



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te
Zeist en Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), ingangsdatum, redelijkheid en billijkheid

Zaaknummer : 201701058

Zittingsdatum : 7 februari 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk, en 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: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
- 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar 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). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Optimaal Aanvullend 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Aanvullend Tand twee sterren is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) met ingang van 2 januari 2017. Bij brief van 30 maart 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv ingaat op 23 februari 2017.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 18 mei 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 20 september 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv te laten ingaan op 2 januari 2017 (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 ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 7 december 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 december 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 december 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 januari 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 Zvw, 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 ziektekostenverzekeraar zijn op 7 februari 2018 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 20 februari 2017 een zorgplan opgesteld en hierin over verzoekster verklaard: *"(...) De persoonlijke hygiëne van mevrouw is bewaakt. Voor mevrouw is dit van extra belang in verband met infectie gevaar door diabetes mellitus. Door stramheid en pijn kan mevrouw dit niet zelfstandig. (...) Mevr. geeft aan dat zij zich gesteund voelt bij de coördinatie van zorg, en overleg met specialisten/diabetesverpleegkundige/fysiotherapeut. Coördinatie van zorg is geborgd. Het is voor mevrouw niet mogelijk om dit zelf te doen gezien de taalbarrière. (...) Bloedsuikerspiegel bevindt zich binnen acceptabele waarden, door toedienen insuline, aanpassen medicatie, bloedsuikerdagcurve wordt 4x per week opgepakt. Ook neemt mevr. de voorgeschreven medicatie op de voorgeschreven tijden in. Om dit te bereiken wordt mevrouw hierbij ondersteund omdat mevrouw hierin het overzicht verliest. (...) Mevr. geeft aan dat door gebruik van de voorgeschreven pijnpleisters haar pijnklachten niet verergeren. Het lukt mevrouw niet om zelf de Fentanyl pleisters aan te brengen en bij te bestellen. (...) Mevr. is ondersteund bij de transfers, op deze manier is de kans op vallen geminimaliseerd. In de ochtend is de pijn hoger en is mevrouw stram. Hierdoor is de kans op vallen aanwezig. (...) Mevr. gebruikt het voor haar geschikte incontinentiemateriaal. Het lukt mevrouw niet om zelfstandig incontinentiemateriaal aan te trekken. Ook het bestellen van materiaal moet worden overgenomen. (...) Mevr. woont samen met haar echtgenoot. Zowel dhr. als mevr. zijn van Marokkaanse afkomst. Beiden beheersen de Nederlandse taal niet. Kinderen wonen ook in Nederland en nemen de zorg voor hun ouders op zich. Mevr. is diabeet, insulineafhankelijk. Mevr. heeft een versleten ruggewervel, onbehandelbaar. Mevr. gebruikt diverse medicatie en fentanylpleisters. (...)".*
- 4.2. Verzoekster heeft in 2016 voor het eerst via de Zvw een PGB vv ontvangen. Voorheen ontving zij een PGB ten laste van de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, thans: Wlz, Wet langdurige zorg). Onder die regeling liep het PGB enkele jaren door en werd verzoekster tijdig door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) geattendeerd op het aflopen van de indicatie. De door het CIZ gestelde indicatie was geldig tot 2026.
- 4.3. Na een bericht dat het PGB werd overgeheveld naar de Zvw heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een PGB vv aangevraagd voor het jaar 2016 en dit ook toegekend gekregen. Deze indicatie was overigens niet tijdig gereed, en de ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor schriftelijk zijn excuses aangeboden.

- 4.4. De overgang van 2016 naar 2017 was voor verzoekster de eerste keer dat zij een nieuwe indicatie diende aan te vragen. Zij is hierop niet door de ziektekostenverzekeraar geattendeerd. In de loop van januari 2017 werd verzoekster door de Sociale Verzekeringsbank (SVB) geconfronteerd met het feit dat het salaris van haar zorgverlener niet kon worden betaald, omdat de indicatie op 1 januari 2017 was afgelopen. Verzoekster heeft hierop contact opgenomen met de wijkverpleegkundige, die op 20 februari 2017 een indicatie stelde met als ingangsdatum 2 januari 2017. De ziektekostenverzekeraar heeft echter medegedeeld dat het PGB vv ingaat op 23 februari 2017, hetgeen zorgt voor een gat in de financiering van de aan verzoekster verleende zorg.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar was ervan op de hoogte dat verzoekster reeds lange tijd een PGB vv heeft en dat zij bekend is met chronische rugklachten, diabetes, Non-Hodgkin, een zenuwbeknelling in haar handen, een angststoornis en depressiviteit. Haar PGB onder de AWBZ liep als gezegd eerst af in 2026. Verzoekster acht het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid daarom onaanvaardbaar indien artikel 6.1 van het 'Reglement Zvw-pgb' van de ziektekostenverzekeraar haar wordt tegengeworpen. Voor het jaar 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar wèl herinneringsbrieven verzonden. Hieruit blijkt dat ook de ziektekostenverzekeraar van mening is dat hij de taak heeft zijn klanten te informeren over de in te dienen aanvraag voor het PGB vv voor het komende jaar.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat artikel 6.1 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' alleen geldt voor de eerste aanvraag. Het betreft hier een verlenging, zodat genoemd artikel niet van toepassing is. Aangezien de ziektekostenverzekeraar beschikt over alle informatie, moet het PGB vv aansluitend worden verleend.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. In artikel 6.1 van het 'Reglement Zvw-pgb' van de ziektekostenverzekeraar is geregeld dat de ingangsdatum van het PGB vv de datum is waarop de ziektekostenverzekeraar de compleet ingevulde en ondertekende aanvraag heeft ontvangen. De ziektekostenverzekeraar ontving de aanvraag eerst op 23 februari 2017, en heeft daarom deze datum bepaald als de ingangsdatum van het PGB vv.
- 5.2. De voorgaande indicatie liep af op 1 januari 2017. Deze datum is vermeld op de aanvraag die voor het jaar 2016 door verzoekster is ingediend, zodat zij hiermee bekend mag worden verondersteld. Ook was op de aanvraag vermeld dat in oktober 2016 een evaluatie diende plaats te vinden. De datum van 1 januari 2017 werd eveneens genoemd in de definitieve toekenningsverklaring die aan verzoekster is gezonden. Het is de verantwoordelijkheid van de budgethouder dan wel een wettelijk vertegenwoordiger tijdig een nieuwe indicatie aan te vragen. Om die reden worden geen herinneringsbrieven verzonden. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding het PGB vv eerder te laten ingaan dan 23 februari 2017.
- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de indicatie geldig was tot 1 januari 2017. Met het stellen van een nieuwe indicatie wordt een nieuw PGB vv afgegeven, zodat geen sprake is van een verlenging. De indicatie geldt voor twee jaar, maar de toekenning van het PGB vv slechts voor één jaar. Hierin ligt het verschil.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar 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 en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en

daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog met ingang van 2 januari 2017 toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 1 tot en met 40 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 bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"In artikel 16, 17, 30 en 31 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). 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 (Zvw-pgb) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging voor in de eigen omgeving kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement Zvw-pgb. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. (...)"

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Zvw-pgb' van de ziektekostenverzekeraar 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 (...)"

8.5. Artikel 3 van het 'Reglement Zvw-pgb' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

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

2 u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met behulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. (...)

3 dat u naar ons oordeel in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in contracten afsluiten met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten. (...)

4 dat u naar ons oordeel in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger de zorgverleners waar u een overeenkomst mee heeft gesloten 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; (...)"

8.6. Artikel 6.1 van het 'Reglement Zvw-pgb' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"1 De ingangsdatum van het Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb ook op een latere datum in laten gaan. (...)"

8.7. Artikel 28 van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3 en 6.1 van het 'Reglement Zvw-pgb' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1.1 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringwet (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. Het PGB vv is naar aard en omvang geregeld in artikel 13a Zvw. Verpleging en verzorging zijn geregeld in artikel 2.10 Bzv.

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 ziektekostenverzekeraar 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. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster behoort tot de groep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld. Hetgeen hen verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag wanneer het PGB vv dient in te gaan. Verzoekster wenst een ingangsdatum van 2 januari 2017, terwijl de ziektekostenverzekeraar de ingangsdatum stelt op 23 februari 2017. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

9.2. Gelet op artikel 6.1 van het 'Reglement Zvw-pgb' is de ingangsdatum van het PGB vv de datum waarop de ziektekostenverzekeraar de compleet ingevulde en ondertekende aanvraag heeft ontvangen. Op verzoek kan wel een latere ingangsdatum worden gehanteerd, doch niet een eerdere. Anders dan verzoekster stelt, geldt dit artikel voor elke nieuwe aanvraag. Het aanvraagformulier is ondertekend op 21 februari 2017. De door de ziektekostenverzekeraar genoemde ontvangstdatum van 23 februari 2017 is daarom aannemelijk. Dit leidt ertoe dat het PGB vv volgens de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden ingaat op 23 februari 2017.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

Redelijkheid en billijkheid

9.4. Verzoekster acht het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar indien artikel 6.1 van het 'Reglement Zvw-pgb' haar wordt tegengeworpen, aangezien de ziektekostenverzekeraar op de hoogte was van haar problematiek en hij geen herinneringsbrief heeft gestuurd omtrent het aflopen van de indicatie per 1 januari 2017. Voorheen ontving verzoekster deze wel van het ClZ, en voor het jaar 2018 heeft verzoekster deze ook van de ziektekostenverzekeraar ontvangen.

9.5. Het PGB vv brengt voor de budgethouder een grote verantwoordelijkheid met zich. Zo moet hij in staat zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger zorgverleners aan te sturen, personeel te werven, uurroosters op te stellen en te zorgen dat sprake is van verantwoorde zorg, zo is bepaald in artikel 3 van het 'Reglement Zvw-pgb' van de ziektekostenverzekeraar. Deze verantwoordelijkheid brengt ook mee dat de budgethouder zich op de hoogte stelt van de geldende voorwaarden voor het PGB vv, waaronder het tijdig aanvragen van een nieuwe indicatie. Hoewel het voor de budgethouder prettig is indien hij door de ziektekostenverzekeraar tijdig wordt herinnerd aan de noodzaak van het tijdig indienen van een nieuwe aanvraag, behoort dit niet tot de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar. Dat dit voorheen onder een andere regeling anders was, maakt het voorgaande niet anders. Een en ander leidt ertoe dat de commissie van oordeel is dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid niet onaanvaardbaar is indien artikel 6.1 van het 'Reglement Zvw-pgb' onverkort toepassing vindt, en de ingangsdatum van 23 februari 2017 gehandhaafd blijft.

Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 maart 2018,



A.I.M. van Mierlo

