



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 : 201701211
Zittingsdatum : 7 maart 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, 6:248, tweede lid, BW)

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 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek.

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 10 oktober 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 27 december 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoeker bij brief van 24 juli 2017 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.

3.4. Bij brief van 12 oktober 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is het PGB vv met terugwerkende kracht tot 24 september 2016 toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering. Tevens heeft verzoeker verzocht om vergoeding van de proceskosten (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 18 januari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 januari 2018 aan verzoeker gezonden. Verzoeker heeft bij brief van 9 februari 2018 gereageerd op het standpunt van de zorgverzekeraar. Een afschrift van deze reactie is op 13 februari 2018 aan de zorgverzekeraar gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 9 februari 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 12 februari 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 7 maart 2018 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker


- 4.1. Verzoeker heeft in verband met zijn gezondheidstoestand verzorging. Hij wil de noodzakelijke zorg zelf met een PGB vv kunnen inkopen en daarom heeft hij het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging', gedateerd 24 september 2016, bij de zorgverzekeraar ingediend. Op voornoemd aanvraagformulier heeft verzoeker, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"(...) Zoals omschreven in bijlage wil ik gaarne een PGB om zorg zelfstandig in te kopen en een buitenlandse voor mij [te] laten werken en mij [te] laten verzorgen. Hiermee beperk ik het aantal personen wat over de vloer gaat komen. Hoef ik niet dagelijks opnieuw tekst + uitleg te geven. Blijf graag (binnen mijn beperkingen) zolang mogelijk zelfstandig."* De indicerende wijkverpleegkundige heeft bij verzoeker blijkens het aanvraagformulier een indicatie gesteld voor veertien uren Persoonlijke Verzorging per week met ingang van 24 september 2016.
- 4.2. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag onder verwijzing naar artikel 4.7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' afgewezen. Verzoeker is het met deze afwijzing, op de grond dat sprake is van een - volgens hem - "pretense" betalingsachterstand, niet eens. De zorgverzekeraar had onder andere de hoogte, de oorzaak, het ontstaansmoment en het verloop van de betalingsachterstand, die buiten de schuld van verzoeker is ontstaan, in zijn beslissing moeten laten meewegen. Voornoemde aspecten zijn namelijk van belang voor de beoordeling van de zorgverzekeraar of betrokkene de verplichtingen die zijn verbonden aan het PGB vv kan nakomen. Omdat de zorgverzekeraar voornoemde aspecten niet in zijn beoordeling heeft betrokken, geen verdere financiële specificaties heeft overgelegd, en uit artikel 4.7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' niet voortvloeit dat een PGB vv moet worden afgewezen indien bij betrokkene sprake is van een betalingsachterstand, moet de onderhavige afwijzing worden beoordeeld als niet zorgvuldig, onrechtmatig en naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar. Inmiddels staat verzoeker onder bewind, zodat niet kan worden aangenomen dat hij niet in staat is de verplichtingen ten aanzien van het kunnen beheren van een PGB vv na te komen. Omdat de zorgverzekeraar de financiële situatie van verzoeker niet loskoppelt van zijn gezondheidssituatie, wordt hij door de afwijzing van het PGB vv onevenredig hard getroffen.
- 4.3. Door de afwijzing van het PGB vv wordt verzoeker beperkt in zijn zelfredzaamheid. Ook dit aspect wordt door de zorgverzekeraar niet betrokken in zijn beoordeling. Overigens erkent de zorgverzekeraar wel dat bij verzoeker sprake is van een noodzaak tot het verkrijgen van zorg en heeft hij verzoeker gewezen op de mogelijkheid van het ontvangen van zorg in natura. Verzoeker ontvangt reeds zorg in natura, doch deze zorg is ontoereikend gebleken.
- 4.4. Uitdrukkelijk doet verzoeker voor een toewijzing van zijn verzoek een beroep op de aanvullende ziektekostenverzekering.


 4.5. In reactie op het door de zorgverzekeraar overgelegde financiële overzicht stelt verzoeker dat het correct is dat vanaf 1 januari 2008 sprake is van een betalingsachterstand bij de zorgverzekeraar. Volgens zijn bewindvoerder is het financiële overzicht vanaf 1 april 2015 correct. Omdat verzoeker de betalingen vóór deze datum zelf verzorgde, kan de bewindvoerder niet nagaan in hoeverre het overzicht voor die periode klopt.


