punten afwijkt van de geïndiceerde zorg. Dit is verder niet onderbouwd.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en een geneeskundige context. (...)"

3.8. In de brief van 20 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard, voor zover hier van belang:

"(...)Het standpunt van [naam gemachtigde] klopt niet. Als we kijken naar het betalingsgedrag in 2018 dan laat het juist zien dat mevrouw niet tijdig betaalt. In de bijlage treft u aan een zogeheten premiespecificatie van 1 januari 2018 tot en met heden. In dit overzicht leest u de volledige betalingshistorie vanaf 2018 inclusief alle storneringen.

Kijkend naar het jaar 2018, zoals eveneens verzocht door [naam gemachtigde], zien we dat mevrouw enkel 5 betalingen aan ons heeft gedaan. Te weten op 25 januari, 23 mei, 25 juni, 3 augustus en 27oktober. In datzelfde jaar heeft zij verder verschillende betalingsregelingen met ons afgesproken die ze ook meerdere keren niet is nagekomen. In totaal hebben wij in 2018 een bedrag van € 1.749,20 aan premie in rekening gebracht. Wij hebben dat jaar in totaal een bedrag van € 1.049,59 van mevrouw mogen ontvangen. In de bijlage heb ik deze bedragen rood gemarkeerd ter verduidelijking. Gezien er geen peil op te trekken is wanneer mevrouw een bedrag aan ons overmaakt, komt de stelling van [naam gemachtigde] dat mevrouw (...) een goede betaler is te vervallen. In het jaar 2018 ontving mevrouw (...) van ons nog een pgb-vv waardoor ook de stelling, dat de ontstane achterstand komt doordat wij geen vergoeding hebben betaal[d], onjuist is.

Conclusie

Mevrouw (...) heeft het jaar voorafgaand aan de aanvraag meer dan 4 maandpremies niet aan ons betaal[d]. Onder artikel 3.3D van ons reglement staat dat er geen Pgb-Zvv toegekend kan worden als er sprake is van 4 maanden premieachterstand of meer. Ook mag iemand, om weer in aanmerking te komen, meer dan een jaar geen betalingsachterstand hebben. Hiermee voldoet mevrouw niet aan de voorwaarden om voor een Pgb-Zvv in aanmerking te komen. Ter volledigheid wijs ik u nog op artikel 9 van ons reglement, welke ons de mogelijkheid bied om met terugwerkende kracht een aanvraag te herzien als er voldaan wordt aan één van de weigeringsgronden.

Brieven

Wij hebben onder andere in 2018 aan mevrouw (...) meerdere storno brieven en herinneringsbrieven gestuurd. (...)"

3.9. Verzoekster heeft, voor zover hier van belang, op 9 november 2020 per brief aan de commissie meegedeeld:

"(...) 2.1. VGZ blijkt pas in april 2020, ruim één jaar na de afwijzing van de aanvraag pgb-vv van januari 2019, het gehele dossier van mevr. (...) te hebben doorgenomen. Deze nalatigheid is erkend door VGZ in de hoorzitting.

2.2. Mevr. (...) zou geen recht hebben op een pgb-vv, omdat zij voorafgaand aan de aanvraag meer dan 4 maandpremies niet aan VGZ heeft betaald. VGZ beroept zich op artikel 3 lid 3 sub d van het reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: 'reglement pgb-vv').

2.3. Hetgeen opgenomen in het verzoekschrift d.d. 10 juni 2020 omtrent de betalingsachterstand dient hier als herhaald en ingelast te worden beschouwd.

2.4. Mevr. (...) heeft in januari 2019 de aanvraag pgb-vv ingediend, daarom is het reglement pgb-vv 2019 van toepassing. Artikel 3 het reglement pgb-vv luidt als volgt:

"(..) U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. De volgende aspecten wegen wij mee in onze beoordeling:

d. U heeft of had het afgelopen jaar een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden; (..)

Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het Zvw-pgb verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan dient te worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb." (...)

