






ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordiger door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V.
te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), zelfstandig beheer
Zaaknummer : 201701255
Zittingsdatum : 9 mei 2018


 Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

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


 1. Partijen


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


tegen


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


 2. De verzekeringssituatie


 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de zorgverzekeraar 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). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met 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 te noemen: PGB vv). Bij brief van 9 november 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 23 maart 2017 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.

 3.4. Bij e-mailbericht van 6 september 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 12 december 2017 medegedeeld van mening te zijn dat de commissie niet bevoegd is van het geschil kennis te nemen. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld zich wel bevoegd te achten en heeft de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld een inhoudelijk standpunt in te nemen. Bij brief van 23 januari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 januari 2018 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 1 februari 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 19 februari 2018 schriftelijk medegedeeld 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 zorgverzekeraar zijn op 9 mei 2018 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 17 oktober 2016 samen met verzekerde het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingevuld en hierop over verzekerde verklaard: "(...) Dhr. heeft ernstige nierbeschadiging. 1 nier is vervangen. (...) Dhr. moet 6x dd gekatheteriseer[d] worden omdat blaas niet volledig gelege[d] kan worden + stomazakje verwisseld worden (...)". De indicierend wijkverpleegkundige heeft bij verzekerde een indicatie gesteld voor Verpleging van tien uren en dertig minuten per week, met als ingangsdatum 1 januari 2017.
- 4.2. Verzekerde is zestien jaar oud en moet zesmaal per dag worden gekatheteriseerd. Omdat hij nog niet volgroeid is moet hij iedere zes maanden worden geopereerd. Na de operaties heeft hij extra zorg nodig, die aan hem door zijn ouders wordt verleend. Zij moeten hierbij zeer zorgvuldig te werk gaan, omdat verzekerde anders snel een infectie kan oplopen. Verzekerde ervaart het als een inbreuk op zijn privacy indien deze handelingen door iemand anders worden uitgevoerd. Daarom is een aanvraag gedaan voor het PGB vv. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen op de grond dat verzoeker, die het PGB vv voor verzekerde beheert, hiertoe niet in staat is. Zulks zou blijken uit de overgelegde administratie, waarbij is uitgegaan van een te hoog uurtarief.
- 4.3. Sedert ongeveer 2013 voert verzoeker de administratie van verzekerde met betrekking tot het PGB vv. Dit heeft geen noemenswaardige problemen opgeleverd. Verzoeker heeft gemeend de financiële administratie af en toe te kunnen overlaten aan zijn echtgenote. Hij vermoedt dat hierdoor de verschillen in uurtarief zijn ontstaan, omdat ook zij zorg verleent aan verzekerde. Het uurloon van € 23,- is in de onderzoeksperiode kennelijk overschreden. Verzoeker is van mening dat hij weliswaar de financiële administratie op orde had moeten hebben, maar dat hij in de gelegenheid dient te worden gesteld dit verzuim te herstellen door het bedrag dat hij teveel in rekening heeft gebracht terug te betalen. Het gaat slechts om een klein verschil, hetgeen niet het vèrgeaande besluit rechtvaardigt de aanvraag voor het PGB vv af te wijzen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker gesteld dat hij wellicht in zijn administratie tekort is geschoten, maar dit staat in geen verhouding tot de sanctie. Door het PGB niet toe te kennen wordt verzoeker onevenredig hard gestraft. Gelet op de omstandigheden van het geval en de specifieke handelingen die moeten worden verricht doet verzoeker een beroep op de redelijkheid en billijkheid. Tot slot geldt dat voor zover de zorgverzekeraar geen PGB vv toekent vanwege het bestaan van een betalingsachterstand, geldt dat verzoeker voor de oude schulden een betalingsregeling heeft

afgesproken van € 30,-- per maand. Daarnaast wordt nog ruim € 130,-- ingehouden van zijn inkomen. De opkomende maandpremies worden goed betaald.

Verzoeker heeft verder aangevoerd dat de voorzieningenrechter alleen een vluchtige beoordeling doet. Hier kan in redelijkheid niet op worden afgegaan. Verzoeker was en is nog erg jong en mag fouten maken. Ten tijde van het ontstaan van de oude schulden was nog geen PGB vv aangevraagd. Het verband hiertussen is verzoeker onduidelijk. Daar komt bij dat ook de instantie die de PGB's uitkeert te maken heeft met administratieve problemen. Het is dus meten met twee maten.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. De aanvraag voor het PGB vv van verzekerde is afgewezen op de grond dat niet wordt voldaan aan hetgeen is bepaald in artikel 3.3. van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de zorgverzekeraar, namelijk dat verzoeker - als wettelijk vertegenwoordiger van verzekerde - in staat moet zijn het PGB vv deugdelijk te beheren.

5.2. In de jaren 2015 en 2016 is aan verzekerde een PGB vv toegekend, en hierbij is gebleken dat verzoeker niet heeft voldaan aan de hieruit voortvloeiende verantwoordelijkheden. Het PGB vv ten bedrage van € 13.995,-- dat in 2015 is toegekend was op 3 juni 2015 al op. De zorg die bij zorgverleners moest worden ingekocht kon derhalve niet meer worden vergoed.

