



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB),
betalingsachterstand
Zaaknummer : 201800599
Zittingsdatum : 14 november 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv)

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 verzoeker 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 (verder: het PGB vv). Bij brief van 29 januari 2018 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 22 maart 2018 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 brief van 20 juni 2018 heeft verzoeker 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 (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 13 september 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 17 september 2018 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 27 september 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 5 oktober 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.

- 3.8. 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.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 14 november 2018 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan over verzoeker verklaard:
"(...) Echtgenote helpt met medicatie inname 2x daags. - PV 20 min/dgs (...) Echtgenote helpt dhr (minstens 1x) in de nacht van houding veranderen - PV 10 min (...) Echtgenote helpt met inname van voeding en drinken 2x daags - PV 30 min/dgs (...) Echtgenote bereidt de maaltijden. In de avond krijgt dhr warme maaltijd. Overdag boterhammen en fruit. (...) Echtgenote helpt dhr met: - ieder[e] ochtend douchen/lichaam insmeren/huid inspecteren/aankleden - PV 60 min - 3x p/wk scheren - PV 30 min (...) In de avond helpt de echtgenote dhr met opruimen en omkleden. PV 30 min (...) Echtgenote helpt 2x dgs met toiletgang om incontinentie te voorkomen. - PV 2x15 min (...)".
De wijkverpleegkundige heeft bij verzoeker een indicatie gesteld van 22 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag voor het PGB vv afgewezen op de grond dat een achterstand in de premiebetaling zou bestaan van vier maanden of meer. De achterstand waarop de zorgverzekeraar zich beroept dateert echter grotendeels uit 2014. Daarnaast zou een achterstand bestaan in de betaling van zorgkosten. Dit vormt ingevolge het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de zorgverzekeraar evenwel geen grond de aanvraag voor het PGB vv af te wijzen. Hetgeen resteert is alleen een betalingsachterstand van een deel van de premie van de maand februari 2018.
- 4.3. Het is niet redelijk de oude betalingsachterstand in de beoordeling te betrekken, aangezien hiervoor een betalingsregeling loopt die goed wordt nagekomen. Bovendien heeft de zorgverzekeraar bij verzoeker het vertrouwen gewekt dat deze achterstand voor de beoordeling niet relevant is, omdat eerdere verzoeken voor een PGB vv wel zijn goedgekeurd. Door de zorgverzekeraar is eerst ten tijde van de procedure bij de Ombudsman Zorgverzekeringen gesteld dat het in het verleden ging om coulance.
- 4.4. Verzoeker lijdt zeer onder de situatie, omdat hij zijn zorgverlener wil kunnen betalen. Zorg in natura, waarbij sprake is van wisselende hulpverleners, is voor verzoeker niet aanvaardbaar gelet op zijn specifieke zorgbehoefte.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het feit dat zijn echtgenote hem de geïndiceerde Persoonlijke Verzorging verleent niet de grond mag vormen voor de afwijzing van de aanvraag voor het PGB vv, waarbij hij verwijst naar een uitspraak van de Centrale Raad van Beroep. Hetzelfde geldt voor de premieachterstand, omdat deze is ontstaan vóór 2017. Daarbij heeft verzoeker bij de toekenning van de aanvraag voor het PGB vv een groter belang dan die de zorgverzekeraar heeft bij de toepassing van zijn 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017'. Voorts heeft eerstgenoemde ter zitting verklaard dat hij op 1 januari 2017 een premieachterstand had van ongeveer € 1.150,-.
- 4.6. 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 is afgewezen op grond van artikel 3.3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de zorgverzekeraar. Hierin is bepaald dat geen PGB vv wordt toegekend indien een achterstand in de betaling van de premie bestaat van vier maanden of meer, of als deze in het afgelopen jaar heeft bestaan. Verzoeker heeft - naar de stand van 16 mei 2018 - bij de zorgverzekeraar een betalingsachterstand van totaal € 1.046,12. Hiervan staat bij de zorgverzekeraar nog € 182,05 open. Dit betreft een deel van de premie voor de maand februari 2018. Verzoeker heeft hiervoor met de zorgverzekeraar een betalingsregeling getroffen. Het overige deel van de vordering, € 864,07, bestaat uit onbetaalde zorgkosten. Deze vordering is uit handen gegeven aan een incassogemachtigde.
- 5.2. Verzoeker is met ingang van 1 januari 2016 rechtstreeks verzekerd bij de zorgverzekeraar. Voorheen was hij verzekerd via een gevolmachtigde. Verzoeker heeft bij de voormalige gevolmachtigde van de zorgverzekeraar een achterstand in de betaling van de premie ten bedrage van totaal € 1.340,69. Ook deze vordering is uit handen gegeven aan een incassogemachtigde, en verzoeker heeft hiervoor met deze incassogemachtigde een betalingsregeling afgesproken.
- 5.3. Het PGB vv dat verzoeker bij de voormalige gevolmachtigde van de zorgverzekeraar had, heeft de zorgverzekeraar overgenomen toen de verzekering met ingang van 1 januari 2016 rechtstreeks via de zorgverzekeraar werd afgesloten. Hiervoor is destijds geen aanvraag beoordeeld. Dit gebeurde voor het eerst in maart 2017. Op dat moment is besloten op basis van coulance een aangevraagde verhoging van het PGB vv goed te keuren. Verzoeker had reeds een PGB vv, zijn zorgvraag was toegenomen, en de betalingsachterstand bij verzoeker was destijds niet bekend. De zorgverzekeraar heeft daarom besloten verzoeker voor één jaar een PGB vv te verstrekken, zodat hij zijn zaken op orde kon krijgen. De aanvraag die nu in geschil is, heeft de zorgverzekeraar ontvangen in januari 2018. Hoewel verzoeker zijn betalingsverplichtingen inmiddels goed nakomt, is nog steeds sprake van een betalingsachterstand van vier maandpremies of meer. Dit betekent dat verzoeker niet langer een PGB vv kan ontvangen, maar wel recht heeft op Zorg in natura.
- 5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat - voor zover hem bekend - verzoeker een premieachterstand van € 1.340,69 heeft. Indien laatstgenoemde de hiervoor getroffen betalingsregeling correct nakomt, is zijn premieachterstand in februari 2018 volledig betaald. Daarnaast gevraagd heeft de zorgverzekeraar verklaard dat hij niet weet of hij met 'orde op zaken stellen' heeft bedoeld dat verzoeker voor de premieachterstand een betalingsregeling moest treffen of dat hij deze volledig moest voldoen. Dit doet evenwel niet ter zake, omdat de onderhavige premieachterstand op grond van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de zorgverzekeraar een grond vormt voor afwijzing van de aanvraag voor het PGB vv.
- 5.5. 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 het PGB vv alsnog aan verzoeker dient 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 38 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 12 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging (wijkverpleging) 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. 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. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntstelsel en casemanagement. (...)

