



Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB)
voorliggende voorziening Wet langdurige zorg
Zaaknummer : 201700239
Zittingsdatum : 5 juli 2017



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door B, beiden te C,
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 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 Aanvullend Best 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 (verder: BW).
De eveneens ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Tand Best 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 4 juli 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hem geen PGB vv wordt toegekend.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 19 december 2016 en 12 januari 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 e-mailbericht van 19 april 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is met terugwerkende kracht tot 23 maart 2016 een PGB vv 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 10 mei 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 mei 2017 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 2 juni 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 juni 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. Op grond van artikel 114, derde lid, Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 juli 2017 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het door haar afgenomen assessment van 23 maart 2016 ten aanzien van verzoeker het volgende verklaard: *"In korte tijd snelle achteruitgang in cognitie, onderzoeken zijn gaande bij neuroloog (...). Meneer is bekend met diabetes type 2 gebruikt Metformine. Hoog cholesterol. Meneer gebruikt medicatie voor zijn hart.(...) I.v.m. taalbarrière en [achteruitgang] in cognitie kan meneer nauwelijks meer Nederlands spreken, heeft daarom hulp nodig bij alle afspraken rondom gezondheid. (...) Volgens zoon sterke achteruitgang in geheugen, meneer kan daardoor zijn ADL taken niet meer uitvoeren. Informatie van POH van huisarts: meneer sprak altijd redelijk Nederlands, taalkennis van Nederlands is nu verdwenen.(...) Kinderen geven nu medicatie, medicijnopslag is rommelig. (...) Volgens zoon is beweging laatste tijd beperkt. Meneer kan niet meer normale afstanden lopen. Ik heb meneer uitsluitend zittend op een bank gezien. (...) Meneer krijgt hulp bij alle ADL taken, omdat hij dit niet zelfstandig kan. (...) Meneer is incontinent van urine, maakt gebruik van incontinentiemateriaal. Dit wordt verschoond door kinderen. (...) Meneer gebruikt orale medicatie i.v.m. diabetes, dagcurve prikken voor controle bij huisarts is moeilijk voor meneer i.v.m. angst voor naalden."*

De indicierend wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor tien uren en dertig minuten Persoonlijke Verzorging per week.

- 4.2. Ten behoeve van verzoeker is het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging' ingediend en hierop is, voor zover hier van belang, het volgende vermeld: *"Waarom wilt u een pgb? Ik vraag hierbij een PGB aan omdat ik het niet meer zelf kan opbrengen om mij zelf te verzorgen of mij [te] bewegen naar afspraken, bijvoorbeeld de huisarts. Ik wil mij alleen maar laten verzorgen door mijn zoon (...) omdat hij het beste weet wat voor zorg ik nodig heb en het is vertrouwd."* Voorts is het volgende vermeld: *"Dagelijks hulp bij wassen, aankleden, uitkleden, medicatie [en] hulp bij incontinentie."*

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat de zorgvraag van verzoeker niet behoort tot het domein van de Zvw. Een nadere onderbouwing ontbreekt echter. Verzoeker heeft op advies van de ziektekostenverzekeraar bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (hierna: CIZ) een aanvraag ingediend voor een persoonsgebonden budget op grond van de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz). Het CIZ heeft de aanvraag afgewezen en geoordeeld dat bij verzoeker geen noodzaak bestaat voor zorg die 24 uur in de nabijheid beschikbaar moet zijn. Het CIZ heeft terecht besloten dat de zorgvraag niet behoort tot het terrein van de Wlz.

De ziektekostenverzekeraar stelt dat de afwijzing van het CIZ geen reden is alsnog een PGB vv aan verzoeker toe te kennen. Verzoeker kan zich hierin niet vinden. De wijkverpleegkundige

- een beroepsprofessional - heeft namelijk vastgesteld dat verzoeker zorgbehoevend is, hetgeen zowel door het CIZ als door de ziektekostenverzekeraar wordt erkend. Voorts voldoet hij aan de voorwaarden zoals opgenomen in het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar en is géén van de hierin opgenomen afwijsgonden op hem van toepassing.

4.4. Verzoeker zou volgens de ziektekostenverzekeraar wel in aanmerking komen voor zorg in natura. Echter, in verband met onder andere religieuze overwegingen wenst hij zich uitsluitend te laten verzorgen door zijn kinderen, zodat zorg in natura voor hem geen optie is. Bovendien is het, indien is vastgesteld dat zorg nodig is, aan de zorgbehoevende persoon om een keuze te maken tussen zorg in natura of een PGB vv. De handelwijze van de ziektekostenverzekeraar is daarom onrechtmatig, hetgeen volgens verzoeker wordt bevestigd door medewerkers van het CIZ en Per Saldo.

