



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), betalingsachterstand
Zaaknummer : 201700589
Zittingsdatum : 16 augustus 2017

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv)

1. Partijen

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

tegen

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, 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 Basis Zeker (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: PGB vv). Bij brief van 13 februari 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 9 maart 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 24 april 2017 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 9 mei 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is hem alsnog een PGB vv 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 21 juni 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 26 juni 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 17 juli 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 28 juli 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. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 16 augustus 2017 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (pgb vv)' ingediend en hierop is, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"Hr heeft een bedrijfsongeval gehad in 2003, waarbij ernstig CTS aan de polsen, wervelverschuuving, knie en [...] problemen met wisselende ritmestoornissen. Er moet altijd iemand bij hr aanwezig ivm wegrakingen. Hr heeft continue pijn. (...) Hr kan zijn handen niet gebruiken (CTS). Schouder problemen kan maar moeizaam heffen. (...) Hulp bij de ADL op het moment dat hr een ritmestoornis en of wegraking heeft. Wanneer de pijnmedicatie optimaal is; (...)"*

4.2. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag van verzoeker voor een PGB vv afgewezen omdat hij is aangemeld bij het CAK (voorheen: Zorginstituut Nederland). In het reglement van de zorgverzekeraar - waar deze zich op beroept - is de betreffende afwijzingsgrond echter niet opgenomen. De afwijzingsgrond van artikel 3, tweede lid, sub d, is dat de verzekerde een betalingsachterstand heeft van vier maanden. Dit is niet hetzelfde als een aanmelding bij het CAK. Immers, een aanmelding bij het CAK duurt voort, ook indien de premieachterstand al beneden de vier maanden is 'gezakt'. De afwijzing is derhalve onterecht en onjuist aangezien de afwijzingsgrond niet staat opgenomen in het toepasselijke reglement van de zorgverzekeraar. Daarnaast scheidt de zorgverzekeraar op deze manier een niet in de wet, of de daarop gebaseerde besluiten, opgenomen buitenwettelijke grond van afwijzing. Het gevolg is dat de afwijzingsgronden door de zorgverzekeraar worden verruimd en de wettelijke weigeringsmogelijkheden worden opgerekt. Verzoeker stelt dat dit niet de bedoeling kan zijn en dat de zorgverzekeraar dit niet zonder meer kan toepassen in zijn situatie.

4.3. Ter zitting is door verzoeker de standpunten herhaald. Voorts stelt verzoeker dat het premieoverzicht van de zorgverzekeraar niet correct is, aangezien geen sprake is van een achterstand in de premiebetaling van veertien maanden. Daarnaast is zorg in natura niet geschikt voor verzoeker waardoor hij een PGB vv toegekend dient te krijgen.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. In het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de zorgverzekeraar staan de voorwaarden voor het verkrijgen van een PGB vv. In artikel 3, tweede lid, sub d, is bepaald dat de verzekerde in staat moet zijn op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg. Hiervan is in ieder geval geen sprake als verzoeker een betalingsachterstand heeft in de premie van minimaal vier maanden. In november 2014 heeft de zorgverzekeraar verzoeker een brief gestuurd over de aanmelding bij het CAK vanwege een premieachterstand van minstens zes

maanden. Vanwege de bestaande betalingsachterstand heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering.

- 5.2. Bij brief van 21 juni 2017 heeft de zorgverzekeraar de commissie medegedeeld dat verzoeker een achterstand in de premiebetaling heeft van, op dat moment, veertien maanden.
- 5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar de standpunten herhaald. Voorts is een geloofsovertuiging geen reden voor de toekenning van een PGB vv.
- 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 18 van de 'Algemene voorwaarden' 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 is gehouden aan verzoeker alsnog een PGB vv 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 artikelen 1 tot en met 39 van de 'Verzekerde Zorg' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 28 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“(…) U heeft echter ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.

(…)

Let op! *Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (PGB) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.*

Voorwaarde voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving

Een wijkverpleegkundige (niveau 5) moet een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Dit wordt samen met u uitgewerkt in een zorgplan. In het zorgplan wordt onder andere een onderverdeling vastgesteld in het aantal uur verzorging en aantal uur verpleging.

(…)”

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb als u:

*1. behoefte heeft 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 (hier valt ook de medisch specialistische verpleging thuis (MSVT) onder);
(...)"*

Daarnaast dient u:

*3. langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf;
(...)"*

8.5. Artikel 3 van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

(...)"

2d. u heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal 4 maanden;

(...)"

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

8.6. Artikel 28 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de zorgverzekeraar zijn volgens artikel 1 van de 'Algemene voorwaarden' 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 is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 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. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op een PGB vv, maar wel op zorg in natura via een thuiszorgorganisatie. De commissie maakt hieruit op dat verzoeker behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van genoemd reglement. De vraag is derhalve of tevens is voldaan aan de voorwaarden, genoemd in artikel 3.

- 9.2. De zorgverzekeraar heeft zich in dit verband erop beroepen dat artikel 3, tweede lid, sub d, van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' in de situatie van verzoeker van toepassing is, aangezien hij een premieachterstand heeft en aan hem reeds de zesmaandsbrief (de brief als bedoeld in artikel 18c Zvw) is gestuurd. Verzoeker heeft dit niet bestreden, doch hij heeft gesteld dat de aanmelding bij het CAK geen afwijzingsgrond vormt voor een PGB vv. De commissie is van oordeel dat verzoeker geen aanspraak heeft op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering, gelet op het bepaalde in artikel 3 van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de zorgverzekeraar. Aan verzoeker is de zesmaandsbrief gezonden en hij heeft tot op heden een (premie)achterstand bij de zorgverzekeraar. Dat de zorgverzekeraar de afwijzing heeft verwoord als 'aanmelding bij het CAK' in plaats van 'een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden' maakt het voorgaande niet anders. De commissie merkt in dit verband op dat de achtergrond van voormeld artikel 3 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 niet vast dat betrokkene in staat is de verplichtingen na te komen die zijn verbonden aan het PGB vv. Omdat de zorgverzekeraar een verrekeningsbevoegdheid heeft bedongen, bestaat bovendien de mogelijkheid dat het PGB vv wordt verrekend met de betalingsachterstand van verzoeker en dat hij aldus niet in staat is zijn zorgverlener(s) te betalen.
- 9.3. Bovenstaande leidt ertoe dat verzoeker geen aanspraak heeft op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering.

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, 13 september 2017,

A.I.M. van Mierlo