



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), betalingsachterstand
Zaaknummer : 201601099
Zittingsdatum : 28 september 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11, 13 en 18b Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 25 januari 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld het PGB vv niet toe te kennen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 mei 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 8 juni 2016 aan verzoeker medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij e-mailbericht van 15 juni 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen (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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 31 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 september 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 7 september 2016 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 16 september 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.

- 3.8. Op grond van artikel 114 lid 3 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.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 20 november 2015 het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingevuld en hierop ten aanzien van verzoeker verklaard: *"Angststoornis met agorafobie (rijken), psychose, schizofrenie, kaak(gewricht) symptomen/klachten, suboptimale visus onder invloed van medicatie, posttraumatische stressstoornis, gevoelsstoornissen, concentratieproblemen, verstoord(...) dag en nacht ritme, somatisch en psychische klachten, hoofdpijn klachten, dysforie manie (...) onvoldoende persoonlijke hygiëne, niet uitvoeren van gezondheid bevorderende activiteiten (...) Achterdochtigheid, angst, zelfverwaarlozing, niet innemen van medicatie, therapie ontrouw. Dhr. kan agressief en moeilijk hanteerbaar worden bij mensen die onbekend bij hem zijn. Ook kan dhr. door onbekende gezichten meer last hebben van psychosen. Via PGB aanvraag kan dhr. zorg krijgen van bekende mensen om hem heen. Dhr. heeft ongeplande zorg door psychose en agressief gedrag die hij op elk moment kan krijgen. Verstoord(...) dag en nachtritme kan dit verergeren. Door psychische klachten heeft dhr. somatische klachten ontwikkeld. Dhr. kan door zijn angsten/verstijving niet zelfstandig naar de wc."*
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag voor het PGB vv afgewezen op de grond dat verzoeker een premieachterstand heeft, en verwijst in dat kader naar artikel 4.7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van 1 januari 2016. Verzoeker ziet niet in waarom hij bij een premieachterstand wel in aanmerking komt voor zorg in natura, maar niet voor het PGB vv. Bovendien heeft hij inmiddels een betalingsregeling getroffen met betrekking tot het openstaande bedrag, zodat hetgeen is bepaald in het reglement hem niet kan worden tegengeworpen.
- 4.3. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. In artikel 4.7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar is bepaald dat men geen recht heeft op een PGB vv indien een brief is verzonden waarin is kenbaar gemaakt dat een achterstand bestaat in de premiebetaling van vier of meer maanden. Verzoeker heeft deze brief ontvangen. Om die reden wordt het PGB vv niet aan verzoeker toegekend. Dat een betalingsregeling is getroffen voor de premieachterstand, brengt hierin geen verandering. De verzekeringsdekking van de zorgverzekering is niet geschorst. Verzoeker kan daarom aanspraak maken op zorg in natura. Inmiddels zijn deze kosten ook door hem gedeclareerd en gedeeltelijk, namelijk tot 75 percent, aan hem vergoed.
- 5.2. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. In de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat. Het betreffende artikel luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Welke zorg

U heeft recht op verpleging en verzorging. Onder verpleging en verzorging wordt verstaan: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die

a. verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop,

b. niet gepaard gaat met verblijf, en

c. geen kraamzorg betreft.

(...)

Persoonsgebonden budget

Een Persoonsgebonden budget (Pgb) is een geldbedrag waarmee u zelf verpleging en verzorging kunt inkopen. Als u recht heeft op verpleging en verzorging kunt u bij Menzis mogelijk ook vergoeding van die zorg vragen in de vorm van een Persoonsgebonden budget. In het Verzekeringsreglement kunt u lezen wanneer u hiervoor in aanmerking kunt komen, wat uw verantwoordelijkheden daarbij zijn en hoe het Pgb wordt betaald. U kunt het Verzekeringsreglement op onze website vinden. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een verpleegkundige of een verzorgende met minimaal opleidingsniveau 3 in dienst van een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZI) is toegelaten voor verpleging en verzorging (thuiszorginstelling) of die is toegelaten voor verblijf, verpleeg- of verzorgingshuis of een instelling voor gehandicaptenzorg, die extramurale zorg levert.

Medisch specialistische verpleging thuis

Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, kunt u naar een verpleegkundige in dienst van een Instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of ZBC), revalidatie-instelling of een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZI) is toegelaten voor verpleging (thuiszorgorganisatie). Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.menzis.nl/zorgvindervindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben

gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Indicatie en zorgplan

U heeft alleen recht op verpleging en verzorging als u een indicatie daarvoor heeft. Deze indicatie moet voldoen aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, zoals vastgesteld door de beroepsvereniging van wijkverpleegkundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u een verpleegkundige indicatie inclusief een zorgplan hebben waarin de zorg die u nodig heeft beschreven staat in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. De indicatie en het zorgplan moeten opgesteld zijn door een HBO-wijkverpleegkundige (opleidingsniveau 5) en ondertekend door u en de zorgaanbieder."

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb vv. U komt in aanmerking voor het pgb vv als onder één of meerdere van de hieronder beschreven doelgroepen valt: (...)

3. U langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. (...)

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de verantwoordelijkheden en verplichtingen die bij het pgb vv horen, uit te voeren. Een wettelijk vertegenwoordiger is een ouder (voor kinderen tot 18 jaar), curator, bewindvoerder of mentor. De verantwoordelijkheden en verplichtingen die u moet kunnen uitvoeren zijn bijvoorbeeld: contracten afsluiten met een zorgaanbieder, controleren van zorgaanbieders, taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters en het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten. Zie hiervoor ook artikel 6;
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van het werkgeverschap;
- dat u in staat bent de zorgaanbieders die u heeft gecontracteerd op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg."