2.5. Een betalingsachterstand kan worden meegewogen in de beoordeling. Het is echter geen weigeringsgrond die is opgenomen in artikel 4 'Weigeringsgronden'. VGZ had volgens het reglement pgb-vv eerst moeten kijken of mevr. (...) voldoet aan de toekenningsvoorwaarden uit artikel 3 reglement pgb-vv. Alvorens zij gaan kijken of er sprake is van een weigeringsgrond uit artikel 4 reglement pgb-vv. VGZ heeft nagelaten om het gehele dossier te analyseren en haar eigen reglement te volgen. Deze nalatigheid heeft er toe geleid dat mevr. (...) zich al bijna 2 jaar in het ongewisse bevindt omtrent haar aanvraag pgb-vv. (...)"

3.10. Het Zorginstituut heeft in het definitief advies van 23 november 2020 over verzoekster verklaard:

"(...) Het Zorginstituut heeft nog steeds geen aanleiding om aan de indicatie in geschil te twijfelen. Uit de beschikbare informatie blijkt niet dat geen sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg is voldoende onderbouwd. Hetgeen dat verweerder aanvoert tijdens de hoorzitting maakt dit niet anders. Verweerder haalt als voorbeeld aan dat verzoekster zelfstandig kan eten terwijl er geen zorg met betrekking tot maaltijdondersteuning is geïndiceerd. Ook heeft verweerder geen contact opgenomen met de indicerende wijkverpleegkundige. Het voorlopig advies wijzigt daarom niet. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv met terugwerkende kracht tot 5 juni 2019 goed te keuren, alsmede de toekenning te verlengen tot 21 april 2021.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Standpunt verzoekster

6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij op haar 18e de diagnose syndroom van Gilles de la Tourette heeft gekregen. Zij heeft met name last van motorische tics die haar het functioneren belemmeren. Zij heeft als gevolg hiervan dagelijks hulp nodig bij het in- en uit bed gaan, het aankleden, douchen

en bij het innemen van medicatie. Op 30 januari 2019 heeft zij bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend tot verlenging van haar lopende PGB vv. Bij de aanvraag was een zorgplan gevoegd, waarin uitgebreid is onderbouwd welke zorg onder de Zvw valt en welke zorg onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo). De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster meegedeeld dat de aangevraagde zorg geen verpleging en verzorging is die ten laste van de Zvw kan worden toegekend. Wel is door de ziektekostenverzekeraar een tijdelijke overbrugging toegekend tot en met 4 juni 2019.

- 6.3. Verzoekster ontvangt vanaf 1 januari 2017 vanuit de Wmo een PGB Begeleiding Individueel. Zij krijgt begeleiding bij onder andere het vergroten van haar leefwereld en ondersteuning bij een regelmatig en gezond eet- en drinkpatroon. Voor de overige zorg doet zij een beroep op de Zvw. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar bij zijn afwijzing teveel focust op de reden dat de handelingen nodig zijn, namelijk het syndroom van Gilles de la Tourette. Als verzoekster niet wordt geholpen bij de ADL, brengt dit gezondheidsrisico's met zich, die een rol spelen bij de vraag of een PGB vv moet worden toegekend. Bij verzoekster is bijvoorbeeld sprake van een verstoord slikmechanisme. Verslikingsgevaar vormt een duidelijk gezondheidsrisico.
- 6.4. Een arts van Stichting SAP heeft de situatie van verzoekster beoordeeld, en is tot de conclusie gekomen dat sprake is van een geneeskundige context. De medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar komt tot de tegenovergestelde conclusie zonder verzoekster te hebben gezien en/of gesproken. Verder vindt verzoekster het vreemd dat zij jarenlang een PGB vv heeft ontvangen, zonder dat het al dan niet aanwezig zijn van een geneeskundige context aan de orde werd gesteld. Haar situatie is niet verbeterd, eerder verslechterd. Daarom is een uur meer zorg per week aangevraagd dan voorheen.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 7 april 2020 aangevoerd dat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden voor toekenning van een PGB vv, omdat meer dan vier maanden premieachterstand bestaat. Verzoekster is van mening dat deze bepaling in het reglement in strijd is met artikel 13a Zvw jo. 2.15c Bzv. Als dit niet het geval is, stelt verzoekster dat 'ex tunc' moet worden getoetst. Ten tijde van de aanvraag was nog geen sprake van een betalingsachterstand. Ook in de daaraan voorafgaande jaren was dit niet aan de orde. Bovendien is de ontstane achterstand een gevolg van het handelen van de ziektekostenverzekeraar. Zonder vergoeding van de zorg waarop verzoekster recht heeft, is de kans op het ontstaan van een betalingsachterstand groot. Door het trage handelen van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster al ruim een jaar de kosten van haar verzorging zelf moeten dragen. Zij ontvangt een WAJONG-uitkering, en de betreffende kosten drukken zwaar op haar inkomen. Verzoekster verwacht de gehele achterstand op korte termijn in te lopen.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de aanvraag voor het PGB vv is afgewezen omdat bij verzoekster geen sprake is van een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoekster zorg nodig heeft, maar deze valt niet onder de aanspraken die ten laste van de Zvw kunnen worden gebracht. Haar zorgvraag hoort thuis bij de Wmo.
- 6.7. Uit het rapport van de arts van Stichting SAP blijkt duidelijk dat er een zorgvraag is. Dit wordt door de ziektekostenverzekeraar niet betwist. Deze zorgvraag wijkt echter op veel punten af van de geïndiceerde zorg. Uit het verslag van de arts wordt niet duidelijk wat het geneeskundige risico is dat maakt dat deze zorg niet zou passen binnen de afbakening van de Wmo.
- 6.8. Verder is het de ziektekostenverzekeraar gebleken dat naar de stand van 7 april 2020 meer dan vier maanden premieachterstand bestaat. Gelet op artikel 3.3d van het 'Reglement persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement) kan in dat geval geen PGB vv worden toegekend. Om weer in aanmerking te kunnen komen voor een PGB vv moet iemand langer dan een jaar geen betalingsachterstand hebben gehad. De

