

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen E te F
Zaak : Aanvullende ziektekostenverzekering, thuiszorg, eigen bijdrage
Zaaknummer : 2012.01948
Zittingsdatum : 1 mei 2013

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door de heer C te D, tegen

E te F, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker tezamen met zijn inmiddels overleden echtgenote bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de [naam ziektekostenverzekeraar] Zorgverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De zorgverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

Verder was ten behoeve van verzoeker en wijlen zijn echtgenote bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering [naam ziektekostenverzekeraar] Extra Uitgebreid afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Deze verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo 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 ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de eigen bijdrage in het kader van het Persoonsgebonden Budget (hierna: PGB) over 2009 ten bedrage van € 2.082,36 (hierna: de aanspraak).

3.2. Bij brief van 3 april 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat € 1.500,- wordt vergoed.

3.3. Bij brief van 11 april 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat geen vergoeding wordt toegekend.

3.4. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 25 juni 2012 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

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

3.6. Bij brief van 28 december 2012 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat primair de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, subsidiair dat hij € 1.956,60 dient te vergoeden, en meer subsidiair dat hij € 1.500,- dient te vergoeden.

den, ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).

- 3.7. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 maart 2013 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 maart 2013 aan verzoeker gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 21 maart 2013 schriftelijk medegedeeld mondeling gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 april 2013 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 mei 2013 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker en wijlen zijn echtgenote hebben van de gemeente 's-Gravenhage op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo) een PGB voor huishoudelijke verzorging toegewezen gekregen. Het bedrag van € 2.082,36 bestaat uit daadwerkelijk betaalde eigen bijdragen voor het bruto PGB Wmo, na vermindering met de tegemoetkoming op grond van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten. Verzoeker maakt primair aanspraak op vergoeding hiervan.
- 4.2. Op grond van artikel 26.8. van de aanvullende ziektekostenverzekering dient door de ziektekostenverzekeraar € 2.082,36 te worden vergoed. De vergoeding is in het tweede lid van voornoemd artikel niet uitgesloten. Immers, er is geen sprake van eigen bijdragen die zijn ingehouden op een bruto PGB Wmo. Het PGB Wmo (van € 3.108,-) is zonder enige inhouding volledig aan verzoeker uitbetaald. Subsidiar wordt een vergoeding van € 1.956,60 gevorderd. Dit bedrag bestaat uit € 1.500,- dat ter zake van verzoeker dient te worden vergoed, en € 456,60 ter zake van wijlen zijn echtgenote. De eigen bijdrage van verzoeker overstijgt het bedrag van € 1.500,-, maar dit is de maximale vergoeding die de aanvullende ziektekostenverzekering biedt. Meer subsidiar dient € 1.500,- te worden vergoed, indien wordt vastgesteld dat enkel voor één persoon aanspraak bestaat op de maximale vergoeding ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar stelt zich ten onrechte op het standpunt dat de polisvoorwaarden uitgaan van een onderscheid tussen zorg in natura en zorg die wordt ingekocht door middel van een PGB. Dit volgt namelijk niet uit de polisvoorwaarden. Een dergelijk onderscheid is bovendien volstrekt in strijd met hetgeen de wetgever met het gegeven keuzerecht voor zorgbehoevenden heeft beoogd, te weten dat verlening van zorg in natura en zelf voorzien in zorg door middel van een PGB gelijkwaardig zijn. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar is daarom in strijd met dwingend recht.

