



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te
Zeist,
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), ingangsdatum
Zaaknummer : 201503178
Zittingsdatum : 19 oktober 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen



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

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

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker 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 verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Basis Plus Module afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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 met terugwerkende kracht aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 21 september 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 12 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker 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 24 april 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 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.
- 

- 
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 4 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 juli 2016 aan verzoeker gezonden.
- 
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 8 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 
- 3.9. Bij brief van 27 juli 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 22 augustus 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016099176) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat het dossier geen medische informatie bevat, terwijl het voorts gaat om een medische situatie die kennelijk niet meer actueel is, daar het gaat om een aanvraag voor het toekennen van een PGB vv met terugwerkende kracht over een indicatieperiode die inmiddels ruim een jaar verstreken is. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 oktober 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 
- 3.11. Bij brief van 24 oktober 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 27 oktober 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 
- 4.1. Verzoeker heeft in 2014 bij het CIZ een aanvraag ingediend voor een indicatie voor een PGB. Het CIZ heeft ten aanzien van verzoeker geconcludeerd dat hij van 5 februari 2015 tot en met 4 augustus 2015 recht heeft op 7 tot 9,9 uren per week voor persoonlijke verzorging. In het betreffende besluit heeft het CIZ vermeld dat dit een indicatie betreft voor zorg vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).
- 
- 4.2. Door redenen die niet aan verzoeker zijn te wijten, heeft hij niet de juiste aanvraag voor een PGB vv ingediend. Verzoeker is van het kastje naar de muur gestuurd en toen hij zich eindelijk tot het juiste loket wendde, bleek dat de indicatie niet geldig was. Aangezien verzoeker in de periode van 5 februari 2015 tot 4 augustus 2015 beschikte over een indicatie voor een PGB, dient de ziektekostenverzekeraar hem alsnog met terugwerkende kracht het bedrag uit te betalen waarop hij recht heeft.
- 
- 4.3. Verzoeker is al jaren verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar en het is onbegrijpelijk dat deze hem juist nu in de kou laat staan. Temeer, omdat verzoeker reeds een jaar bezig is met de onderhavige aanvraag. De gemeente heeft wel (met terugwerkende kracht) coulance betracht met betrekking tot zijn aanvraag. Het is voor verzoeker dan ook niet te begrijpen dat de ziektekostenverzekeraar stelt dat hij niet adequaat heeft gereageerd op de vragen over het PGB.
- 
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat er allereerst een zorgvraag is geweest die door het CIZ is erkend. Door de overgang naar de Zvw blijkt dat verzoeker in een vergeten groep is gevallen die niet wordt erkend. Zijn vrouw is verkeerd voorgelicht. Toen heeft het zo lang geduurd dat de

indicatie was verlopen. Er is daarop een nieuwe aanvraag ingediend, met inachtneming van de indicatiestelling door het CIZ. Nadat de gehele procedure met de commissie was opgestart, heeft de ziektekostenverzekeraar documentatie overgelegd, en daaruit bleek dat de CIZ-indicatie wordt meegenomen in de beoordeling. Er is echter niet verder op ingegaan. De ziektekostenverzekeraar heeft niet echt geholpen om het proces objectief te behandelen. Men verwijst naar de algemene voorwaarden, maar er was een zorgvraag en er is een aanvraag ingediend. Het CIZ had een indicatie gesteld, maar dit is niet zomaar overgenomen. De gemeente heeft dit wel gedaan. De zorg is verleend door de dagopvang (Wmo) en daarnaast door de familie. Deze mantelzorg is eigenlijk opgedrongen, want de vrouw van verzoeker kan niet zomaar wegllopen. Verzoeker wil geen thuiszorg.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Bij het zorgkantoor is navraag gedaan en hieruit is gebleken dat verzoeker van 13 september 2012 tot 12 september 2027 een CIZ-indicatie had voor de functie Begeleiding Groep. Deze zorg is als zorg in natura afgenomen. Hiermee behoorde verzoeker niet tot de groep waarvoor gold dat het indicatiebesluit op 1 januari 2015 diende te worden overgenomen als een geldige verwijzing voor het PGB vanuit de Zvw.

