



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, vertegenwoordigd door mevrouw D te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), betalingsachterstand, bewindvoerder, zorg in natura, zorgplicht

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, 6:74 BW

Zaaknummer : 201801541

Zittingsdatum : 3 juli 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door mevrouw D te B,

tegen

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Het verloop van de procedure

2.1. Op 12 februari 2019 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) telefonisch verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) dient te verstrekken ten behoeve van verzekerde (hierna: het verzoek).

2.2. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brieven van 3 mei 2019 en 16 mei 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Afschriften hiervan zijn op 22 mei 2019 aan verzoekster gezonden.

2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 3 juli 2019 gehoord. Bij die gelegenheid heeft verzoekster verklaard dat zij open staat voor zorg in natura. Deze wordt echter niet geleverd zodat sprake is van schending van de zorgplicht door de zorgverzekeraar.

2.4. Naar aanleiding van de suggestie van de zorgverzekeraar dat een machtiging kan worden afgegeven voor zorg in natura door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, heeft de commissie partijen in de gelegenheid gesteld in onderling overleg tot een oplossing te komen, en de commissie over de uitkomst te informeren. Uit de e-mailberichten die partijen de commissie hebben gestuurd, komt naar voren dat dit gesprek heeft plaatsgevonden, maar zonder resultaat.

3. De vaststaande feiten

3.1. Verzekerde was in 2018 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Geregeld Polis (hierna: de zorgverzekering). Haar vader trad in dat verband op als verzekeringnemer. Er was ten tijde van de aanvraag voor het PGB vv sprake van een premieachterstand van meer dan vier maanden voor de zorgverzekering van de vader van verzekerde.

3.2. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 6 augustus 2018 aan verzoekster medegedeeld dat hij om die reden geen PGB vv toekent ten behoeve van verzekerde.

3.3. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 22 augustus 2018 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.4. Zorgaanbieder Florence Kinderthuiszorg heeft op 31 augustus 2018 het volgende verklaard: *"(...) Zoals telefonisch besproken valt bijna alle zorg van deze zorgvraag onder persoonlijke verzorging en begeleiding. Deze zorg dient niet uitgevoerd te worden door kinderverpleegkundigen*

van niveau 4 en 5 en valt niet onder de zorgverzekeringswet. Mochten er medisch verpleegkundige (voorbehouden) handelingen nodig zijn dan kunnen ouders zich wenden toe Florence Kinderthuiszorg. (...)"

- 3.5. De indicierend kinderverpleegkundige van zorgaanbieder ZigZag heeft bij verzekerde een indicatie gesteld van 16 uren en 55 minuten Verpleging en 17 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 1 juni 2018 tot en met 1 juni 2019. In het zorgplan heeft deze indicierend kinderverpleegkundige het volgende vermeld:

"(...) Zorgbehoefte vanuit ouders

[Verzekerde] heeft een PGB vanuit de jeugdwet. Echter door de ernst van haar problematiek is de zorg zo intensief dat het jeugdteam heeft aangegeven dat vergoeding uit de jeugdwet niet meer op zijn plaats is. Moeder heeft hierop contact gezocht met de zorgverzekering om de casus van [verzekerde] te bespreken. Tijdens dit gesprek is aangegeven dat een PGB aanvraag via de ZVW op zijn plaats is. Moeder is uiteindelijk bij Zigzag uitgekomen, omdat er in de omgeving geen kinderverpleegkundige aanwezig was die op korte termijn de zorg voor [verzekerde] kon indiceren. Moeder heeft vooral tijd nodig om voor [verzekerde] te kunnen zorgen. De zorg is niet voorspelbaar, is hevig en de consequenties als [verzekerde] de nodige zorg niet krijgt zijn groot. Door de mate van hevigheid in haar problematiek is [verzekerde] een zorgintensief kind. Het PGB zorgt ervoor dat moeder er kan zijn om voor [verzekerde] te zorgen, zowel thuis als op school en geeft moeder de mogelijkheid de tante van [verzekerde] een aantal uur uit te betalen zodat moeder 1 middag per week kan bijtanken.

Doel inzet zorg

[Verzekerde] krijgt de nodige zorg, waardoor de problematiek door de longen en huid leefbaar zijn. Daardoor heeft [verzekerde] de mogelijkheid te participeren in de maatschappij, zich te ontwikkelen en ondanks haar ziek zijn, haar plaats te vinden binnen het gezin.

Boven gebruikelijke zorg:

PV: 17 uur en 20 minuten

VP: 16 uren 55 minuten"

- 3.6. Op de 'presentatie cliënt bij zorgplan' van 26 maart 2019 van zorgaanbieder Flexiekids is vermeld: "(...)"