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Om voor een pgb vv in aanmerking te komen moet u voldoen aan de navolgende voorwaarden:

1. U bent in het bezit van een door een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot een van de doelgroepen zoals beschreven in artikel 2. Voor IKZ moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.

2. U bent in het bezit van een indicatie van de medisch specialist, als u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op medisch specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT).

3. U moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgaanbieder(s) die door ons zijn gecontracteerd. Dit noemen wij Zorg In Natura (ZIN). Indien u een combinatie wenst van Zorg In Natura met een pgb vv, dan mag de indicatie maar door één zorgaanbieder worden gesteld.

4. Uw zorgvraag moet aansluiten bij één of meer van de volgende voorwaarden. Uit de indicatie moet blijken dat:

- u vaak zorg nodig hebt op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- u zorg nodig hebt die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
- u zorg nodig hebt die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- er een noodzaak is voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

8.6. Artikel 4.7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

*"4.7 U krijgt geen PGB vv als u:
(...)*

• u een brief van ons heeft ontvangen, waarin staat dat wij van plan zijn om u (verzekeringnemer) aan te melden bij het Zorginstituut, vanwege een betalingsachterstand in de premie van 4 maandpremies; (...)"

8.7. Artikel 4.8 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

• De ingangsdatum van het pgb vv is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het pgb vv ook op een latere datum in laten gaan. (...)"

8.8. De voorwaarden van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3, 4.7 en 4.8 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar zijn volgens de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.9. Artikel 11 lid 1 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 was ten tijde van het geschil niet bij wet geregeld.

8.10. 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 zorgverzekeraar 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.

8.11. Artikel 18b Zvw bepaalt het volgende:

"Artikel 18b

1. Zo spoedig mogelijk nadat ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is geconstateerd, deelt de zorgverzekeraar de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij voornemens is over te gaan tot de melding, bedoeld in artikel 18c, zodra de premieschuld de daar bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde hem uiterlijk vier weken na ontvangst van de mededeling heeft laten weten, het bestaan van de schuld of de hoogte ervan te betwisten.

2. Ingeval van tijdige betwisting als bedoeld in het eerste lid deelt de zorgverzekeraar, indien deze na onderzoek zijn standpunt handhaaft, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, de verzekerde mee dat hij het voornemen tot melding tot uitvoering zal brengen zodra de premieschuld de in artikel 18c, eerste lid, bedoelde hoogte zal hebben bereikt, tenzij de verzekeringnemer of de verzekerde binnen een termijn van vier weken na ontvangst van de in dit

lid bedoelde mededeling een geschil hierover heeft voorgelegd aan een onafhankelijke instantie als bedoeld in artikel 114 of aan de burgerlijke rechter.

3. Indien een betalingsregeling als bedoeld in artikel 18a ingaat nadat ten aanzien van de zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een achterstand in de betaling van de verschuldigde premie ter hoogte van vier maandpremies is ontstaan, laat de zorgverzekeraar de in het eerste lid bedoelde melding achterwege zolang de nieuw vervallende termijnen van de premie worden voldaan."

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. De aanvraag voor het PGB vv is door verzoeker ondertekend op 20 november 2015, en de gewenste ingangsdatum is hieraan gelijk. Aangezien de aanvraag evenwel eerst op 19 januari 2016 door de wettelijk vertegenwoordiger van verzoeker is ondertekend, waarna de aanvraag op 21 januari 2016 door de zorgverzekeraar is ontvangen, dient de ingangsdatum van het PGB vv logischerwijs ná deze datum te liggen, gelet op het bepaalde in artikel 4.8 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging'. Derhalve wordt bij de beoordeling van het onderhavige geschil uitgegaan van de in het jaar 2016 vigerende verzekeringsvoorwaarden, met name het bepaalde omtrent verpleging en verzorging in de voorwaarden van de zorgverzekering en het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar heeft zich erop beroepen dat verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden van artikel 4.7 van bedoeld reglement, zodat kennelijk niet ter discussie staat dat verzoeker behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het reglement, en dat door hem tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. Vast staat dat de zorgverzekeraar op 18 mei 2015 een brief als bedoeld in artikel 18b Zvw aan verzoeker heeft gezonden, waarin hij verzoeker wijst op het bestaan van een premieachterstand van ten minste vier maanden. Gelet op het bepaalde in artikel 4.7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar, heeft verzoeker daarom geen aanspraak op het PGB vv. Dat verzoeker naar aanleiding van de betreffende brief met de zorgverzekeraar een betalingsregeling heeft getroffen, brengt hierin geen verandering. Gesteld noch gebleken is immers dat de bestaande betalingsachterstand inmiddels volledig door verzoeker is voldaan. Met betrekking tot de opmerking van verzoeker dat hij niet inziet waarom hij wel in aanmerking komt voor zorg in natura, maar niet voor een PGB vv, heeft te gelden dat het geconstateerde verschil is gegrond op het feit dat van een budgethouder wordt verwacht dat hij het PGB vv goed beheert en zijn verplichtingen in deze goed nakomt. Indien sprake is van een premieachterstand van vier maanden of meer kunnen gerede twijfels bestaan ten aanzien van het kunnen dragen van deze verantwoordelijkheden. Dit bezwaar bestaat niet bij zorg in natura.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet ten laste 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, 12 oktober 2016,



H.A.J. Kroon