5.2. Eind 2014 heeft verzoeker bij het CIZ een aanvraag ingediend voor een indicatie voor een PGB. Het CIZ heeft ten aanzien van verzoeker een AWBZ- indicatie afgegeven met als ingangsdatum 5 februari 2015. Een AWBZ-indicatie met een ingangsdatum in 2015 is echter geen geldige indicatie volgens de Zvw. Vanaf 1 januari 2015 dient de wijkverpleegkundige namelijk de indicatie te stellen. Het CIZ beoordeelt vanaf 1 januari 2015 alleen nog aanvragen voor een indicatie voor zorg op basis van de Wlz (Wet langdurige zorg).

5.3. Conform de polisvoorwaarden en het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' is een indicatie van de wijkverpleegkundige nodig. In casu is hiervan geen sprake. De ziektekostenverzekeraar dient te toetsen aan de voorwaarden van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging'. Indien deze toetsing achterwege wordt gelaten en de ziektekostenverzekeraar uitgaat van het indicatiebesluit van het CIZ, dan leidt dit tot willekeur en wordt de rechtsgeldigheid van het reglement teniet gedaan, dan wel in twijfel getrokken.

5.4. De ziektekostenverzekeraar maakt uit de klantcontactgegevens niet op dat hij verzoeker verkeerd of niet tijdig heeft geïnformeerd.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat er een indicatie moest worden gesteld door een wijkverpleegkundige. Dit is gewijzigd met ingang van 1 januari 2015. Op 10 juni 2015 is dit aan de vrouw van verzoeker medegedeeld. Het is de ziektekostenverzekeraar daarom onduidelijk waarom geen contact is opgenomen met de wijkverpleegkundige. Er heeft geen indicatiestelling door de wijkverpleegkundige plaatsgevonden. In november 2014 is verzoeker hierop gewezen, omdat toen alle wijzigingen op zorgverzekeringsvlak aan de verzekerden zijn doorgegeven. Er zat ook een begeleidende brief bij. Verzoeker was geen overgangsklant, omdat hij tot 2014 alleen Begeleiding Groep had, en geen Persoonlijke Verzorging.

5.6. 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 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 is gehouden het PGB vv alsnog aan verzoeker 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor de overige zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 39 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

-  8.3. In artikel 28 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging in de eigen omgeving bestaat en de betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"(...) U heeft aanspraak op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan 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 Achmea Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons aanvragen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor aanspraak

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 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' luidt, voor zover hier van belang:

"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:

(...)

2. U langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. Hierbij zijn de functiebeperkingen niet veroorzaakt door normale verouderingsprocessen.

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijke vertegenwoordiger (ouder, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb vv 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;

- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw wettelijk vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap;
- dat u in staat bent de zorgverleners 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 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' luidt:

"Om voor een pgb vv in aanmerking te komen:

- 1) Heeft u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden nodig én
- 2) Moet u behoren tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én
- 3) Moet u er bewust voor kiezen om geen gebruik te maken van zorgverleners die door ons zijn gecontracteerd. Met dit pgb vv kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb vv.

Hierbij moet uw zorgvraag aansluiten bij een of meer van de volgende voorwaarden:

- u hebt vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- u hebt zorg nodig 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 hebt zorg nodig die 24- uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- er is een noodzaak voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

8.6. Artikel 4 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' luidt, voor zover hier van belang:

" Aanvraag, toekennen en beëindigen pgb vv

4.1 De aanvraag van een pgb vv vindt plaats door indiening van het pgb-aanvraagformulier.

Dit pgb-aanvraagformulier bestaat uit 3 delen: (I) het verpleegkundig deel, (II) het verzekerde deel en (III) het budgetplan. Het verpleegkundig deel (I) moet u laten invullen door de verpleegkundige die de indicatie stelt, waarna u beiden in elkaars aanwezigheid voor akkoord ondertekent. Het verzekerde deel (II) en het budgetplan (III) wordt door u zelf volledig ingevuld en ondertekend. U vindt het pgb-aanvraagformulier op onze website. U kunt dit aanvraagformulier ook bij ons opvragen.

