



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget, afbakening Zvw - Wmo
Zaaknummer : 201701872
Zittingsdatum : 29 augustus 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11, 13, 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Den Haagpakket afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek. De eveneens door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Herverzekeren Verplicht Eigen Risico Den Haag is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

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 7 augustus 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 30 augustus 2017 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 24 januari 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 8 mei 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 mei 2018 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 6 juni 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 juni 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. Bij brief van 11 mei 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 8 juni 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018024148) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat uit de ontvangen stukken geen somatische of neurologische aandoeningen kunnen worden afgeleid op basis waarvan de geïndiceerde zorg onder de Zvw zou vallen. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 13 juni 2018 aan partijen gezonden.

3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 29 augustus 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.

3.10. Bij brief van 31 augustus 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 4 september 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingediend, waarop de indicierend verpleegkundige een indicatie heeft vermeld voor 9 uren en 55 minuten Persoonlijke Verzorging per week met ingangsdatum 1 mei 2017. De zorg die is geïndiceerd, omvat hulp bij het douchen of wassen, het aan- en uitkleden, het aan- en uittrekken van de schoenen, het aanreiken van de medicatie en het insmeren van het lichaam. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag afgewezen. Verzoeker vindt dat het PGB vv alsnog moet worden toegekend.

4.2. De huisarts van verzoeker heeft over hem, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: "(...) *[Naam verzoeker] is bij mij bekend met depressieve klachten en een alcoholprobleem. Daarnaast krijgt hij behandeling bij de internist voor een HIV infectie met een lage viral load. De problemen die hij ervaart in het dagelijks leven zijn door hem niet goed op te lossen en hij ziet alcohol gebruik dan als enige oplossing. De steun die hij van derden krijgt is essentieel om zelfstandig te kunnen wonen. De psychiater is momenteel actief bezig met zijn alcoholverslaving. De verpleegkundige heeft een indicatie gesteld die wat mij volgens mij volledig duidelijk en accuraat is. Ook is mij niet duidelijk waarom het PGB eerder wel is toegekend en nu niet, terwijl de leefsituatie van [naam verzoeker] niet wezenlijk veranderd is. In de uitleg van de zorgverzekeraar meen ik te lezen dat door de somatische klachten onvoldoende zijn om een PGB toe te kennen. Wel wordt erkent dat er een gebrek aan zelfzorg bestaat. Zijn psycho-sociale klachten niet ernstig genoeg om in aanmerking te komen voor een PBG? (...) Episodes: 03-2005 vitamine deficiëntie[,] 08-2005 gastroenteritis[,] 05-2006[,] ibs 07-2006[,] alcoholabuses 01-2007[,] Down/depressief gevoel[,] 06-2011 HIV positief[,] 09-2012 Hooikoorts/allergische rhinitis Probleemlijst: 03-2005 Vitamine deficiëntie 01-2007 Down/depressief gevoel 06-2011 HIV positief (...).*" Verder heeft de 'casemanager GGZ' van verzoeker over hem, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: "(...) *Dhr [is] bekend met een verslavingsvoorgeschiedenis vanaf zijn 27e (jaar waarop hij ziek werd). Heeft HIV en een dysthyme stoornis, verslavingsproblematiek, angst en panieklachten. Door de fysieke problematiek en andere psychosociale factoren is dhr in een isolement terecht gekomen. Heeft geen familie. Vind[t] voor zijn gevoel alleen aansluiting bij professionals. Kan dan volledig zichzelf zijn en open praten over*

*zijn psychische en lichamelijke problematiek en medicatiegebruik. Krijgt individuele begeleiding, persoonlijke verzorging en huishoudelijke hulp d.m.v. persoonsgebonden budget. Budget is echter ontoereikend. Heeft veel baat bij een zorgeloos leven. Zonder zorg zou dhr beschermd moeten gaan wonen. DSM-classificatie van 31-aug-2017 Diagnoses (5) 300.4 Persisterende depressieve stoornis (dysthymie) (...) 042.0 Aids met gespecificeerde (opportunistische) infectie(s) 303.90 Stoornis in alcoholgebruik: matig/ernstig V62.29 Ander probleem verband houdend met werk of werkeloosheid (...) **Voorgeschreven medicatie** Mirtazapine 15mg 1 x dgs 1.5 tablet bij nacht[,] Topiramaat 25mg 1 x dgs om 12.00 uur 2 x 25mg[,] Lormetazepam 1mg 1 x dgs 1 om om 22.00 uur. Temazepam 20mg 1 x dgs 20mg om 22.00 uur. Temazepam 20mg zonodig 1 x dgs. Disulfiram 400mg 2 x per week op maandag en donderdag 1 (...)."*

