



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen VGZ voor de Zorg N.V. te Arnhem

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), zorgvraag korter dan een jaar, zorg in natura

Regelgeving : 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

Zaaknummer : 201802156

Zittingsdatum : 23 oktober 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

1. Partijen

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

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 10 mei 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 juli 2019 zijn standpunt aan de commissie kenbaar gemaakt. Een afschrift van deze brief is op 31 juli 2019 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Bij brief van 4 september 2019 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019039751) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een afschrift is op 9 september 2019 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 oktober 2019 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 25 oktober 2019 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 28 oktober 2019 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de IZZ Basisverzekering, variant Natura (hierna: de zorgverzekering), en de aanvullende ziektekostenverzekeringen IZZ Zorg voor de Zorg en Extra 2 (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 4 juni 2018 over verzoekster verklaard: "(...) *doel is dat mw uiteindelijk zelf de persoonlijke verzorging en medicatie weer zelfstandig kan. Dit wordt geschat op een jaar. (...)*". De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld van 350 minuten Verpleging per week en 210 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Het Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) is aangevraagd voor de periode van 3 juni 2018 tot en met 3 juni 2019.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 23 juli 2018 aan verzoekster meegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 5 september 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.5. Bij brief van 4 september 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:
“Verweerder stelt dat de geïndiceerde zorg 'gebruikelijke zorg' of mantelzorg betreft. Mantelzorg is onbetaald en niet verplicht. De term 'gebruikelijke zorg' komt niet voor in de Zvw. De verpleegkundige beroepsgroep hanteert deze term ook niet bij de indicatiestelling. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om bij de indicatiestelling duidelijk te onderbouwen welke inzet wél of niet van het netwerk van de cliënt verwacht kan worden. De wijkverpleegkundige onderbouwt waarom bepaalde interventies in[ge]zet worden en door wie deze worden uitgevoerd op basis van verpleegkundige diagnoses en resultaten. De geïndiceerde ADL zorg kan voortvloeien uit de operatie die verzoekster heeft ondergaan. Het is afhankelijk van de omstandigheden van het geval voor [w]elke periode en in welke mate deze zorg nodig is. Dat kan niet beoordeeld worden op basis van de informatie in het dossier. De geneeskundige context van de zorg omtrent het aanreiken van medicatie is onvoldoende onderbouwd in het zorgplan en niet te herleiden vanuit de aandoening van verzoekster.

Conclusie

De geïndiceerde ADL zorg is zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en er is sprake van een geneeskundige context. De geneeskundige context van de zorg omtrent het aanreiken van medicatie is onvoldoende onderbouwd. (...)”.

3.6. In de procedure bij de commissie is verder het volgende komen vast te staan:

- Bij verzoekster zijn begin 2018 kwaadaardige tumoren geconstateerd;
- op 19 april 2018 heeft verzoekster een zogenoemde 'Whipple-operatie' ondergaan;
- de echtgenoot van verzoekster heeft vanaf dat moment zijn activiteiten als ZZP'er gestaakt en heeft verzoekster sindsdien verzorgd.

3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft tijdens de hoorzitting verklaard het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden. Hij is niet bereid haar op andere wijze tegemoet te komen.

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog met terugwerkende kracht toe te kennen, in ieder geval over de periode van 3 juni tot en met 5 september 2018, omdat toen door haar geen zorg in natura kon worden ontvangen.

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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering.

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.

