



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB),
betalingsachterstand
Zaaknummer : 201602830
Zittingsdatum : 21 juni 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 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

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

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar 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). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 5 juli 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.


3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 3 oktober 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 4 januari 2017 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.


3.4. Bij brief van 29 maart 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering. Voorts heeft verzoekster om vergoeding van de proceskosten verzocht (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.


3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 mei 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 mei 2017 aan verzoekster gezonden.


 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 mei 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 12 juni 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch 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.


 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 21 juni 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

 4.1. De behandelend psychiater heeft ten aanzien van verzoekster het volgende verklaard: *"Mede dankzij de hulp die patiënte via U van MEE krijgt is patiënte 'gaande gebleven'. De hulp is echter onvoldoende gebleken om grote stappen te maken richting een dra[a]g[e]lijk bestaan zonder te veel ballast door psychische problematiek. Zoals bekend slaapt [verzoekster] slechts drie á vier uur per nacht, zolang een persoon in haar kamer aanwezig is. De duur van de slaap is te kort en heeft een nog steeds ondermijnend effect op haar gezondheid, zowel psychisch als somatisch. Derhalve verzoek ik U te bemiddelen in een voorziening waarbij patiënte acht uur per nacht kan slapen. De mogelijkheid om haar dan adequaat te behandelen komt dan zeker dichterbij; (...)"*

 4.2. In het zorgplan van 18 mei 2016 is het volgende ten aanzien van verzoekster verklaard: *"Mw is een jonge vrouw die door de sarcoïdose en de hernia's en daaruit ontstane lichamelijke klachten (voornamelijk vermoeidheid en pijn, waarvoor medicatie met bijwerkingen) bijna geheel afhankelijk [is] van anderen in alle aspecten van het dagelijks leven. Mw is afgekeurd voor werk. Mw ligt het liefst de hele dag op de bank, maar dat doet de conditie geen goed. Mw heeft ondersteuning voor huishoudelijke hulp en toezicht 's nachts aangevraagd bij de gemeente, in de vorm van voorzieningen uit de WMO. De wisselende conditie zorgt dat er sprake is van niet planbare zorg. De ADL hulp moet in aangepast tempo. Mw heeft hulp nodig bij alle aspecten van de persoonlijke zorg, begeleiding bij medicatiegebruik en daginvulling. Vanwege het psychosociale aspect is vaste begeleiding wenselijk. PGB geeft mw meer mogelijkheden de regie in eigen hand te houden en de dag naar de mogelijkheden van dat moment in te delen. Zorgtijd dagelijks 2 x 60 minuten ADL en 2 x 20 minuten medicatie en sociale controle; (...)"*

 4.3. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag voor het PGB vv afgewezen, aangezien bij verzoekster sprake is van een achterstand in de betaling van de premie van vier maanden. Verzoekster ontkent deze achterstand niet, echter momenteel tracht zij een betalingsregeling te treffen met de deurwaarder. Daarnaast doet verzoekster een beroep op het evenredigheidsbeginsel. Het belang van verzoekster, dat zij de juiste zorg van de juiste mensen ontvangt, weegt zwaarder dan naleving van de beleidsregels van de zorgverzekeraar, aangezien de situatie van verzoekster uitzonderlijk is vanwege haar zware psychische problemen.

 4.4. Verzoekster kampt zowel met lichamelijke als psychosociale klachten. Hierdoor is zij bijna volledig afhankelijk van derden op alle aspecten van de persoonlijke verzorging, begeleiding bij medicatie en haar daginvulling. De wisselende conditie van verzoekster zorgt ervoor dat de zorg niet planbaar is. De lichamelijke verzorging zou door elke zorgorganisatie kunnen worden geleverd, maar vanwege haar angststoornissen en fobiegedrag is een vaste zorgverlener wenselijk en zelfs noodzakelijk. Door haar angststoornissen kan verzoekster niet slapen wanneer zij alleen thuis is. Daarnaast kan verzoekster gaan slaapwandelen, waardoor zonder toezicht gevaarlijke situaties kunnen ontstaan. Om die reden dient 's nachts altijd iemand bij haar aanwezig te zijn zodat verzoekster de nodige

nachtrust kan krijgen. Aangezien verzoekster aan psychotraumata en pathologische achterdocht lijdt, is het voor haar onmogelijk onbekende zorgverleners toe te laten in haar huis. Voorts ontstaat bij verzoekster dwanggedrag bij toename van stress.

Als gevolg van de afwijzing ontvangt verzoekster thans niet de hulp die zij nodig heeft, waardoor de klachten verergeren en zij in een neerwaartse spiraal terecht komt.

Bovenstaande dient ertoe te leiden dat verzoekster alsnog een PGB vv krijgt toegekend, alsmede dat de gemaakte proceskosten worden vergoed.

4.5. Ter zitting is door verzoekster de standpunten herhaald en ter aanvulling het volgende verklaard. Verzoekster erkent dat sprake is van een betalingsachterstand. Zorg in natura is echter geen optie aangezien verzoekster door psychosociale problemen een vaste zorgverlener nodig heeft. Het standpunt van de zorgverzekeraar kan naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid niet standhouden.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Om aanspraak te kunnen maken op een PGB vv moet worden voldaan aan de voorwaarden die zijn opgenomen in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar. In artikel 4.7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' is bepaald dat geen PGB vv wordt toegekend als (i) de verzekerde de afgelopen drie jaar in een schuldsaneringsregeling heeft gezeten (Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen), of (ii) de verzekerde van de zorgverzekeraar een brief heeft ontvangen waarin is vermeld dat aanmelding bij het Zorginstituut dreigt in verband met een betalingsachterstand van minimaal vier maandpremies.