ziektekostenverzekeraar merkt op dat eventueel wel zorg in natura mogelijk is. Hiervoor kan verzoekster contact opnemen met één van de door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisaties.

Oordeel van de commissie

- 6.9. De commissie overweegt dat de aanvraag voor verlenging van het PGB vv is ingediend op 30 januari 2019. Het jaar voorafgaand aan deze aanvraag bestond volgens het overzicht van de ziektekostenverzekeraar van 20 oktober 2020 op enig moment een achterstand van meer dan vier maandpremies. Gelet op artikel 3, derde lid, van het reglement is een voorwaarde voor toegang tot het PGB vv dat de verzekerde naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar in staat is op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen uit te voeren. De ziektekostenverzekeraar weegt daarbij een aantal aspecten mee in beoordeling. Onder d van het betreffende artikel is bepaald dat wordt meegewogen of iemand het afgelopen jaar een betalingsachterstand had in de premie van meer dan vier maanden. Zoals verzoekster terecht opmerkt, is dit criterium niet opgenomen onder artikel 4 'Weigeringsgronden' van het reglement. Het al dan niet aanwezig zijn van een betalingsachterstand is daarom geen absolute weigeringsgrond voor het PGB vv. Het betreft bovendien een weigeringsgrond die naar haar aard overeenkomstig redelijkheid en billijkheid moet worden toegepast. Vast staat dat de ziektekostenverzekeraar dit argument voor het eerst naar voren heeft gebracht in de laatste brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 7 april 2020. Eerder is dit argument verzoekster nooit tegengeworpen. De onderbouwing van het standpunt volgde pas in de brief van 20 oktober 2020. De commissie is van oordeel dat het bestaan van een betalingsachterstand er onder deze omstandigheden niet aan in de weg mag staan dat het PGB vv alsnog met terugwerkende kracht tot 30 januari 2019 wordt toegekend. Dit klemt temeer aangezien de betalingsachterstand naar de stand van 20 oktober 2020 nog slechts € 209,91 bedraagt. Hieruit valt op te maken dat verzoekster inderdaad werk heeft gemaakt van het inlopen van de achterstand zodat de commissie erop vertrouwt dat deze binnenkort geheel tot het verleden zal behoren. Rest de vraag of de aanvraag voor verlenging van het PGB vv op 30 januari 2019 op een andere grond terecht door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen.
- 6.10. Artikel 2, eerste lid, van het reglement bepaalt dat een verzekerde in aanmerking komt voor een PGB vv als deze 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. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige te beoordelen welke zorg verzoekster nodig heeft en haar bevindingen vast te leggen in een zorgplan. Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies van 8 september 2020 geoordeeld dat op basis van de beschikbare informatie in het dossier geen reden bestaat aan de indicatie van de wijkverpleegkundige te twifelen. Bovendien merkt het Zorginstituut op dat de aanspraak op zorg niet afhangt van de leveringsvorm. Het argument van de ziektekostenverzekeraar dat eventueel aanspraak bestaat op zorg in natura, snijdt daarom geen hout. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat de zorgvraag afwijkt van de geïndiceerde zorg is niet onderbouwd. De commissie volgt het Zorginstituut in zijn overwegingen en in de conclusie. Dit betekent dat verzoekster aanspraak heeft op een PGB vv zoals geïndiceerd door de wijkverpleegkundige, ten laste van de zorgverzekering vanaf 21 april 2019 tot en met 21 april 2021.
- 6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) verzoekster recht heeft op een PGB vv op basis van 18 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 21 april 2019 tot en met 21 april 2021; en
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 15 december 2020,