(...)

4.4 Als uw pgb-aanvraagformulier niet volledig is ingevuld en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, dan nemen wij uw aanvraag niet in behandeling.

(...)

4.8 Toekennen pgb vv

(...)

- De ingangsdatum van het pgb vv is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. De toekenning van het pgb vv wordt schriftelijk aan u bevestigd. Op uw verzoek kunnen wij het pgb vv ook op een latere datum in laten gaan."

8.7. De artikelen 28 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering en 2, 3 en 4 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar 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).

8.8. Artikel 11 lid 1 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 zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv.

Het PGB was ten tijde van de onderhavige kwestie 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 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. 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 heeft. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. Deze visie wordt door de commissie onderschreven.

-  9.2. Blijkens de CIZ-indicatie heeft verzoeker op 29 december 2014 bij het CIZ een aanvraag ingediend voor zorg vanuit de AWBZ. Op 5 februari 2015 heeft het CIZ de onderhavige indicatie afgegeven. Deze indicatie is afgegeven voor de periode van 5 februari 2015 tot en met 4 augustus 2015. De aanspraken op basis van de AWBZ eindigden op 31 december 2014, zonder dat sprake was van overgangsrecht. Het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' voorziet wel in een overgangsregeling, doch uitsluitend voor verzekerden die op 1 januari 2015 beschikten over een PGB vanuit de AWBZ. Verzoeker behoort niet tot die groep. Om die reden is de overgangsregeling niet op hem van toepassing.

Een vanaf 1 januari 2015 ingediende aanvraag dient te voldoen aan hetgeen is gesteld in het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging'. Verzoeker heeft evenwel nagelaten het (driedelige) pgb-aanvraagformulier bij de ziektekostenverzekeraar in te dienen. Verzoeker beschikt niet over een door de wijkverpleegkundige gestelde indicatie en hij heeft het verzekerde deel en het budgetplan niet ingevuld en ondertekend, zoals is opgenomen in artikel 4 van het 'Achmea Reglement persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging'. Tussen partijen is niet in geschil dat de aanvraag daarmee niet voldoet aan de vereisten van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging'. De commissie komt tot de conclusie dat verzoeker niet voldoet aan de gestelde voorwaarden en hij om die reden geen aanspraak kan maken op een PGB vv, al dan niet met terugwerkende kracht.

-  9.3. Verzoeker stelt dat de ziektekostenverzekeraar coulance dient te betrachten, aangezien de gemeente dit eveneens heeft gedaan. Dienaangaande oordeelt de commissie dat de bevoegdheid tot toepassing van coulance is voorbehouden aan de ziektekostenverzekeraar. In het door deze ter zake gevoerde beleid kan de commissie niet treden. Dit is slechts anders, indien de ziektekostenverzekeraar een beleid zou voeren waarbij identieke gevallen verschillend worden behandeld. Gesteld noch gebleken is dat hiervan in de onderhavige situatie sprake is.

-  9.4. Volgens verzoeker is de wijze waarop de ziektekostenverzekeraar de klacht in eerste instantie heeft behandeld onvoldoende adequaat geweest en is hij van het kastje naar de muur gestuurd. Hoewel gesteld door verzoeker, is hiervan niet gebleken. Het valt de ziektekostenverzekeraar niet aan te rekenen dat door het CIZ een indicatiebesluit in het kader van de AWBZ is afgegeven met een ingangsdatum na 31 december 2014. Veeleer lag het op de weg van verzoeker kennis te nemen van de verzekeringsvoorwaarden en het toepasselijke reglement en de hierin beschreven procedure voor het aanvragen van een PGB vv bij de ziektekostenverzekeraar te volgen.

 Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen mogelijkheid voor een PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

 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, 9 november 2016,

 J.A.M. Strens-Meulemeester