- 4.4. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar is daarnaast discriminerend voor zorgbehoevenden die voor een aan zorg in natura in beginsel gelijkwaardig PGB kiezen. Derhalve is sprake van strijd met artikel 1 van de Grondwet en artikel 14 van het Europese Verdrag ter Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden. Vergoeding van de eigen bijdrage is volgens de ziektekostenverzekeraar niet alleen afhankelijk van de gemaakte keuze voor zorg in natura of zelf voorzien in zorg door middel van een PGB, maar is tevens afhankelijk van de gemeente waar de zorgbehoevende woont, gelet op de aan gemeenten bij de uitvoering van de Wmo binnen zekere grenzen gelaten vrijheid van keuze voor verlening van zorg in natura of toekenning van een PGB.
- 4.5. Aangezien de polisvoorwaarden duidelijk zijn en de ziektekostenverzekeraar een professionele organisatie is met specifieke juridische kennis, moet – voor zover al sprake zou zijn van onduidelijke polisvoorwaarden – het geschil in het voordeel van verzoeker worden beslist (vgl. Hoge Raad 13 maart 1981, NJ 1981, 635, Haviltex, en Hoge Raad 28 april 1989, NJ 1990, 583, Liskay/Harman).
- 4.6. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 3 april 2012 erkend dat een betalingsverplichting bestaat van (ten minste) € 1.500,--. Deze betalingsverplichting kan niet ongedaan worden gemaakt met de brief van 11 april 2012. Verzoeker heeft alle relevante informatie aan de ziektekostenverzekeraar overgelegd, op basis waarvan het besluit van 3 april 2012 is genomen. Het besluit van 11 april 2012 is derhalve in strijd met de redelijkheid en billijkheid. Interne fouten kunnen verzoeker niet worden aangerekend.
- 4.7. Verzoeker stelt voorts dat de maximalisering van de vergoeding voor de eigen bijdrage van € 1.500,-- uitsluitend ziet op de eigen bijdrage voor persoonlijke verzorging en verpleging zoals die is opgenomen in de AWBZ en verleend wordt bij een verzekerde thuis of tijdens een verblijf in een hospice of bijnaathuis-huis. De vergoeding voor de eigen bijdrage voor huishoudelijke verzorging zoals die is vastgelegd in de Wmo en wordt uitgevoerd door de gemeente is niet aan enige beperking gebonden.
- 4.8. Verzoeker merkt op dat pas door bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen het standpunt van de ziektekostenverzekeraar duidelijk is geworden. De ziektekostenverzekeraar heeft zodoende nagelaten verzoeker inhoudelijk te informeren, hetgeen ook wordt erkend. Dit is in strijd met de redelijkheid en billijkheid.
- 4.9. Ter zitting zijn door verzoeker deze standpunten herhaald. Voorts is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het lijkt of de ziektekostenverzekeraar probeert de uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeiende vergoedingsplicht te ontlopen. Ten eerste wijst verzoeker erop dat tot 1 januari 2007 de op een PGB ingehouden eigen bijdrage wél werd vergoed. Met ingang van 1 januari 2007 kwam de op een PGB ingehouden eigen bijdrage niet meer voor vergoeding in aanmerking, met dien verstande dat voor verzekerden die voor het jaar 2006 de beschikking hadden over een PGB een overgangsregeling gold. In de tweede plaats hield artikel 24 van de aanvullende ziektekostenverzekering 2008 in dat recht op vergoeding bestaat van de verschuldigde eigen bijdrage met uitsluiting van de op een PGB ingehouden eigen bijdrage. De ziektekostenverzekeraar is zich dus, anders dan hij nu voorwendt, zeer wel bewust van het verschil tussen een ten laste van verzekeringnemer ingehouden eigen bijdrage en een door verzekeringnemer zelf betaalde eigen bijdrage. In de derde plaats

merkt verzoeker op dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte naar eerdere bindende adviezen van de commissie verwijst. In die gevallen heeft de commissie immers de vergoedingen uiteindelijk wel toegekend op grond van het vertrouwensbeginsel. De ziektekostenverzekeraar betwist niet dat verzoeker pas in 2012 kennis heeft kunnen nemen van zijn standpunt, zodat ook op deze grond vergoeding alsnog moet worden toegekend. Verzoeker wordt met het nu ingenomen standpunt van de ziektekostenverzekeraar gediscrimineerd.

Verzoeker brengt verder in dat de ziektekostenverzekeraar ongemotiveerd ontkent dat sprake is van discriminatie tussen verzekerden die in gelijke omstandigheden verkeren. Het in de AWBZ en Wmo verankerde recht van een verzekerde om te kunnen kiezen tussen zorg in natura en zelf voorzien in zorg door middel van een PGB leidt in het standpunt van de ziektekostenverzekeraar onmiskenbaar tot een nadeliger behandeling van verzoeker. Immers, bij een geringere dekking wordt dezelfde premie betaald als een verzekerde die kiest voor zorg in natura, aan wie de eigen bijdrage wél wordt vergoed.

Tot slot stelt verzoeker zich te verbazen over de starre houding van de ziektekostenverzekeraar. Verzoeker bestrijdt het door deze ingenomen standpunt. De bepaling is onduidelijk.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De aanvullende ziektekostenverzekering bood in 2009 aanspraak op een maximale vergoeding van € 1.500,- voor de eigen bijdragen ter zake van thuiszorg of een hospice (artikel 26.8. van de polisvoorwaarden). In artikel 26.8.1 onder a van de aanvullende ziektekostenverzekering is aangegeven dat eigen bijdragen voor "huishoudelijke verzorging zoals die is vastgelegd in de Wmo en wordt uitgevoerd door de gemeente waar u woont" en "persoonlijke verzorging en verpleging zoals die is opgenomen in de AWBZ en verleend wordt bij u thuis of tijdens een verblijf in een hospice of bijnaathuis-huis", wordt vergoed. Artikel 26.8.2. onder a van de aanvullende ziektekostenverzekering bepaalt dat "de eigen bijdrage die is ingehouden op een PGB" en "de eigen bijdrage voor verblijf in een instelling", niet worden vergoed.