5.3. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag voor het PGB vv voor het jaar 2016 in eerste instantie afgewezen, maar na heroverweging toch toegekend. Reden hierbij was dat de zorgverzekeraar verzoeker destijds het voordeel van de twijfel heeft willen geven zodat hij kon laten zien dat hij in 2016 wèl in staat was het PGB vv te beheren. Ook het beheer in 2016 is echter niet goed verlopen. Voor de laatste twee maanden van 2016 resteerde nog slechts € 275,77, hetgeen wederom niet toereikend was. Uit een steekproef met betrekking tot de maanden juli tot en met oktober 2016 bleek dat de gedeclareerde uren noch in overeenstemming waren met de indicatie noch met het maximum uurtarief. Daarnaast kon verzoeker niet onderbouwen hoe de declaraties tot stand waren gekomen.

5.4. Bovendien is er een andere omstandigheid die aan toekenning van het PGB vv in de weg staat. Verzoeker heeft al geruime tijd een betalingsachterstand bij de zorgverzekeraar en is sinds 1 april 2014 aangemeld bij het Zorginstituut Nederland (thans CAK) als wanbetaler. In artikel 3, derde lid, van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' is bepaald dat als een verzekerde een achterstand in de premie heeft van minimaal vier maanden, geen PGB vv kan worden toegekend. De betalingsachterstand bedraagt naar de stand van 24 augustus 2017 € 4.472,85. Deze achterstand loopt geleidelijk op, want verzoeker betaalt nagenoeg geen zorgkostenfacturen.

5.5. Verzoeker heeft de afwijzing van het PGB vv ook voorgelegd aan de kortgedingrechter, die de gevraagde voorziening heeft geweigerd. De vordering bestond erin dat de zorgverzekeraar diende over te gaan tot toekenning van het PGB vv in afwachting van de nadere beslissing van de commissie.

5.6. Ter zitting is door de zorgverzekeraar opgemerkt dat het bestaan van een betalingsachterstand de voornaamste afwijzingsgrond is voor het PGB vv. Er zijn twee dossiers in behandeling bij de incassogemachtigde. De totale betalingsachterstand bedraagt thans € 5.049,26. Daarnaast is verzoeker aangemeld als wanbetaler bij het CAK. Het is de zorgverzekeraar uit de administratie niet gebleken dat verzoeker voor de achterstand een betalingsregeling heeft afgesproken. Mogelijk heeft hij betalingen verricht, maar niet in het kader van een regeling. Verder geldt dat het toegekende PGB-budget voor het jaar 2015 op 3 juni van dat jaar al op was. In 2016 was het budget in oktober al bijna verbruikt. Alles bij elkaar komt de zorgverzekeraar tot de conclusie dat verzoeker geen PGB kan beheren. In een dergelijke situatie komt de zorg in gevaar.

5.7. De zorgverzekeraar 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 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 ziektekostenverzekeraar 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 35 van de zorgverzekering.

8.3. 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 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.

Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben alleen recht op verzorging als er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:

- sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of;
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

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 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de zorgverzekeraar luidt:

“U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

- 1. u bent in het bezit van een indicatie, niet ouder dan 3 maanden, voor verpleging en verzorging zoals benoemd in artikel 2.1 en 2.2. van dit reglement;*
- 2. u bent naar ons oordeel in staat met het pgb vv op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten (hieronder verstaan wij persoonlijke verzorging, verpleging en MSVT) van goede kwaliteit. Hiervan is in ieder geval geen sprake in de volgende situaties:*

- a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een pgb in de AWBZ, Wlz, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
- b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
- c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend pgb vv of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
- d. u heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
- e. u heeft binnen een periode van drie jaar voorafgaand aan de pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnp) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;
- f. u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent ooit failliet verklaard.
3. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren;
4. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
5. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een pgb geleverd wil en kan krijgen.

Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het pgb vv verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan dient te worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een pgb vv."

- 8.5. Artikel 13 van de zorgverzekering en artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de zorgverzekeraar zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.6. 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. Het PGB vv is naar aard en omvang geregeld in artikel 13a Zvw. Verpleging en verzorging is geregeld in artikel 2.10 Bzv.
- 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 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.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. Gelet op artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar bestaat eerst aanspraak op het PGB vv indien de budgethouder in staat is op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren.

9.2. Door de zorgverzekeraar is gesteld, en door verzoeker niet gemotiveerd bestreden, dat het voor 2015 aan verzekerde toegekende PGB vv van € 13.995,- reeds vóór het midden van het jaar volledig was uitgeput. Het voor 2016 toegekende PGB vv was - op € 275,77 na - al in oktober van dat jaar verbruikt. De stelling van verzoeker, die in dit verband optreedt als wettelijk vertegenwoordiger van verzekerde, dat hij de financiële administratie af en toe overliet aan zijn echtgenote, kan in dit verband niet als verklaring dienen, nog daargelaten dat verzoeker, enkel door aan te nemen dat hij die keuze kon maken, er al blijk van heeft gegeven niet in staat te zijn de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Gelet op deze omstandigheden heeft verzoeker geen aanspraak op het PGB vv, ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen overigens door de zorgverzekeraar is aangevoerd, in het bijzonder met betrekking tot de bij verzoeker aanwezige premieachterstand, behoeft derhalve geen verdere bespreking.

Redelijkheid en billijkheid

9.3. Verzoeker heeft ter zitting naar voren gebracht dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is hem het niet kunnen beheren van het PGB vv tegen te werpen, enkel omdat hij is tekort geschoten in de administratie. Gelet op het voorgaande bestaan echter diverse redenen verzoeker geen PGB vv toe te kennen. Aangezien verzekerde steeds aanspraak heeft gehouden op zorg in natura, treft het niet toekennen van het PGB vv verzoeker niet onevenredig hard. Er bestaat daarom geen grond de zorgverzekeraar te verplichten het PGB vv alsnog aan verzoeker toe te kennen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 23 mei 2018,

H.A.J. Kroon