Bij verzoekster is sprake van een betalingsachterstand en zij is al langere tijd aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut, thans het CAK. De ziektekostenverzekeraar heeft geen informatie waaruit blijkt dat verzoekster inmiddels een betalingsregeling voor de achterstand heeft getroffen. Het treffen van een betalingsregeling is overigens niet voldoende voor de toekenning van een PGB vv.

Voorts stelt de zorgverzekeraar dat onvoldoende aannemelijk is gemaakt dat verzoekster alle verantwoordelijkheden en verplichtingen op verantwoorde wijze uitvoert, zoals bepaald in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging'.

Verzoekster voldoet derhalve niet aan de voorwaarden om in aanmerking te komen voor een PGB vv.

5.2. Verzoekster heeft wel recht op zorg in natura. Met de gecontracteerde zorgaanbieders is het mogelijk afspraken te maken die passen bij de omstandigheden en wensen van verzoekster.

5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar de standpunten herhaald.

5.4. 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 zorgverzekeraar gehouden is verzoekster het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering, en de door haar gemaakte proceskosten te vergoeden.

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 artikelen 11 tot en met 37 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.

(...)

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.

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

(...)

Bijzonderheden

1. U hebt alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en verzorging hebt en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig hebt in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

(...)

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar 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 verpleging en verzorging. U komt in aanmerking voor het pgb verpleging en verzorging als:

(...)

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 verpleging en verzorging horen, uit te voeren. Een wettelijk vertegenwoordiger kan een ouder (voor kinderen tot 18 jaar), curator, bewindvoerder of mentor zijn. De verantwoordelijkheden en verplichtingen die u moet kunnen uitvoeren zijn bijvoorbeeld contracten afsluiten met een zorgaanbieder en deze controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, 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 zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

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

1. U bent in het bezit van een door een BIG-geregistreeerde 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.

(...)

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 verpleging en verzorging, 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 (in het geval van Intensieve Kindzorg of PTZ);
- 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 zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"U krijgt geen pgb verpleging en verzorging als u:

(...)

- u de afgelopen 3 jaar in een schuldsaneringsregeling heeft gezeten (Wsnr);
- 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 13 van de zorgverzekering en het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.8. 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 is 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 niet als zodanig bij wet geregeld.

- 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 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

- 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 heeft. Door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. Deze visie wordt door de commissie onderschreven.

- 9.2. De zorgverzekeraar heeft zich erop beroepen dat artikel 4.7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' in de situatie van verzoekster van toepassing is. In dat verband heeft hij gesteld dat verzoekster een premieachterstand heeft en dat aan haar de viermaandsbrief (de brief als bedoeld in artikel 18b Zvw) is gestuurd. Verzoekster heeft dit niet bestreden, doch heeft verklaard dat zij voor de achterstand een betalingsregeling met de deurwaarder tracht te treffen. De commissie is van oordeel dat verzoekster geen aanspraak heeft op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering, gelet op het bepaalde in artikel 4.7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar. Aan verzoekster is immers de viermaandsbrief gezonden en zij heeft tot op heden een (premie)achterstand bij de zorgverzekeraar. Dat verzoekster een betalingsregeling probeert overeen te komen met de deurwaarder maakt dit niet anders. De commissie merkt in dit verband nog op dat de achtergrond van voormeld artikel 4.7 van het reglement is gelegen in het kunnen beheren van een PGB vv. In geval van het bestaan van een betalingsachterstand c.q. schuldenproblematiek staat onvoldoende vast dat betrokkene in staat is de verplichtingen na te komen die zijn verbonden aan het hebben van een PGB vv. Indien wel een PGB vv aan verzoekster wordt toegekend, bestaat bovendien de mogelijkheid dat dit wordt verrekend met de betalingsachterstand en dat verzoekster niet in staat is haar zorgverlener(s) te betalen, zodat moet worden teruggevallen op zorg in natura en feitelijk sprake is van een 'dubbele' verstrekking. De zorgverzekeraar heeft immers een verrekeningsbevoegdheid bedongen.

Hetgeen verzoekster stelt met betrekking tot het evenredigheidsbeginsel maakt de uitkomst niet anders. Zoals door de zorgverzekeraar is bevestigd, heeft zij aanspraak op zorg in natura. Mogelijk kan met de zorgaanbieder afspraken worden gemaakt over de invulling hiervan, opdat aan de bezwaren van verzoekster ten aanzien van het toelaten van vreemden in haar huis kan worden tegemoet gekomen.

Proceskostenvergoeding

- 9.3. Verzoekster heeft tevens aanspraak gemaakt op vergoeding van de door haar gemaakte proceskosten. Omdat het verzoek tot toekenning van een PGB vv wordt afgewezen, bestaat geen grond voor toewijzing van de gevorderde proceskosten.

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, 5 juli 2017,



H.A.J. Kroon