Zorgverzekering

- 6.2. In artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2018' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement) is bepaald dat een verzekerde in aanmerking komt voor een PGB vv als hij of zij behoefte heeft aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft. De verzekerde dient langdurig, dat wil zeggen langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging te zijn aangewezen. In de situatie van verzoekster was het doel haar te begeleiden naar zelfstandigheid, zodat de zorg niet meer nodig zou zijn. Gelet hierop bestond de zorgvraag zeker niet langer dan een jaar, waardoor verzoekster niet behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld, als omschreven in artikel 2 van het reglement.
- 6.3. Volgens verzoekster heeft een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie haar aangeraden bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag te doen voor een PGB vv. Reden hiervoor was onder andere de grote drukte bij de thuiszorgorganisatie, waardoor de benodigde zorg niet in natura kon worden geleverd. Vervolgens wees de ziektekostenverzekeraar deze aanvraag af op de grond dat het niet zou gaan om Verpleging of Persoonlijke Verzorging. De echtgenoot van verzoekster heeft vanaf 3 juni 2018 zijn werkzaamheden als ZZP'er stopgezet om voor verzoekster te kunnen zorgen. Pas met de heroverweging van 5 september 2018 werd duidelijk dat verzoekster wél recht zou hebben gehad op zorg in natura. Indien verzoekster hiervan tijdig op de hoogte was geweest, had zij wellicht een andere afweging gemaakt. Verzoekster acht daarom een financiële tegemoetkoming op zijn plaats. Volgens de ziektekostenverzekeraar was het aan verzoekster zich te laten informeren over de mogelijkheden tot vergoeding, en is zij meermaals erop gewezen dat zij telefonisch contact kon zoeken met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Deze afdeling had verzoekster over de mogelijkheden kunnen inlichten, en ook met haar kunnen zoeken naar een gecontracteerde thuiszorgorganisatie die haar de zorg had kunnen leveren. Bovendien bleek uit het Bewust Keuze Gesprek volgens de ziektekostenverzekeraar niet dat sprake was van een zorgvraag die onder zorg in natura zou kunnen vallen, omdat het bij de taken die verzoekster benoemde begeleidende en ondersteunende taken ging. De eerste afwijzing is daarom op de juiste grond gedaan. Later werd duidelijk dat het wél ging om verzekerde zorg, maar dat niet was voldaan aan de voorwaarden voor het PGB vv.
- 6.4. De commissie overweegt dat verzoekster ervan op de hoogte was dat de mogelijkheid van zorg in natura bestond. Dit wist zij reeds vóór de heroverweging van 5 september 2018. De thuiszorgorganisatie had haar hierop namelijk gewezen. Tevens heeft deze organisatie verzoekster aangeraden het PGB vv aan te vragen. Dit was geen goed advies, omdat de zorgvraag van verzoekster, zoals onder 6.2 is overwogen, niet langer duurde dan een jaar. De eerste afwijzing van de ziektekostenverzekeraar is op de verkeerde grond gedaan. Het ging immers wel om zorg die onder Verpleging en Persoonlijke Verzorging valt. De vraag is of het verkeerde advies van de gecontracteerde thuiszorginstelling en de eerste afwijzing die op onjuiste grond is gedaan, op zich of in samenhang ertoe moeten leiden dat verzoekster aanspraak heeft op een financiële tegemoetkoming. Vast staat dat verzoekster geen contact heeft opgenomen met de ziektekostenverzekeraar op het moment dat de thuiszorgorganisatie haar vertelde dat zij geen zorg in natura kon krijgen vanwege de drukte. De ziektekostenverzekeraar heeft daarmee niet de mogelijkheid gekregen naar zorg in natura bij een andere zorgaanbieder te bemiddelen en aldus - onnodige - kosten

voor verzoekster te voorkomen. Verder geldt dat de eerste beslissing weliswaar op de verkeerde grond is gegeven, maar dat de uitkomst - geen toekenning van het PGB vv - hetzelfde is als wanneer wel de juiste afwijsggrond was gehanteerd. De commissie ziet daarom geen aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten verzoekster financieel te compenseren voor de gedeerde arbeidsinkomsten van haar echtgenoot, ook niet voor de periode van 3 juni 2018 tot en met 5 september 2018.

Aanvullende ziektekostenverzekering

6.5. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 november 2019,

J.A.M. Strens-Meulemeester

Artikel 1. Inleiding

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 12, verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2018 van:

- Bewuuzt Basis
- Gewoon ZEKUR Zorg
- Gewoon ZEKUR Zorg Vrij
- IZA Ruime Keuze
- IZA Eigen Keuze
- IZZ Basisverzekering, Variant Natura
- IZZ Basisverzekering, Variant Restitutie
- Univé Zorg Select polis
- Univé Zorg Geregeld polis
- Univé Zorg Vrij polis
- UMC Zorgverzekering
- VGZ Ruime Keuze
- VGZ Eigen Keuze

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 4.2 verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2018 van de Modelovereenkomst Zorgzaam.

