



Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201602804
Zittingsdatum : 16 augustus 2017



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(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 Den Haagpakket AOW-ers 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 door verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Herverzekeren Verplicht Eigen Risico Den Haag is niet in geschil en blijft daarom 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 31 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen, en hem doorverwezen naar het Centrum Indicatiestelling Zorg (hierna: CIZ).

3.2. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 27 juli 2016 aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat hij met ingang van 10 juni 2016 een PGB ontvangt op grond van de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz) en verzocht hem alsnog een PGB vv toe te kennen over de periode van 1 januari 2016 tot en met 10 juni 2016. Bij brief van 1 augustus 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld ter overbrugging een PGB vv toe te kennen over de periode van 1 april 2016 tot en met 12 mei 2016.


3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.


3.4. Bij brief van 4 april 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan hem met terugwerkende kracht over de gehele periode van 1 januari 2016 tot 10 juni 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 4 mei 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 mei 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 juni 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 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. De ziektekostenverzekeraar is op 16 augustus 2017 telefonisch gehoord. Verzoeker was ten tijde van de hoorzitting telefonisch niet bereikbaar op het door hem opgegeven nummer, zodat de mogelijkheid om te worden gehoord voor hem is komen te vervallen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De huisarts heeft op 3 december 2015 over verzoeker het volgende verklaard: “(...) *Onderstaande is bekend met zwaar dementie, decompensatie cordis, CVA, diabetes mellitus, klep afwijkingen, status na myocard [infarct] waarvoor reanimatie en stent. Dhr. is volledig ADL afhankelijk (...)*”.
- 4.2. Uit het zorgplan blijkt dat verzoeker hulp nodig heeft bij het aanreiken en toedienen van medicatie, het douchen, het aan- en uitkleden, het aan- en uittrekken van steunkousen, de haar-, huid- en gebitsverzorging, de toiletgang, het tweemaal daags verschonen, het bereiden en aanreiken van eten en bij transfers.
De indicierend wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor 3 uren en 30 minuten Verpleging en 27 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 4.3. Verzoeker is zwaar dement. Het is algemeen bekend dat ziektes gerelateerd aan ouderdom en dementie niet herstellen, maar juist verergeren naarmate de tijd verstrijkt. Verzoeker heeft een grote behoefte aan zorg, hetgeen wordt bevestigd door de huisarts. Dat verzoeker hulpbehoevend is, is bij de ziektekostenverzekeraar bekend. In 2015 ontving hij namelijk een PGB vv. Bovendien heeft het CIZ op 23 augustus 2013 een indicatie voor Persoonlijke Verzorging afgegeven, geldend tot augustus 2028.
- 4.4. Vanwege de overheveling van het PGB vv naar de Zvw moest een herindicatie worden gesteld en een nieuwe aanvraag worden ingediend. Als gevolg van de dementie heeft verzoeker hierop niet tijdig, te weten vóór 1 januari 2016, actie ondernomen. Naar aanleiding van een telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft hij op 6 februari 2016 alsnog per e-mail het aanvraagformulier verzonden. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens verzocht de benodigde stukken per post te sturen, hetgeen op 22 maart 2016 is geschied.


 4.5. Naar aanleiding van de hierop gevolgde afwijzing door de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij het CIZ een aanvraag ingediend voor een PGB op grond van de Wlz. De betreffende aanvraag is met ingang van 10 juni 2016 goedgekeurd. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar hem een PGB vv dient toe te kennen over de gehele periode van 1 januari 2016 tot 10 juni 2016. Hem mag, gelet op de dementie, niet worden verweten dat hij niet tijdig een nieuwe aanvraag heeft ingediend.


 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. De aanspraak op een PGB vv is geregeld in artikel 13 van de zorgverzekering. In dit artikel wordt verwezen naar het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016' (hierna: het reglement). Het reglement maakt deel uit van de polisvoorwaarden.

 5.2. Verzoeker is met ingang van 1 januari 2016 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd. Uit de gegevens die zijn opgevraagd bij de zorgverzekeraar waarbij verzoeker tot 1 januari 2016 was verzekerd, volgt dat verzoeker in 2015 een PGB vv ontving voor 22 uren Persoonlijke Verzorging per week. De toenmalige zorgverzekeraar heeft medegedeeld verzoeker bij brief te hebben geïnformeerd dat hij tijdig een nieuwe aanvraag moest indienen als hij ook in 2016 aanspraak wenste te maken op een PGB vv. Eerst op 8 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor een PGB vv ontvangen.


 5.3. Na ontvangst van het aanvraagformulier voor een PGB vv gaat de ziektekostenverzekeraar in gesprek met de verzekerde of diens vertegenwoordiger en met de indicierend verpleegkundige. Aan de hand van alle informatie wordt beoordeeld of de aanvraag is ingediend bij de juiste instantie. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat de zorgvraag van verzoeker niet behoort tot het domein van de Zvw, maar tot dat van de Wlz en heeft hem daarom verwezen naar het CIZ. Het CIZ heeft, met de toekenning van 10 juni 2016, bevestigd dat de zorgvraag van verzoeker op het terrein van de Wlz ligt.

 5.4. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoeker vanwege zijn gezondheidsproblemen niet tijdig een herindicatie heeft aangevraagd. Dit verandert echter niets aan het standpunt dat de zorgvraag van verzoeker op het terrein van de Wlz ligt.

 5.5. Daarnaast gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar ter zitting verklaard dat het CIZ de Wlz-indicatie vermoedelijk pas op 10 juni 2016 heeft afgegeven, omdat de aanvraag hiervoor door verzoeker is gedaan nádat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor een PGB vv bij brief van 31 maart 2016 had afgewezen. Ter overbrugging van de periode die het CIZ nodig heeft om een aanvraag te verwerken, is met ingang per 1 april 2016 een PGB vv toegekend voor de duur van zes weken. Dit is de termijn die het CIZ gemiddeld nodig heeft voor de behandeling van een aanvraag. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat het tot de verantwoordelijkheid van verzoeker behoort tijdig een aanvraag bij het CIZ in te dienen.