G.R.J. de Groot

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

1. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde die behoefte heeft aan verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg, desgevraagd altijd in aanmerking komt voor een passende vergoeding in de vorm van een Zvw-pgb. De zorgverzekeraar stelt de verzekerde met deze vergoeding in staat in de praktijk zorg of een andere dienst te betrekken, die is afgestemd op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden.
2. De zorgverzekeraar treedt, na de in het eerste lid bedoelde aanvraag en voorafgaand aan het verstrekken van het Zvw-pgb, in contact met de verzekerde. De zorgverzekeraar informeert de verzekerde over de in het derde lid en andere bij of krachtens deze wet gestelde voorwaarden of beperkingen en beoordeelt de geschiktheid van verzekerde om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.
3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst de voorwaarden op waaronder de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb.
4. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde ook in aanmerking kan komen voor een Zvw-pgb indien de kosten die de verzekerde maakt voor het betrekken van de desbetreffende zorg of andere dienst hoger zijn dan de vergoeding in de vorm van het Zvw-pgb, mits het verschil voor rekening van de verzekerde komt.
5. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld over de voorwaarden die aan de verzekerde of diens vertegenwoordiger worden gesteld om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.
6. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot:
 - a. de inhoud van de zorg waarvoor een Zvw-pgb wordt verstrekt;
 - b. het uitzonderen van vormen van zorg of overige diensten van het Zvw-pgb;
 - c. het met een Zvw-pgb vergoeden van andere vormen van zorg of overige diensten die onmiddellijk samenhangen met verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg;
 - d. de mate van vergoeding die de zorgverzekeraar de verzekerde ten minste moet of ten hoogste mag bieden.
7. De zorgverzekeraar wijst de verzekerde bij de aanvraag op het recht op cliëntondersteuning, bedoeld in artikel 2.2.4, eerste lid, onder a, van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.
8. Bij ministeriële regeling kan een publiekrechtelijke rechtspersoon worden aangewezen die de verzekerde met een Zvw-pgb op diens verzoek ondersteunt bij het verkrijgen van de vergoeding van zijn zorgverzekeraar voor en zijn werkgeverstaken of opdrachtgeverschap in verband met de door verzekerde betrokken zorg of diensten.
9. In de ministeriële regeling, bedoeld in het achtste lid, kunnen regels worden gesteld over de uitvoering van de ondersteuning en over de verstrekking van een jaarlijkse rijksbijdrage voor de uitvoering van de ondersteuning.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

- a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
- b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
- c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.

Artikel 2.15a

1. Met het Zvw-pgb kan worden vergoed verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.
2. De zorgverzekeraar kan in zijn modelovereenkomst opnemen dat met het Zvw-pgb tevens kan worden vergoed verblijf als bedoeld in artikel 2.12 voor zover gepaard gaande met verpleging en verzorging voor verzekerden tot achttien jaar.

Artikel 2.15b

Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, kunnen bij ministeriële regeling bedragen worden vastgesteld die ten hoogste met een Zvw-pgb worden vergoed.