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 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"1. U komt in aanmerking voor een persoonsgebonden budget op grond van de Zorgverzekeringwet (Zvw-pgb) als u behoefte hebt aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.

a. Onder zorg benoemd in artikel 2.1 vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

Daarnaast dient u:

2. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn (...)

8.5. Artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

*"U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:
(...)*

3. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen (zie hiervoor onder andere artikel 8, Verplichtingen) op verantwoorde wijze uit te voeren. De volgende aspecten wegen wij mee in onze beoordeling: (...)

d. u hebt of had het afgelopen jaar een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden; (...)

8.6. Artikel 12 van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 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).

8.7. 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.


Verpleging en verzorging is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv.

Het PGB vv is opgenomen in artikel 13a Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.29a tot en met 2.29a Rzv.


- 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 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. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld, als omschreven in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2017' van de zorgverzekeraar. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag of verzoeker voldoet aan alle voorwaarden voor toegang tot het PGB vv, zoals omschreven in artikel 3 van genoemd reglement. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag voor het PGB vv afgewezen op de grond dat verzoeker op dit moment nog een achterstand in de betaling van de premie heeft van meer dan vier maanden. Verzoeker heeft hiertegen ingebracht dat de achterstand 2018 slechts ziet op een deel van een maandpremie, en dat het overige deel van de achterstand betrekking heeft op een oude schuld die hem in het kader van het PGB vv eerder niet is tegengeworpen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. Vast staat dat verzoeker bij de zorgverzekeraar een betalingsachterstand heeft. Het deel dat openstond bij de voormalige gevolmachtigde van de zorgverzekeraar dient hierin te worden betrokken, aangezien de zorgverzekeraar voorheen reeds de risicodragers was van de verzekering van verzoeker. Niet ter discussie staat dat deze achterstand betrekking heeft op de premie. Ook is verzoeker kennelijk aangemeld geweest bij het Zorginstituut/CAK, omdat in het dossier een brief aanwezig is van het CAK met de mededeling dat de aanmelding van verzoeker aldaar met ingang van 1 februari 2018 is opgeschort. Een aanmelding bij het Zorginstituut/CAK vindt enkel plaats bij een achterstand in de maandpremie van zes maanden of meer. Verzoeker heeft de juistheid van de aanmelding destijds niet bestreden. Hiermee staat vast dat een achterstand bestaat van ten minste vier maandpremies.
- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoeker niet heeft voldaan aan alle voorwaarden voor toegang tot het PGB vv. Dat hij inmiddels betalingsregelingen heeft afgesloten voor de achterstand en deze ook goed nakomt, brengt hierin geen verandering. In het reglement is immers niet opgenomen dat in het geval van totstandkoming van een betalingsregeling wèl aanspraak bestaat op het PGB vv. Ook het argument van verzoeker dat het PGB vv eerder wel is goedgekeurd, kan niet leiden tot een ander




oordeel. De afwijzingsgrond op basis van een bestaande premieachterstand is eerst met ingang van 1 januari 2016 in het reglement opgenomen. Kennelijk had de zorgverzekeraar in de jaren 2016 en 2017 een reden verzoeker in afwijking van de toen geldende voorwaarden een PGB vv toe te kennen. Dit biedt onvoldoende grond om aan te nemen dat verzoeker gerechtvaardigd erop mocht vertrouwen dat hij ondanks het bestaan van een premieachterstand steeds een PGB vv verstrekt zou krijgen.




De omstandigheid dat verzoeker niet in staat is zijn zorgverlener te betalen, kan niet ertoe leiden dat hij toch in aanmerking komt voor een PGB vv. Hetzelfde geldt voor zijn stelling dat zorg in natura voor hem niet geschikt is vanwege zijn specifieke zorgbehoefte.




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, 28 november 2018,



H.A.J. Kroon