Er is tussen partijen geen discussie over het gegeven dat verzoeker en wijlen zijn echtgenote zowel voor de aanspraken vanuit de AWBZ als vanuit de Wmo, gebruik maakten van een PGB. Op de brieven van het CAK aan beiden staat bij de omschrijving van alle bedragen dat het gaat om de eigen bijdrage voor een PGB. De eigen bijdrage die is ingehouden op een PGB is uitgesloten van vergoeding. Dit geldt eveneens voor de eigen bijdrage die niet is ingehouden op het PGB, maar door de verzekerde is betaald. In bindende adviezen van de commissie wordt dit bevestigd. In het bindend advies met zaaknummer 2009.02399 oordeelt de commissie dat het niet relevant is dat de eigen bijdrage niet is ingehouden op het PGB, maar achteraf door het CAK in rekening wordt gebracht. Hetzelfde wordt geoordeeld in het bindend advies met zaaknummer 2010.00659. De verzekeringsvoorwaarden gaan uit van een onderscheid tussen zorg in natura en zorg die wordt ingekocht door middel van een PGB.

5.2. Ten aanzien van de aanvullende verzekeringen staat het de ziektekostenverzekeraar vrij zelf de dekking te bepalen. Verzekerden hebben een keuzevrijheid om een dergelijke aanvullende verzekering al dan niet af te sluiten. Van strijd met dwingend recht of discriminatie van zorgbehoevenden is geen sprake.

- 5.3. Het is vervelend dat verzoeker in eerste instantie onjuist is geïnformeerd door de brief van 3 april 2012. De declaratie van verzoeker is nogmaals in behandeling genomen. De ziektekostenverzekeraar biedt verzoeker excuses aan voor het feit dat hij bij brief van 11 april 2012 hierover inhoudelijk niet is geïnformeerd. Deze handelwijze kan echter niet leiden tot enige vergoeding. Van een gedragsbepalende toezegging is immers geen sprake. Het is wel vervelend dat verzoeker enige tijd in de veronderstelling is geweest dat recht bestond op vergoeding van € 1.500,--.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat een onderscheid is gemaakt tussen zorg in natura en zorg op basis van een PGB. Artikel 26.8 lid 1 van de aanvullende ziektekostenverzekering verwijst naar zorg in natura; lid 2 naar zorg op basis van een PGB. Tot slot brengt de ziektekostenverzekeraar in dat het gaat om een vergoedingskwestie waarbij een verschil van mening bestaat over de uitleg van een bepaling. Hierbij is geen sprake van starheid.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 9 van de aanvullende ziektekostenverzekering 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 de aanspraak op vergoeding van de eigen bijdrage in het kader van een PGB ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarde

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil is de volgende verzekeringsvoorwaarde relevant.
- 8.2. Artikel 26.8. van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op vergoeding van de eigen bijdrage thuiszorg of hospice. Dit artikel luidt:

“26.8.1. Zorg die wij vergoeden

Wij vergoeden de eigen bijdrage voor:

a. huishoudelijke verzorging zoals die is vastgelegd in de Wmo en wordt uitgevoerd door de gemeente waar u woont;

b. persoonlijke verzorging en verpleging zoals die is opgenomen in de AWBZ en verleend wordt bij u thuis of tijdens een verblijf in een hospice of bijnahuis-huis.

Hoeveel wij vergoeden staat in Deel 1: Vergoedingen Overzicht.

26.8.2. Zorg die wij niet vergoeden

De zorg die wij niet vergoeden is:

a. de eigen bijdrage die ingehouden is op een Persoonsgebonden Budget (PGB);

b. de eigen bijdrage voor verblijf in een instelling.”

Het Vergoedingen Overzicht bepaalt dat de vergoeding voor eigen bijdrage thuiszorg of hospice maximaal € 1.500,- per jaar bedraagt.