 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij in een rolstoel zit en last heeft van neuropathie in zijn handen. Ook is zijn gezondheidstoestand de laatste zes maanden verslechterd. Voorts kan verzoeker niet begrijpen dat de zorgverzekeraar hem de ontstane betalingsachterstanden aanrekent.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

 5.1. Aanspraak op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering bestaat indien wordt voldaan aan de voorwaarden, zoals opgenomen in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar. In artikel 4.7 van genoemd reglement is onder andere bepaald dat geen PGB vv wordt toegekend als betrokkene een brief van de zorgverzekeraar heeft ontvangen waarin is vermeld dat aanmelding bij het Zorginstituut Nederland (thans: CAK) dreigt in verband met een betalingsachterstand van minimaal vier maandpremies voor de zorgverzekering. In tegenstelling tot de indruk die de formulering van dit artikel kan wekken, is niet de ontvangst van de viermaandsbrief een afwijsggrond voor een PGB vv, maar het hebben van een betalingsachterstand van vier of meer maandpremies. In dit verband verwijst de zorgverzekeraar naar het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2017) van de zorgverzekeraar waarin deze afwijsggrond is aangepast. Voorts verwijst hij naar een uitspraak van de rechtbank Gelderland van 20 september 2017 (ECLI:NL:RBGEL:2017:5379) waaruit volgens hem blijkt dat het afwijzen van een PGB vv op grond van een betalingsachterstand van vier of meer maandpremies past binnen de bestuurlijke afspraken.


 5.2. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag van verzoeker voor een PGB vv afgewezen, omdat laatstgenoemde op dat moment een betalingsachterstand van vier of meer maanden had. Verzoeker is bij brieven van 28 mei 2011 (tweemaandsbrief), 11 september 2011 (viermaandsbrief) en 21 november 2011 (zesmaandsmelding) geïnformeerd over de betalingsachterstand. Uit het door de zorgverzekeraar overgelegde financiële overzicht blijkt dat verzoeker over de periode van 2006 tot en met 2010 een premieachterstand van € 4.388,45 had. In 2016 was van deze vordering € 2.685,89 onbetaald gebleven. Aangezien dit bedrag hoger is dan het totaal van vier maandpremies in 2016, namelijk € 428,-- (4 x € 107,--), is het bestaan van een achterstand van meer dan vier maandpremies aangetoond.

 5.3. Indien alle achterstallige bedragen zijn voldaan, kan verzoeker een nieuwe aanvraag voor een PGB vv indienen. Verzoeker kan tot die tijd gebruik maken van zorg in natura, zodat hij toch de zorg kan ontvangen die hij nodig heeft. De zorgverzekeraar merkt verder op dat verzoeker sinds 1 december 2011 is aangemeld bij het CAK vanwege het bestaan van een betalingsachterstand van zes of meer maandpremies voor de zorgverzekering.

 5.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald.

 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 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 is gehouden aan verzoeker het PGB vv met terugwerkende kracht tot 24 september 2016 toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, alsmede de door hem 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. De voorwaarden van de zorgverzekering bepalen wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat. De betreffende passage luidt:

“Verpleging en verzorging

(wijkverpleegkundige zorg en medisch specialistische verpleging thuis (MSVT))

Verpleging en verzorging richt zich op uw lichamelijke gezondheidszorg, sociale redzaamheid, geestelijk welzijn en op uw eigen woon- en leefomgeving.

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. (...)

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.

(...)

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 zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Doelgroep pgb vv

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 wel-overwogen 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:

"Toegang tot het pgb verpleging en verzorging

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.(...)*

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

"(...)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 maand-premies;*

(...)"