 5.6. 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 over de gehele periode van 1 januari 2016 tot 10 juni 2016 aan verzoeker een PGB vv 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 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; (...)"



- 8.4. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat 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 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.

(...)"



- 8.5. Artikel 4.8 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

- De ingangsdatum van het pgb verpleging en verzorging is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het pgb verpleging en verzorging ook op een latere datum in laten gaan.

(...)"



- 8.6. Artikel 1.11 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering, artikel 13 van de zorgverzekering en artikel 4.8 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens de artikelen 2.1 en 2.3 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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 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.
- 8.8. 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.
- 9.2. Op grond van artikel 13 van de zorgverzekering behoort verpleging en verzorging tot de verzekerde prestaties, en kan vergoeding van de betreffende kosten plaatsvinden in de vorm van een PGB vv. Verzoeker is met ingang van 1 januari 2016 verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar en hij ontving tot en met 31 december 2015 van zijn vorige zorgverzekeraar een PGB vv op basis van de overgangsregeling, die op genoemde datum eindigde.
Uit artikel 2.1, eerste lid, onderdeel a, Bzv en artikel 1.11 van de 'algemene voorwaarden' 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.
Vast staat dat verzoeker met ingang van 10 juni 2016 een PGB op basis van de Wlz ontvangt, zodat vanaf die datum sprake is van een voorliggende voorziening op grond van een andere wet in de zin van de artikelen 2.1, eerste lid, onderdeel a, Bzv en 1.11 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering, en verzoeker derhalve geen aanspraak (meer) heeft op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering. Partijen zijn hierover niet verdeeld. Bij wijze van overbrugging heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker aangeboden hem een PGB vv toe te kennen over het tijdvak van 1 april 2016 tot 12 mei 2016.
In geschil is of verzoeker aanspraak heeft op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering over de gehele periode van 1 januari 2016 tot 10 juni 2016. Dienaangaande oordeelt de commissie als volgt.

- 9.3. Bij e-mailbericht van 6 februari 2016 is namens verzoeker opnieuw een aanvraag ingediend voor een PGB vv hetgeen blijkt de stukken met instemming van een medewerker van de ziektekostenverzekeraar op deze wijze is gebeurd. Later heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker te kennen gegeven dat de aanvraag toch per post diende te geschieden. De door verzoeker per post verzonden stukken zijn door de ziektekostenverzekeraar op 22 maart 2016 ontvangen. Vervolgens is op de aanvraag afwijzend beslist bij brief van 31 maart 2016 met de reden: *"dat de aangevraagde zorg niet behoort tot de Zorgverzekeringswet, maar tot de Wet langdurige zorg (Wlz)."* In diezelfde brief heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker geadviseerd contact op te nemen met het CIZ. Verzoeker heeft dit gedaan, hetgeen ertoe heeft geleid dat het CIZ op 10 juni 2016 een indicatie heeft gesteld. Bij brief van 1 augustus 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar ter overbrugging een PGB vv aan verzoeker toegekend voor een periode van zes weken (1 april 2016 tot 12 mei 2016). Bij brief van 4 mei 2017 wordt deze toekenning als volgt gemotiveerd: *"We hebben in de situatie van de heer [...] beoordeeld om maatwerk toe te passen en een overbrugging pgb vv af te geven vanaf de dag van de afwijzing. De reden hiervan is dat het CIZ gemiddeld 6 weken over de behandeling van een aanvraag doet. Het is vervolgens de verantwoordelijkheid van de pgb aanvrager zelf om tijdig een aanvraag te doen bij het CIZ, zodat de geboden overbrugging kan aansluiten bij de indicatie van het CIZ."* Kennelijk heeft de behandeling van de aanvraag door het CIZ langer geduurd dan zes weken. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld noch is gebleken dat deze lange duur een gevolg is van een aan verzoeker toe te rekenen vertraging. Naar het oordeel van de commissie dient daarom in redelijkheid te worden beslist dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden verzoeker ook een PGB vv toe te kennen voor de periode van 12 mei 2016 tot 10 juni 2016. Dit geldt overigens evenzeer voor de periode van 6 februari 2016 tot 1 april 2016, omdat het in redelijkheid niet voor rekening van verzoeker kan komen dat de ziektekostenverzekeraar eerst per 31 maart 2016 afwijzend op de - met instemming van de ziektekostenverzekeraar - op 6 februari 2016 per e-mailbericht ingediende aanvraag afwijzend heeft beslist. Concluderend is de commissie dan ook van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan verzoeker een PGB vv toe te kennen voor de periode van 6 februari 2016 tot 10 juni 2016. De periode van 1 januari 2016 tot 6 februari 2016 komt daarentegen voor risico van verzoeker, aangezien niet gebleken is van een omstandigheid op grond waarvan de late aanvraag op 6 februari 2016 niet aan verzoeker kan worden toegerekend. Het feit dat verzoeker dementerend is vormt niet een zodanige omstandigheid, aangezien de verzekerde of zijn vertegenwoordiger ingevolge het toepasselijke reglement in staat moet zijn de verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden na te komen. Hiertoe behoort mede het tijdig doen van een verlengingsaanvraag.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen mogelijkheid voor toekenning 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 gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen onder 9.3 is overwogen. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen onder 9.3 is overwogen. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,- aan verzoeker te vergoeden.

Zeist, 13 september 2017,



A.I.M. van Mierlo

