

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door G te H tegen C te D en E te F
Zaak : Thuiszorg, eigen bijdrage bij PGB
Zaaknummer : 2011.00717
Zittingsdatum : 26 oktober 2011

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door G te H

tegen

1) C te D en

2) E te F

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 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 daarom verder onbesproken.

Verder was ten behoeve van verzoekster 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 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht om vergoeding van de eigen bijdrage die zij in het kader van het Persoons Gebonden Budget (PGB) verschuldigd is (hierna: de aanspraak). Bij brief van 10 september 2010 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 10 en 30 december 2010, en 3 en 16 februari 2011 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 10 juni 2011 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld ad € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit ver-

zoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 31 augustus 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 september 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 26 september 2011 schriftelijk medegedeeld telefonisch gehoord te willen worden. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 oktober 2011 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 oktober 2011 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft vanaf 1 januari 2009 een PGB op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) toegewezen gekregen van de gemeente Maastricht. Op dit PGB wordt geen eigen bijdrage ingehouden. Voor de door haar verschuldigde eigen bijdrage krijgt zij aparte nota's van het CAK. Deze heeft zij ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft deze nota's niet vergoed, terwijl zij ter zake, op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering, aanspraak heeft op een vergoeding van maximaal € 1.500,-- per jaar.
- 4.2. Voorts is verzoekster van mening dat de ziektekostenverzekeraar weliswaar de inhoud van de aanvullende ziektekostenverzekering mag bepalen, maar dat het hier toepasselijke artikel 26.8 op gespannen voet staat met het gelijkheidsbeginsel. Het door de ziektekostenverzekeraar gemaakte onderscheid tussen zorg in natura en de verstrekking van een PGB met het oog op de fraudegevoeligheid lijkt verzoekster, gezien de feitelijke gang van zaken en de controle door de overheid, niet valide. Ook is dit verschil in strijd met de grondgedachte van de Wmo, waarbij keuzevrijheid een centraal begrip is. Verzoekster vraagt zich af of de verzekeringsvoorwaarde, gezien het discriminerende karakter ervan, wel door de beugel kan.
- 4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de financiering van een PGB op grond van de AWBZ anders is dan bij de Wmo. Bij de AWBZ wordt de verschuldigde eigen bijdrage ingehouden op het uit te keren PGB. Bij de Wmo wordt het volledige PGB uitgekeerd en wordt de eigen bijdrage later in rekening gebracht. In het kader van de Wmo is dus geen sprake van 'ingehouden' van de eigen bijdrage en daarom is de uitsluiting van artikel 26.8.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering niet van toepassing.
- 4.4. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat in de polisvoorwaarden staat vermeld dat de eigen bijdrage die is ingehouden op een PGB is uitgesloten van vergoeding. Met deze eigen bijdrage wordt dat deel van het PGB bedoeld dat voor rekening van de budgethouder komt. Dit is het bedrag dat wordt betaald aan het CAK. Dit geldt dus niet

alleen voor de eigen bijdrage die letterlijk wordt ingehouden op het PGB, maar ook voor de situatie dat de budgethouder de eigen bijdrage later afdraagt, zoals in het geval van verzoekster.

5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten herhaald.

5.3. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is 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 verzekeringsvoorwaarden

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden relevant.

8.2. In artikel 26.8 van de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat aanspraak bestaat op vergoeding van de eigen bijdrage voor thuiszorg of hospice. De bepaling luidt als volgt:

“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 bijnaathuis-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.”

In het Vergoedingen Overzicht is bepaald dat de eigen bijdrage voor thuiszorg of hospice wordt vergoed tot maximaal € 1.500,-- per jaar.

9. Beoordeling van het geschil

9.1. De in artikel 26.8 van de aanvullende ziektekostenverzekering bedoelde zorg op grond van de AWBZ en de 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 bestreden polisvoorwaarde beoogd alleen de verschuldigde eigen bijdrage voor zorg die is verleend in natura voor vergoeding in aanmerking te laten komen.

- 9.2. Verzoekster heeft gesteld dat de eigen bijdrage niet is ingehouden op haar PGB. Zij betaalt deze namelijk zelf aan het CAK. Dat de eigen bijdrage niet is ingehouden op het PGB, maar achteraf door het CAK in rekening wordt gebracht, is naar het oordeel van de commissie niet doorslaggevend. De bestreden 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 polisvoorwaarden. Een dergelijke nuancering is kunstmatig en gaat voorbij aan hetgeen met de polisvoorwaarden wordt beoogd. Het beroep van verzoekster op de letterlijke tekst van de polisvoorwaarde slaagt daarom niet.
- 9.3. 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. Verzoekster is met het aangaan van de overeenkomst akkoord gegaan met de door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde regeling. Het gemaakte onderscheid is niet in strijd met de wet of de openbare orde.
- 9.4. 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.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 9 november 2011,

Voorzitter