- 8.7. De zorgverzekering en de artikelen 2, 3 en 4 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).
- 8.8. 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 zijn 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 geschil als zodanig niet 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

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. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, zoals bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar. Tevens is tussen hen niet in geschil dat verzoeker een indicatie heeft, zoals bedoeld in artikel 3 van genoemd reglement. De vraag die partijen verdeeld houdt, is of het bestaan van een betalingsachterstand aan toekenning van een PGB vv in de weg kan staan.
- 9.3. De zorgverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker geen aanspraak heeft op een PGB vv, omdat bij hem een betalingsachterstand van vier of meer maandpremies voor de zorgverzekering bestaat, hetgeen ingevolge artikel 4.7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar een afwijsground vormt. Verzoeker heeft de stelling betrokken dat uit voornoemd artikel geenszins volgt dat het bestaan van een betalingsachterstand een grond

oplevert voor het afwijzen van de aanvraag voor een PGB vv. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.

- 9.4. In artikel 4.7 van voornoemd reglement is bepaald dat geen aanspraak bestaat op een PGB vv indien verzoeker een brief van de zorgverzekeraar heeft ontvangen, waarin is vermeld dat deze voornemens is verzoeker vanwege een betalingsachterstand van vier maandpremies aan te melden bij het Zorginstituut (thans: CAK). Uit deze formulering blijkt duidelijk dat de ontvangst van de viermaandsbrief door betrokkene een afwijsggrond voor een PGB vv vormt en niet louter het bestaan van een achterstand van vier of meer maandpremies voor de zorgverzekering zoals de zorgverzekeraar heeft gesteld. Indien de zorgverzekeraar had beoogd het bestaan van een premieachterstand van vier of meer maanden als afwijsggrond aan te merken, had het op zijn weg gelegen dit expliciet in de voorwaarden op te nemen.
- De uitspraak van de rechtbank Gelderland (ECLI:NL:RBGEL:2017:5379) waarnaar de zorgverzekeraar heeft verwezen, kan niet leiden tot een ander oordeel, omdat in die kwestie een andere rechtsvraag is beantwoord, namelijk of het opnemen van bovengenoemde bepaling in strijd was met de bestuurlijke afspraken omtrent het PGB vv.
- Aangezien verzoeker echter de ontvangst van de viermaandsbrief niet heeft betwist, moet deze als vaststaand worden aangenomen. Om die reden heeft de zorgverzekeraar de aanvraag voor het PGB vv terecht afgewezen.

Redelijkheid en billijkheid

- 9.5. Verzoeker heeft verder gesteld dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is dat de zorgverzekeraar vasthoudt aan het bepaalde in artikel 4.7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging'. De commissie merkt op dat uit jurisprudentie van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2014:3679) blijkt dat het op grond van maatstaven van redelijkheid en billijkheid afwijken van de voorwaarden van een verzekeringsovereenkomst slechts in zeer bijzondere omstandigheden aan de orde kan zijn. De omstandigheden die verzoeker heeft aangedragen, onder meer dat de betalingsachterstand buiten zijn schuld om is ontstaan, hij wordt beperkt in zijn zelfredzaamheid wanneer hij afhankelijk is van zorg in natura, hij inmiddels een bewindvoerder heeft, en de zorgverzekeraar voorafgaand aan deze procedure geen financiële specificatie heeft overgelegd, vormen geen bijzondere omstandigheden als bedoeld in voornoemde zin. Dat de zorgverzekeraar, zoals door verzoeker is aangevoerd, andere omstandigheden omtrent de betalingsachterstand niet heeft betrokken in de afwijzing van het PGB vv maakt het voorgaande niet anders. Hierbij overweegt de commissie dat het op de weg van verzoeker had gelegen deze omstandigheden nader toe te lichten.
- Overigens zal toepassing van artikel 4.7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' niet snel tot een uitkomst leiden die als onaanvaardbaar moet worden aangemerkt, aangezien weliswaar geen aanspraak kan worden gemaakt op een PGB vv, maar wel op de geïndiceerde zorg in natura. Indien deze zorg in omvang of uitvoering ontoereikend is - verzoeker is hier niet specifiek in - is de aangewezen weg een herindicatie te vragen respectievelijk de zorgverzekeraar aan te spreken op zijn zorgplicht.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Verzoeker heeft expliciet aanspraak gemaakt op toekenning van zijn verzoek op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering. In 2016 had verzoeker evenwel geen aanvullende ziektekostenverzekering afgesloten, zodat het verzoek ook niet op basis van deze verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 21 maart 2018,



A.I.M. van Mierlo