Artikel 2. Doelgroep Zvw-pgb

1. U komt in aanmerking voor een persoonsgebonden budget op grond van de Zorgverzekeringwet (Zvw-pgb) als u behoefte hebt 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.
 - a. Onder zorg benoemd in artikel 2.1 vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

Daarnaast dient u:

2. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf
3. op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen te zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

Artikel 3. Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

1. u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging zoals benoemd in artikel 2.1. van dit reglement waarvan de datum waarop de indicatie gesteld is, niet ouder is dan 3 maanden op het moment dat de aanvraag binnen is bij ons;
2. u bent naar ons oordeel in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. Hiervan is in ieder geval geen sprake in de volgende situaties:
3. 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 (zie hiervoor onder andere artikel 8, Verplichtingen) op verantwoorde wijze uit te voeren. De volgende aspecten wegen wij mee in onze beoordeling:
 - a. of u zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, Wet langdurige zorg, Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) 2015, Zorgverzekeringswet of Jeugdwet hebt gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de Zvw-pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
 - c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
 - d. u hebt of had het afgelopen jaar een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
4. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;

Gaat u voor gecontracteerde multidisciplinaire zorg zoals omschreven onder omschrijving, 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 hebt u recht op zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (omschrijving, punt 1 en 2) en diëtetiek (artikel 28).

Gaat u voor huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg zoals omschreven onder omschrijving, punt 1, 2 of 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan hebt 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. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Waar mag de voetzorg worden verleend

De voetzorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, dan kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Bijzonderheden

Voor medisch specialistische zorg, zie artikel 14, Medisch specialistische zorg.

Artikel 12. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

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. 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 van cliënten en het cliëntensysteem en casemanagement.

Onder deze zorg valt ook verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderdorghuis. 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.

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.

Eigen risico

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

Wie mag de zorg verlenen

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.

Verwijsbrief nodig van

1. huisarts of medisch specialist: voor palliatief terminale zorg;
2. medisch specialist: voor medische specialistische verpleging thuis. De zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist.

Bijzonderheden

1. U hebt alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en/of verzorging hebt en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5. 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 hebt in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.
2. De indicatie voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt gesteld door een kinder-verpleegkundige, niveau 5. 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.

Artikel 13. Verloskundige zorg en kraamzorg

13.1. Verloskundige zorg

Omschrijving

U hebt 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 hebt, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11, onder omschrijving, 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 hebt 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-weken echo (SEO; Structureel Echoscopisch Onderzoek);
- **de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek** als u een medische indicatie hebt. U hebt ook recht op een NIPT als uit een combinatietest blijkt dat u een aanmerkelijke kans hebt op een kind met een chromosoomafwijking. U hebt recht op invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) als uit een combinatietest of NIPT blijkt dat u een aanmerkelijke kans hebt op een kind met een chromosoomafwijking;
- **twintig-weken echo (SEO):**
met de twintig-weken echo kunt u laten onderzoeken of uw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20e week van de zwangerschap.

Prenatale diagnostiek

De combinatietest, NIPT en invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie)

Als uw behandelend zorgaanbieder vaststelt dat u een verhoogd risico hebt op een kind met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau (Trisomie 21, 18 of 13), dan hebt u recht op prenatale diagnostiek.

Hebt u geen medisch indicatie?

Als u geen medische indicatie hebt, dan kunt u voor eigen rekening een combinatietest of NIPT ondergaan.

- Blijkt uit de combinatietest dat er een aanmerkelijke kans is op een kind met een chromosoomafwijking? Dan hebt u recht op een NIPT of invasieve diagnostiek.
- Blijkt uit de NIPT dat er een aanmerkelijke kans is op een kind met een chromosoomafwijking? Dan hebt u recht op invasieve diagnostiek.

Eigen risico

Voor verloskundige zorg geldt geen eigen risico. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.