9. Beoordeling van het geschil

- 9.1. Allereerst merkt de commissie op dat er meerdere zaken over dit onderwerp zijn geweest, waarbij zij verwijst naar de bindende adviezen in de zaken 2009.02399, 2010.00929 en 2011.00717.
- 9.2. De in artikel 26.8. van de aanvullende ziektekostenverzekering bedoelde zorg op grond van de AWBZ en Wmo kan worden geleverd in natura, dan wel kan hiervoor een PGB worden uitgekeerd. Kiest betrokkene voor een PGB, dan is deze hierover een eigen bijdrage verschuldigd. In de polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat de eigen bijdrage die is ingehouden op een PGB niet voor vergoeding in aanmerking komt. Gelet op het bestaande onderscheid tussen zorg in natura en verstrekking van een PGB ter bekostiging van deze zorg, heeft de ziektekostenverzekeraar met de polisvoorwaarde beoogd alleen de verschuldigde eigen bijdrage voor zorg die is verleend in natura voor vergoeding in aanmerking te laten komen.
- 9.3. Verzoeker heeft zich in dit verband beroepen op jurisprudentie van de Hoge Raad. Uit genoemde arresten volgt dat een louter taalkundige uitleg niet volstaat, maar dat ook moet worden gekeken naar de – subjectieve – bedoelingen van partijen. Zijns inziens zou de uitkomst hiervan moeten zijn dat bedoelde voorwaarde in zijn voordeel wordt uitgelegd. De commissie merkt hierover op dat de Hoge Raad in latere arresten heeft gekozen voor een objectieve uitleg. Voor een zodanige uitleg is plaats als de wederpartij niet betrokken is geweest bij de totstandkoming van de voorwaarden en het voor de opsteller voorzienbare aantal niet-oorspronkelijke partijen groot is, terwijl de betrokken standaardvoorwaarden beogen de rechtspositie van de gebondenen op uniforme wijze te regelen. Aan deze eisen is in casu voldaan, zodat een objectieve uitleg is aangewezen en aan de redactie van artikel 26.8 doorslaggevende betekenis mag worden gegeven.
- 9.4. Verzoeker heeft gesteld dat de eigen bijdrage niet is ingehouden op hun PGB. Zij betalen deze namelijk zelf aan het CAK. Dat de eigen bijdrage niet vooraf is ingehouden op het PGB, maar achteraf door het CAK in rekening wordt gebracht, is naar het oordeel van de commissie niet doorslaggevend. De polisvoorwaarde gaat, zoals hiervoor is vastgesteld, uit van een onderscheid tussen zorg in natura en zorg die wordt ingekocht door middel van een PGB. Niet blijkt dat de zorg door middel van een PGB, waarbij de eigen bijdrage achteraf wordt gedeclareerd, moet worden beschouwd als een zelfstandige categorie, dan wel moet worden aangemerkt als zorg in natura in de zin van artikel 26.8.1. van de aanvullende ziektekostenverzekering. Een dergelijke nuancering is kunstmatig en gaat voorbij aan hetgeen met de polisvoorwaarden wordt beoogd. Het beroep van verzoeker slaagt daarom niet.
- 9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft het recht de polisvoorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering zelf vast te stellen. Deze polisvoorwaarden kan de ziektekostenverzekeraar jaarlijks aanpassen. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen de eigen bijdrage voor thuiszorg die in natura wordt geleverd te vergoeden, maar de eigen bijdrage voor thuiszorg waarvoor een PGB is verstrekt uit te sluiten van vergoeding. Verzoeker en wijlen zijn echtgenote zijn met het aangaan van de

overeenkomst akkoord gegaan met de door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde polisvoorwaarden. Het gemaakte onderscheid is niet in strijd met de wet.

- 9.6. Dat de wetgever, in het kader van de Wmo, keuzevrijheid heeft geïntroduceerd, regardeert de ziektekostenverzekeraar niet, nu de mogelijkheid van vergoeding van de eigen bijdrage is gebaseerd op een privaatrechtelijke overeenkomst en niet volgt uit de wet.
- 9.7. Ten aanzien van de vraag welke betekenis moet worden toegekend aan de brief van 3 april 2012, waarin verzoeker, in afwijking van het voorgaande, een vergoeding van € 1.500,- wordt toegezegd, stelt verzoeker dat het bij brief van 11 april 2012, intrekken van deze toekenning in strijd is met de redelijkheid en billijkheid. De commissie merkt hierover op dat, zoals blijkt uit hetgeen onder 9.1 is overwogen, de onderhavige bepaling vaker onderwerp van geschil is geweest. Door verzoeker is voorts gesteld, en door de ziektekostenverzekeraar is niet bestreden, dat in de loop der jaren het vergoedingenbeleid op dit punt meermaals is gewijzigd. De commissie is van oordeel dat tegen die achtergrond van een professionele organisatie, zoals de organisatie van de ziektekostenverzekeraar, een zorgvuldige standpuntbepaling mag worden verwacht. Derhalve staat het de ziektekostenverzekeraar niet (meer) vrij om op de toekenning terug te komen.

Conclusie

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het meer subsidiaire verzoek dient te worden toegewezen en dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een bedrag van in totaal € 1.500,- dient te vergoeden.
- 9.9. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als onder 9.8 is omschreven.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag van € 37,-.

Zeist, 15 mei 2013,

Voorzitter