- 4.3. Uit voornoemde verklaring van de huisarts blijkt dat bij verzoeker sprake is van chronische problematiek, waaronder somatische problematiek. Dit leidt ertoe dat hij structureel zorg en begeleidende ondersteuning nodig heeft, opdat hij zelfstandig kan blijven wonen. Verzoeker kan zich - als gevolg van zijn alcoholproblematiek en dysthyme stoornis - op momenten zelf niet verzorgen, waarbij psychosomatische klachten meespelen in de verwaarlozing van zelfzorg. Een terugkerend lichamenlijk probleem is dat hij zich niet goed en futloos voelt en geen energie heeft.
- 4.4. Naar het idee van verzoeker is bij de ziektekostenverzekeraar een verkeerd beeld ontstaan ten aanzien van zijn medische situatie. Hierdoor heeft hij zijn aanvraag voor een PGB vv ten onrechte afgewezen. De ziektekostenverzekeraar refereert in zijn afwijzing van de aanvraag in het geheel niet aan de somatische aandoeningen van verzoeker, waaronder de besmetting met het humaan immunodeficiëntievirus (verder: hiv), zijn verslavingsproblematiek, zijn medicatiegebruik en de bijwerkingen hiervan. Verzoeker wijst erop dat hij diverse medicijnen gebruikt die allemaal hun eigen bijwerkingen hebben en die belemmerend voor hem zijn. Deze bijwerkingen bestaan onder meer uit duifheid, afvlakking en slaperigheid. Ook heeft hij het afgelopen jaar regelmatig dubbele doseringen moeten innemen om zich rustig te voelen en te kunnen slapen.
- 4.5. Van 2008 tot en met 2015 zijn alle aanvragen van verzoeker voor een PGB door de gemeente waarin hij woonachtig is toegekend. In 2016 heeft hij voor het eerst bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag voor een PGB vv ingediend, die - na gedegen onderzoek - is toegekend. Verzoeker vindt het onbegrijpelijk dat de aanvraag in 2016 door de ziektekostenverzekeraar is toegekend, maar de onderhavige niet. Zijn gezondheidstoestand is immers vanaf 2008 niet wezenlijk veranderd.
- 4.6. Van de afdeling Wmo van de gemeente Den Haag heeft verzoeker vernomen dat Persoonlijke Verzorging nooit op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (verder: Wmo) wordt vergoed. Hij meent dat de ziektekostenverzekeraar dit had moeten weten. Aangezien verzoeker volgens 'het Juiste Loket' geen aanspraak heeft op zorg ten laste van de Wet langdurige zorg (verder: Wlz) en geen andere voorziening voorhanden is op grond waarvan de benodigde zorg kan worden vergoed, betekent dit dat sprake is van een hiaat in de wetgeving. Hiervan mag hij niet de dupe worden.
- 4.7. Ter zitting heeft verzoeker benadrukt dat hij de geïndiceerde Persoonlijke Verzorging nodig heeft in verband met zijn epilepsie. Dit is een somatische aandoening.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De bij verzoeker geïndiceerde zorg valt volgens de ziektekostenverzekeraar niet onder de dekking van de Zvw. Hij licht dit als volgt toe. Uit de telefoongesprekken die de ziektekostenverzekeraar heeft gevoerd met de vertegenwoordiger van verzoeker, de indicierend verpleegkundige en de huisarts, alsmede uit de beschikbare informatie, blijkt dat het gebrek aan zelfzorg bij verzoeker geen somatische oorzaak heeft. Volgens de medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar is het, gelet op de overgelegde medische verklaringen en het medicatie-overzicht, niet aannemelijk dat zijn zorgvraag voortvloeit uit de hiv-besmetting. Ook is volgens hem bij verzoeker geen sprake

van een alarmerend beeld van belastend somatisch lijden. Bovendien bestaat de geïndiceerde zorg veelal uit begeleiding, ondersteuning, het leren omgaan met de dysthyme stoornis, het verminderen van de psychosomatische problematiek en het voorkomen van een terugval. Volgens de ziektekostenverzekeraar vloeit de zorgvraag van verzoeker voort uit een psychische aandoening, waarbij de in de voornoemde verklaringen genoemde dysthyme stoornis en alcoholverslaving de meest voor de hand liggende zijn.