Gegevens van de cliënt.

Wat is het ziektebeeld en voorgeschiedenis van het kind?

ernstig atopisch eczeem waarvoor behandeling van Dermatoloog en eczeem verpleegkundige in het Juliana kinderziekenhuis

Astma

voedingsallergie (koemelkeiwit, kippenei, pinda, noten en witvis)

Veel schoolverzuim door ziekte

Wat is de gezinssituatie van het kind?

Vader, vader werkt momenteel niet is een periode opgenomen geweest ivm depressies moeder, werkt niet en doet de zorg voor [verzekerde]

Broer van 20

Zus van 15 die niet thuis woont maar opgenomen is in de jeugdinstelling Groot Emaus ivm gedragsproblematiek. Zij komt wel weekenden naar huis

[verzekerde]

Wat is de verpleegkundige diagnose?

[Verzekerde] heeft verzorging en verpleging nodig tgv haar eczeem, longproblematiek en voedingsallergie.

Wat is de zorgvraag van het kind en ouders? Omschrijf de behoefte aan verpleegkundige zorg en persoonlijke verzorging die het kind per dag nodig heeft.

Overdag:

4 x daags hele lichaam zalven met koelzalf - 2x pw 1x daags vervangen door teerzalf 4x 15 min

2x dd op eczeem plekken cutivate (of andere eczeemzalf)

2x dd op open plekken Betnelan (of andere eczeemzalf, dit wisselt)

2x dd zinkoxidezalf rond de mond

gedurende de dag bijsmeren met koelzalf om de huid te koelen en vet te houden 30 min pd

's nachts:

*bij wakker worden smeren met koelzalf
2x per week voor het smeren met de teerzalf douchen scrubben met betadinescrub en shampoo en de volgende ochtend zalfresten verwijderen met olie. 2x 30 min*

Medicatie:

Longmedicatie puffen 3x dd 5 min=15 min pd

vernevelen 3x pw (gemiddeld) 10min

orale medicatie 2x dd 5 min

neusspray 2x dd 5 min

zn zetten van de Epipen bij reactie bij voedingsallergie

**Beschrijf de situatie van de cliënt met betrekking tot de inzet van professionals/
mantelzorgers/sociaal netwerk etc.**

Moeder doet alle zorg nu zelf.

Als moeder wil gaan werken zal de zorg voor [verzekerde] door andere[n] overgenomen moeten worden.

Zorg is nodig op vaste momenten en op wisselende tijdstippen.

[Verzekerde] wordt thuis begeleid door ambulante begeleiders van Middin 5 uur per week.

[M]oeder krijgt 5 uur per week vanuit de jeugdwet om bijles te geven aan [verzekerde] omdat ze door veel schoolverzuim achter raakt met schoolwerk.

Schoonzus past 5 uur per week op -> vergoeding vanuit de jeugdwet

(...)

Argumenten voor keuze ZVW. Benoem de route van de verwijsboom hoe je tot deze financieringswijze bent gekomen.

[verzekerde] is onder controle van de dermatoloog en longarts en heeft tgv haar medische problematiek verpleging en persoonlijke verzorging nodig.

(...)"

- 3.7. Zorgaanbieder Flexiekids heeft op 5 april 2019 het volgende verklaard:
"(...) Ik indiceer 19.05 uur voor de zorg voor [verzekerde]. Ik heb kort contact gehad met de zorgverzekeraar hierover. Ik stuur u de documenten toe. Verder moet u in gesprek met de zorgverzekeraar. Ik heb aangegeven dat de zorg die [verzekerde] nodig heeft moeilijk te leveren is vanuit ZIN [vanwege] de verschillende tijden dat er zorg nodig is en dat de zorg ook op afroep moet zijn."
4. Het geschil
- 4.1. Verzoekster heeft de commissie verzocht te beslissen dat de zorgverzekeraar een PGB vv moet verstrekken ten behoeve van verzekerde.
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.
5. De bevoegdheid van de commissie
- 5.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
6. Verzekeringsvoorwaarden en wet- en regelgeving
- 6.1. Artikel 12 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging (wijkverpleging) bestaat. In het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2018 (Zvw-pgb)' van de zorgverzekeraar (hierna: het reglement) is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op een PGB vv bestaat. Verpleging en verzorging is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Het PGB vv is geregeld in artikel 13a van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en verder uitgewerkt in de artikelen 2.29a tot en met 2.29c van de Regeling zorgverzekering (Rzv). In artikel 11, eerste lid, onderdeel a, Zvw is opgenomen dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het

verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

In artikel 6:74 BW is geregeld dat iedere tekortkoming in de nakoming van een verbintenis de schuldenaar verplicht de schade die de schuldeiser daardoor lijdt te vergoeden, tenzij de tekortkoming de schuldenaar niet kan worden toegerekend.