Artikel 2.15c

1. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt een Zvw-pgb verstrekt indien:
 - a. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit,
 - b. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren,
 - c. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door hem verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg en
 - d. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat hij de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.
2. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt het Zvw-pgb geweigerd indien:
 - a. de verzekerde bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat is gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
 - b. de verzekerde blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
 - c. de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen;
 - d. de vertegenwoordiger van de verzekerde niet voldoet aan regels inhoudende beperkingen of eisen die bij ministeriële regeling aan de kring van vertegenwoordigers kunnen worden gesteld in het belang van de bescherming van de verzekerde of van het waarborgen van de hulp, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d.
3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst geen andere voorwaarden en

weigeringsgronden op ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger dan vermeld in het eerste, tweede en vierde lid.

4. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden en weigeringsgronden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste 23 euro per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

- a. de verzekerde, of, indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, failliet is verklaard;
- b. ten aanzien van de verzekerde of, indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, dan wel een verzoek daartoe bij de rechtbank is ingediend.

Artikel 2.29c

1. Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:
 - a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,
 - b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,
 - c. de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.
2. De verzekerde die door een vertegenwoordiger wordt geholpen kan het Zvw-pgb worden geweigerd indien een gegronde reden bestaat om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:
 - a. bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
 - b. blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres,
 - c. zijn vrijheid is ontnomen,
 - d. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard,
 - e. anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor de verzekerde aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen, of
 - f. de hulp tegen betaling verleent.

Gaat u voor gecontracteerde multidisciplinaire zorg zoals omschreven in punt 3.2 naar een zorggroep die niet door ons is gecontracteerd, dan bestaat geen recht op vergoeding.

Maakt u geen gebruik van multidisciplinaire zorg of kunt u in uw regio geen gebruikmaken van deze zorg? Dan heeft u recht op zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (punt 1 en 2) en diëtetiek (artikel 29).

Gaat u voor huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg zoals omschreven in punt 1, 2 of 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven.

Gaat u naar een zorgaanbieder anders dan de huisarts of zorggroep waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Dit geldt ook voor onderzoek dat de huisarts voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek). Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 12. Gecombineerde leefstijlinterventie

Dit krijgt u vergoed

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u recht op een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Een GLI is een erkend programma over gezonde voeding, eetgewoontes en meer bewegen om een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden. U kunt voor een erkend programma in aanmerking komen vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de Zorgstandaard Obesitas.

Op onze website vindt u de erkende programma's. Een programma duurt 24 aaneengesloten maanden. U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

1. Bij een leefstijlcoach die is ingeschreven in het register van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)
2. Bij een fysiotherapeut, oefentherapeut, diëtist of ergotherapeut die zijn geregistreerd als leefstijlcoach

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts.

Artikel 13. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. 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. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid en het cliëntstelsel en casemanagement. U kunt recht hebben op professionele zorgopvolging als u gebruik heeft gemaakt van een noodoproep via een personalarmering (bijvoorbeeld als u thuis bent gevallen).

Onder deze zorg valt ook verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderdagverblijf. Intensieve kindzorg (IKZ) is zorg aan kinderen tot 18 jaar waarbij sprake is van behoefte aan zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden in verband met geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Ook is bij deze kinderen sprake van een behoefte aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid.

U heeft alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en/of verzorging heeft en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5 of verpleegkundig specialist. Deze 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 heeft in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

De indicatie voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt gesteld door een kinderverpleegkundige, niveau 5 of verpleegkundig specialist. Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

Persoonsgebonden budget (pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U heeft 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.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Extra informatie

De huisarts of medisch specialist beoordeelt of er sprake is van palliatief terminale zorg. Palliatief terminale zorg is zorg in de laatste levensfase. De levensverwachting is dan niet langer dan 3 maanden.

Artikel 14. Verloskundige zorg en kraamzorg

14.1. Verloskundige zorg

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, zoals verloskundigen deze plegen te bieden. Onder de verloskundige zorg is ook begrepen het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis of een geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Deze zorg omvat ook:

- Preconceptiezorg (kinderwensconsult)
Als u een kindwens heeft, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11 punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan.
- Counseling
Als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, dan heeft u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. In dit gesprek ontvangt u informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatietest en de twintig-weeken echo (SEO; Structureel Echoscopisch Onderzoek).
- De combinatietest, de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek als u een medische indicatie heeft. U heeft ook recht op een NIPT als uit een combinatietest blijkt dat u een aanmerkelijke kans