Verzoeker meent dat zijn zorgvraag tot het domein van de Zvw behoort en merkt op tussen 'de wal en het schip' te vallen nu de ziektekostenverzekeraar hem geen PGB vv toekent. Hij stelt dat zijn zoon het beheer van het PGB vv op zich kan nemen.

4.5. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunten herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar voorbij gaat aan de beslissing van het CIZ en diens conclusie dat bij verzoeker sprake is van lichamelijke klachten. Zowel uit de door de wijkverpleegkundige gestelde indicatie alsmede de conclusie van het CIZ volgt dat verzoeker lijdt aan een somatische aandoening en dus aanspraak heeft op een PGB vv ten laste van de Zvw. De ziektekostenverzekeraar kan niet oordelen dat verzoeker geen aanspraak heeft op een PGB vv, enkel omdat hij niet nader onderzocht wenst te worden. Verzoeker merkt voorts op geen gebruik te willen maken van zorg in natura, omdat hij verzorgd wil worden door bekenden.

De zoon van verzoeker heeft ter zitting verklaard dat geen psychiatrische stoornis ten grondslag ligt aan de zorgvraag. Verzoeker is niet agressief, maar in zichzelf gekeerd.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Er bestaat geen aanspraak op zorg ten laste van de Zvw indien op deze zorg aanspraak bestaat op grond van een andere wet. In dat geval is namelijk sprake van een voorliggende voorziening (artikel 2.1 Bzv en artikel 1.11 van de zorgverzekering).

5.2. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een PGB vv. Uit de ontvangen informatie en de met alle betrokkenen gevoerde gesprekken blijkt dat verzoeker een blijvende zorgvraag heeft die van dusdanige aard is dat deze mogelijk op het terrein van de Wlz ligt. Er lijkt sprake te zijn van een noodzaak voor 24-uurs zorg in de nabijheid; verzoeker kan niet alleen zijn, is niet in staat zelfstandig alarm te slaan en kan geen eigen regie voeren. Verzoeker is geadviseerd een aanvraag voor een persoonsgebonden budget op basis van de Wlz in te dienen bij het CIZ.

Het CIZ stelt in het afwijzende indicatiebesluit dat medische diagnostiek voorliggend is op inzet van een zorgprofiel ten laste van de Wlz. Voorts blijkt uit genoemd besluit dat verzoeker weigert zijn medewerking te verlenen aan vervolgonderzoeken, en dat op basis van de voorhanden medische informatie geen conclusie kan worden getrokken met betrekking tot de oorzaak van de cognitieve stoornissen. Het afwijzende indicatiebesluit is voor de ziektekostenverzekeraar geen reden aan verzoeker een PGB vv toe te kennen. Zolang verzoeker geen indicatiebesluit van het CIZ over kan leggen waaruit blijkt dat na volledig onderzoek de zorgvraag niet tot het terrein van de Wlz behoort, wordt geen PGB vv toegekend. Bovendien zal de zorgvraag van verzoeker, indien bij hem sprake is van een psychiatrische aandoening, niet onder de Wlz maar de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo) vallen. Zolang niet is vastgesteld of de zorgvraag behoort tot het domein van de Wlz of de Wmo, dan wel geen van beide, wordt de aanvraag niet getoetst aan de voorwaarden van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016'.