- 5.2. Wellicht heeft verzoeker op grond van een ander wettelijk voorschrift, zoals de Wlz, de Jeugdwet of de Wmo, aanspraak op de bij hem geïndiceerde zorg. Hierbij benadrukt de ziektekostenverzekeraar dat uit de informatiekaart 'Afbakening Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015 en wijkverpleging Zorgverzekeringswet' duidelijk blijkt dat personen met een psychiatrische aandoening op basis van de Wmo mogelijk aanspraak hebben op zorg, zodat de stelling van verzoeker dat Persoonlijke Verzorging niet op grond van de Wmo wordt vergoed, niet juist is.
- 5.3. Eerder is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een PGB vv verleend tot 1 mei 2017. Hij heeft de meest recente aanvraag voor een PGB vv van verzoeker daarentegen afgewezen, omdat door het eerder genoemde gesprek met zijn huisarts een ander beeld is ontstaan ten aanzien van de achtergrond van de zorgvraag.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 10 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering en artikel 7 van de 'Voorwaarden' 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 het PGB vv alsnog aan verzoeker moet toekennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 e.v. van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 13 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat. Deze bepaling luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntsysteem en casemanagement. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop.

(...)

Persoonsgebonden budget (pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

(...)"

- 8.4. Artikel 1.11 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering luidt, voor zover hier van belang:

"Uitsluitingen

U hebt geen recht op:

- vormen van zorg of diensten die worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz), de Jeugdwet of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015; (...)"

- 8.5. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' (2017) van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Doelgroep pgb vv

U komt in aanmerking voor het pgb vv als u:

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

(...)"

- 8.6. Artikel 5 van het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' (2017) van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

2. Uw aanvraag voor een pgb vv wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en eventueel een bewust keuze gesprek. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en 3 en er zijn geen weigeringsgronden (artikel 4) van toepassing, krijgt u toestemming voor een pgb vv.

(...)"

- 8.7. De artikelen 1.1 en 13 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 5 van het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' (2017) van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2.3 in samenhang met artikel 2.9 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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 zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 13a Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.10 Bzv en 2.29a-c Rzv.

Op grond van artikel 2.1, eerste lid, Bzv heeft een verzekerde recht op de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.

Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat een verzekerde slechts recht heeft op een vorm van zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.9. 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. Vast staat dat bij verzoeker 9 uren en 55 minuten Persoonlijke Verzorging per week zijn geïndiceerd, bestaande uit hulp bij het douchen of wassen, het aan- en uitkleden, het aan- en uittrekken van de schoenen, het aanreiken van de medicatie en het insmeren van het lichaam. Tussen partijen is niet in geschil dat Persoonlijke Verzorging een verzekerde prestatie vormt onder de zorgverzekering en dat deze zorg, onder voorwaarden, ook kan worden bekostigd met een PGB vv. Hetgeen hen in de eerste plaats verdeeld houdt is of bij verzoeker zorg is geïndiceerd die valt onder de aanspraak 'verpleging en verzorging', zoals bedoeld in artikel 13 van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering. Volgens de ziektekostenverzekeraar is dit niet het geval, omdat de zorgvraag van verzoeker voortvloeit uit een psychische en niet uit een somatische aandoening. Bovendien bestaat de geïndiceerde zorg overwegend uit begeleiding en ondersteuning. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij niet alleen psychosociale problemen maar ook somatische problemen heeft. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.

- 9.2. Gelet op het advies van het Zorginstituut is voor de beoordeling of de bij verzoeker geïndiceerde zorg valt onder voornoemde aanspraak van belang of de noodzaak voor deze zorg is gelegen in een somatische dan wel neurologische aandoening. Volgens het Zorginstituut is het niet aannemelijk dat de epilepsie het beperkingenbeeld van verzoeker veroorzaakt. Dit wordt als volgt toegelicht.