De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wetgeving staan in de bijlage bij dit bindend advies. Deze bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

7. De beoordeling

Zorgverzekering

- 7.1. Verzoekster heeft ten behoeve van haar minderjarige dochter, verzekerde, een aanvraag ingediend voor een PGB vv. Ook het verzoek zoals ingediend bij de commissie heeft tot doel een PGB vv ten behoeve van verzekerde te verkrijgen. Volgens de zorgverzekeraar heeft verzekerde geen recht op een PGB vv.
- 7.2. De zorgverzekeraar heeft voor het PGB vv een regeling getroffen in zijn reglement. Volgens artikel 3 moet de verzekerde in staat zijn om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de verplichtingen uit te voeren die aan het PGB vv verbonden zijn. De zorgverzekeraar beoordeelt of hieraan is voldaan. Daarbij weegt de zorgverzekeraar verschillende aspecten mee in zijn beoordeling. Eén aspect is of er het afgelopen jaar een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden is geweest. Dat was hier het geval, en de zorgverzekeraar heeft gesteld dat de achterstand nog steeds bestaat. Verzoekster heeft een en ander niet bestreden.
- 7.3. Verzekerde ontleent haar rechten aan de zorgverzekering die haar vader, die de verzekeringnemer is, mede ten behoeve van haar heeft gesloten. Dit is een overeenkomst met een derdenbeding in de zin van artikel 6:253 van het Burgerlijk Wetboek (BW). Een verzekerde (niet zijnde verzekeringnemer) kan aan dit derdenbeding niet meer rechten ontleenen dan die welke de verzekeringnemer heeft op grond van de door hem gesloten zorgverzekering. Als de verzekeringnemer geen recht heeft op een PGB vv, heeft ook de verzekerde hierop geen recht. Ook aan verzekerde mag dus worden tegengeworpen dat geen recht op een PGB vv bestaat omdat er een achterstand in de premiebetaling van ten minste vier maanden is.
- 7.4. Alleen al om deze reden moet de commissie het verzoek afwijzen, voor zover dit betrekking heeft op de aanvraag voor een PGB vv.
- 7.5. De noodzaak van passende zorg voor verzekerde staat buiten kijf. Daarom vindt de commissie het gewenst de mogelijkheid van zorg in natura in de beschouwing te betrekken.
- 7.6. De zorgverzekering die ten behoeve van verzekerde is gesloten, is een naturaverzekering. De essentie van een naturaverzekering is dat de verzekerde zorg wordt verleend door een zorgaanbieder met wie de zorgverzekeraar daartoe een overeenkomst heeft gesloten. De verplichting van de zorgverzekeraar om zorg in natura te verstrekken is geen inspanningsverplichting maar een resultaatsverplichting.
- 7.7. In de contacten tussen partijen is enkele malen de mogelijkheid van zorg in natura ter sprake gekomen. Verzoekster heeft echter geen aanvraag ingediend, specifiek gericht op verstrekking van zorg in natura aan verzekerde. De zorgverzekeraar heeft daarover evenmin een uitdrukkelijke beslissing genomen. Ook de commissie kan onder deze omstandigheden geen beslissing nemen. Het staat verzoekster echter vrij alsnog een aanvraag voor zorg in natura in te dienen.
- 7.8. Voor het geval verzoekster ten behoeve van verzekerde een verzoek indient om zorg in natura, wijst de commissie ter voorlichting van partijen op het volgende:

- de zorgverzekeraar zal zorg in natura moeten verstrekken die naar inhoud en omvang aansluit op de indicatie;
- als de zorgverzekeraar geen of onvoldoende overeenkomsten heeft gesloten om te voorzien in de verzekerde zorg voor verzekerde, dan komt dit voor rekening en risico van de zorgverzekeraar;
- voor zover de aangeboden zorg tekort schiet, doordat zij niet met de indicatie overeenkomt, is de zorgverzekeraar daarvoor tegenover de verzekerde in beginsel aansprakelijk.

7.9. Als ten behoeve van verzekerde alsnog een aanvraag voor zorg in natura wordt ingediend, verwacht de commissie dat de zorgverzekeraar daarop voortvarend zal reageren, met inachtneming van hetgeen hiervoor is overwogen.

7.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Het bindend advies

8.1. De commissie beslist dat de zorgverzekeraar de aanvraag voor een PGB vv terecht heeft afgewezen.

Zeist, 24 juli 2019,

G.R.J. de Groot