- 5.3. Omdat de ziektekostenverzekeraar van mening is dat verzoeker is aangewezen op zorg, kan hij coulancehalve gebruik maken van zorg in natura van een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar merkt op hier geen termijn aan te hebben verbonden. Wel wordt van verzoeker verwacht dat hij meewerkt aan vervolgonderzoeken, zodat een diagnose kan worden gesteld met betrekking tot zijn psychische/cognitieve klachten en een passende indicatie kan worden afgegeven. De ziektekostenverzekeraar verklaart voorts dat religieuze overwegingen om geen zorg in natura te ontvangen geen grond vormen verzoeker alsnog een PGB vv toe te kennen.
- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat uit de beslissing van het CIZ blijkt dat bij verzoeker zowel sprake is van somatische als van psychische problematiek, zodat niet zonder meer vast staat dat zijn zorgvraag tot het domein van de Zvw behoort. Mogelijk behoort de zorg die verzoeker nodig heeft tot het domein van de Wlz of de Wmo. Omdat verzoeker weigert mee te werken aan nader onderzoek is de oorzaak van de cognitieve stoornissen onbekend. Verdere diagnostiek is noodzakelijk om dit vast te kunnen stellen. De ziektekostenverzekeraar erkent dat het noodzakelijk is dat verzoeker wordt verzorgd en wijst op een ongeorganiseerd medicijnkastje dat bij hem is aangetroffen. Onjuist medicijngebruik brengt ernstige gezondheidsrisico's met zich mee. De ziektekostenverzekeraar vindt het van belang dat verzoeker de zorg kan krijgen die hij nodig heeft en daarom is coulancehalve zorg in natura aangeboden. In dit verband merkt de ziektekostenverzekeraar op dat professionele zorgverleners in dat geval kunnen beoordelen welke zorg verzoeker behoeft en of deze tot de Zvw behoort.
- 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 zorgverzekering en artikel 7 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 is gehouden met terugwerkende kracht tot 23 maart 2016 een PGB vv aan verzoeker toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.
- 8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op verpleging en verzorging en 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 cliëntensysteem 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 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering regelt de uitsluitingen en luidt, voor zover hier van belang:

"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. De artikelen 1.11 van de 'algemene voorwaarden' en 13 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen 2.3 en 2.9 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11, eerste lid, onderdeel a, Zvw bepaalt 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.

Verpleging en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv.

Het PGB vv was ten tijde van het onderhavige geschil als zodanig niet bij wet geregeld.

Artikel 2.1, eerste lid, Bzv bepaalt dat de zorg op grond van artikel 11, eerste lid, onderdeel a, Zvw niet omvat vormen van zorg die voor verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.

- 8.7. 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. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.
In geschil is of de zorgvraag van verzoeker behoort tot het domein van Zvw. Dienaangaande oordeelt de commissie als volgt.

9.2. Uit artikel 2.1, eerste lid, Bzv en artikel 1.11 van de zorgverzekering volgt dat geen aanspraak op verpleging en verzorging ten laste van de zorgverzekering bestaat, indien sprake is van een voorliggende voorziening op grond van een andere wet.

De ziektekostenverzekeraar heeft in de eerste plaats gesteld dat de zorgvraag van verzoeker ligt op het terrein van de Wlz. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat verzoeker niet alleen kan worden gelaten, niet zelfstandig alarm kan slaan en geen eigen regie kan voeren. Er lijkt sprake te zijn van een 24-uurs noodzaak voor zorg in de nabijheid. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat indien bij verzoeker sprake is van een psychiatrische aandoening, de zorgvraag niet op het terrein van de Wlz, maar dat van de Wmo ligt. Omdat verzoeker weigert mee te werken aan vervolgonderzoeken kan ten aanzien hiervan echter geen eenduidige conclusie worden getrokken. Verzoeker betwist voorgaande en heeft aangevoerd dat het CIZ de aanvraag voor een PGB ten laste van de Wlz terecht heeft afgewezen, en dat zijn zorgvraag daarom tot het domein van de Zvw behoort zodat hij aanspraak heeft op een PGB vv.

De commissie acht het, gelet op de geconstateerde snelle achteruitgang in cognitie en het hierdoor onder andere niet meer zelfstandig kunnen uitvoeren van alle ADL taken, het overgelegde indicatiebesluit van het CIZ waaruit de noodzaak van medische diagnostiek blijkt, en de weigering van verzoeker zijn medewerking te verlenen aan vervolgonderzoeken, voorshands aannemelijk dat de zorgvraag van verzoeker hetzij op het terrein van de Wlz dan wel dat van de Wmo ligt, in welk geval sprake is van een voorliggende voorziening op grond van een andere wet in de zin van de artikelen 2.1, eerste lid, Bzv en 1.11 van de zorgverzekering. Daartoe in de gelegenheid gesteld, heeft verzoeker dit vermoeden niet ontkracht. Om deze reden komt hem geen aanspraak op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering toe.

9.3. Voor zover de ziektekostenverzekeraar heeft bepaald dat verzoeker op basis van coulance aanspraak heeft op zorg in natura ten laste van de zorgverzekering onder de voorwaarde dat hij meewerkt aan vervolgonderzoeken, heeft te gelden dat de commissie niet in dit beleid van de ziektekostenverzekeraar kan treden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 juli 2017,

P.J.J. Vonk