In het dossier ontbreekt informatie over een neurologisch onderzoek, waaruit de diagnose, de therapie en het verloop van de epilepsie blijkt. De diagnose epilepsie wordt verder door zowel de huisarts van verzoeker als zijn 'casemanager GGZ' niet benoemd in hun correspondentie met de ziektekostenverzekeraar. Enkel wordt hierin vermeld dat het geneesmiddel topamiraat is voorgeschreven. Voornoemd advies heeft het Zorginstituut bij brief van 4 september 2018 gehandhaafd.

De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Verzoeker heeft daarom geen aanspraak op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering. Hierbij tekent de commissie nog aan dat, gelet op artikel 5, tweede lid, van het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' (2017) van de ziektekostenverzekeraar, de aanvraag voor een PGB vv moet worden beoordeeld op basis van het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' en het bijgevoegde zorgplan. Uit het zorgplan blijkt dat de indicerend wijkverpleegkundige de zorg bij verzoeker heeft geïndiceerd in verband met zijn epilepsie: "As 7: status van de diagnose (...) Dhr. geeft aan geregeld een epileptische aanval

te krijgen, waardoor hij beperkt en vertraagd is in beweging. Risico Doordat de heer een epilepsie aanval krijgt kan hij niet staan en is hij snel moet en hierdoor wordt hij angstig en is hij bang om te vallen. Doordat de heer tijdelijk zijn bewustzijn verliest bij een aanval is hij niet in staat niet kan bukken wegens het uitvallen van de spieren en hierdoor is hij niet in staat om zelfstandig zorg te dragen voor de persoonlijke verzorging." Of, en zo ja welke somatische aandoeningen naast epilepsie bij verzoeker aan de orde zijn, kan in het midden blijven, omdat, nu de zorg kennelijk niet in verband met die aandoeningen is geïndiceerd, deze niet kunnen leiden tot toekenning van het PGB vv.

Eerdere toekenningen PGB vv

- 9.3. Verzoeker heeft gesteld dat al zijn aanvragen voor een PGB (vv) van 2008 tot en met 2016 zijn toegekend door de gemeente onderscheidenlijk de ziektekostenverzekeraar. Naar de commissie begrijpt, meent verzoeker gelet hierop, en omdat zijn gezondheidssituatie sindsdien niet wezenlijk is veranderd, dat hij zonder meer aanspraak heeft op een PGB vv. Dit standpunt is echter niet juist, omdat de toegekende beschikkingen die de gemeente aan verzoeker heeft gestuurd voor vergoeding van zorg bij algemene dagelijkse levensverrichtingen van 2008 tot en met 2015 niet zijn gegrond op de Zvw. Bovendien heeft verzoeker nagelaten aannemelijk te maken dat de bij de ziektekostenverzekeraar ingediende aanvraag voor het PGB vv voor 2016 identiek was aan die voor 2017. Mogelijk heeft de indicerende wijkverpleegkundige de zorg in 2016 wél geïndiceerd in verband met een somatische dan wel een neurologische aandoening. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat sindsdien, uit het gesprek met de huisarts van verzoeker, nieuwe informatie beschikbaar is gekomen over de situatie van verzoeker, hetgeen tot een wijziging van het standpunt heeft geleid. De stelling van verzoeker faalt daarom.

Hiaat in wet- en regelgeving

- 9.4. Verzoeker heeft verder gesteld dat de bij hem geïndiceerde zorg niet kan worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift, en dan in het bijzonder niet op grond van de Wmo. In dit verband heeft hij aangevoerd dat een medewerker van de afdeling Wmo van de gemeente aan hem heeft verklaard dat Persoonlijke Verzorging nooit op grond van de Wmo kan worden vergoed. Nog daargelaten of het ontbreken van de mogelijkheid van vergoeding van zorg op grond van een ander wettelijk voorschrift ertoe kan leiden dat aanspraak bestaat op niet-verzekerde zorg ten laste van de zorgverzekering, heeft de ziektekostenverzekeraar de stelling van verzoeker, onder verwijzing naar de informatiekaart 'Afbakening Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015 en wijkverpleging Zorgverzekeringswet' van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, gemotiveerd betwist. Zo al sprake is van een hiaat in de wet- en regelgeving, kan dit niet ertoe leiden dat in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden aanspraak bestaat op een PGB vv.
- 9.5. Hetgeen verzoeker overigens heeft gesteld, met name dat hij zonder het PGB vv niet zelfstandig kan blijven wonen, kan niet leiden tot een ander oordeel.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 september 2018,



J.A.M. Strens-Meulemeester

