

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B vertegenwoordigd door F te G tegen C en E beide te D
Zaak : Geneeskundige zorg, ziekenhuisverplaatste zorg, verpleging,
hulpmiddelen, farmaceutische zorg, aanmelding CVZ
Zaaknummer : 2010.01613
Zittingsdatum : 12 oktober 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo (voorzitter), mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.P. Ch. van Dijk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2010, artt. 10, 11 en 18c Zvw, 2.1, 2.8, 2.9 en 2.11 Bzv, 2.5, 2.6 e.v., Bijlagen 1 en 2 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2010)

1. Partijen

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

tegen

1) C en

2) E beiden te D

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (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 ExtraVerzorgd 3 afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten 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 bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van verpleging in de thuissituatie, met de hiervoor benodigde infuuspaal, verstelbare tafel en chloorhexidine (hierna: de aanspraak). Bij uitkeringsbericht van 14 april 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 brief van 22 april 2010 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 4 mei 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 zorgverzekering dan wel 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 3 augustus 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 augustus 2011 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 18 augustus respectievelijk 5 september 2011 schriftelijk medegedeeld niet gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 8 augustus 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 20 september 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011084203) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat bij de zorgverlening geen verpleegkundige betrokken is (geweest). Een afschrift van het CVZ-advies is op 22 september 2011 aan partijen gezonden. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 23 september 2011 op het advies gereageerd. Hierin heeft zij gewezen op informatie op de website van het CVZ, die afwijkt van het voorlopig advies van het CVZ. Een afschrift van deze reactie is aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 3.9. Naar aanleiding van de reactie van verzoekster heeft de commissie het CVZ om een definitief advies gevraagd. Bij brief van 14 december 2011 heeft het CVZ zijn definitieve advies uitgebracht en hierin onder meer gesteld dat hulpmiddelen die nodig zijn voor het toedienen van voeding behoren tot de verzekerde zorg. Hieronder valt ook een infuusstandaard. Chloorhexidine wordt gebruikt als ontsmettingsmiddel en wordt niet in het lichaam gebracht. Het valt dan ook niet onder farmaceutische zorg en wordt beschouwd als toebehoren bij het toedienen van parenterale voeding. Een afschrift van het advies is aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Partijen hebben van deze gelegenheid geen gebruik gemaakt.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster stelt dat zij sinds 11 februari 2009 afhankelijk is van totale parenterale voeding. Na een ziekenhuisverblijf van zes maanden is zij uit het ziekenhuis ontslagen, waarna de behandeling, verzorging en verpleging thuis zijn voortgezet. Vanaf begin september 2009 wordt de zorg door de partner van verzoekster zonder toezicht zelfstandig uitgevoerd. Deze zorg betreft handelingen gericht op het aan- en afkoppelen van de parenterale voedingszak en het flushen met NaCl van de PICC-lijn. Voor het op verantwoorde wijze uitvoeren van deze handelingen heeft verzoekster behoefte aan een infuuspaal, een verstelbare tafel en chloorhexidine.
- 4.2. Verzoekster heeft aanspraak op vergoeding van de kosten van verpleging in de thuissituatie op basis van artikel 2.11 Bzv. De ziektekostenverzekeraar beroept zich ten onrechte op het artikel in de voorwaarden van de zorgverzekering dat betrekking heeft op poliklinische zorg, aangezien het hier gaat om ziekenhuisverplaatste zorg. De opvatting van de ziektekostenverzekeraar dat de medisch specialist niet de

hoofdbehandelaar is, is onjuist. Verzoekster is door de behandelend medisch specialist in het ziekenhuis doorverwezen naar een expertise-eenheid voor parenterale voeding en een medisch specialist van een ander ziekenhuis.

- 4.3. Voor de zorg die verzoekster ontvangt, is het niet nodig een BIG-geregistreerde verpleegkundige op niveau vijf in te huren, zoals de ziektekostenverzekeraar stelt. De partner van verzoekster heeft de benodigde opleidingen gevolgd teneinde de zorg te kunnen verlenen.
- 4.4. Verzoekster is door de ziektekostenverzekeraar aangemeld bij het CVZ vanwege een achterstand in de premiebetaling van meer dan zes maanden. Verzoekster heeft de premiebetaling opgeschort, omdat de ziektekostenverzekeraar zijn verplichtingen uit de overeenkomst niet nakomt.
- 4.5. Naast eerdergenoemde kosten maakt verzoekster aanspraak op vergoeding van een bedrag van € 911,36 voor kosten van haar gemachtigde. Ten slotte maakt verzoekster aanspraak op een door de commissie te bepalen bedrag aan immateriële schadevergoeding. Door de brieven van het CJIB weet inmiddels het gehele dorp dat zij een betalingsachterstand heeft.
- 4.6. 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 de aanspraak op verpleegkundige zorg is omschreven in artikel 2.11 Rzv en artikel B34 van de zorgverzekering. In artikel B34 van de zorgverzekering is bepaald dat verpleegkundige zorg enkel mag worden verleend door een verpleegkundige. Een verpleegkundige is een persoon die als zodanig is geregistreerd in het BIG-register. De partner van verzoekster voldoet niet aan dit vereiste, zodat de door hem verleende zorg niet ten laste van de zorgverzekering kan worden vergoed.
- 5.2. In de Rzv is een limitatieve lijst opgenomen van de te vergoeden hulpmiddelen. De infuuspaal en verstelbare tafel zijn hierop niet vermeld, zodat deze hulpmiddelen niet worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 5.3. Ook het gebruikte anti-septicum vormt geen verzekerde prestatie, en komt daarom niet voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering in aanmerking.
- 5.4. Omdat de parenterale voeding tot en met mei 2010 als extramurale zorg is vergoed, is de ziektekostenverzekeraar bereid de huur van de infuusstandaard en het gebruikte anti-septicum gedurende deze periode te vergoeden.
- 5.5. 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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenver-

zekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen B10 tot en met B36 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B34 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“U heeft recht op verpleging die noodzakelijk is in verband met medisch specialistische zorg, zonder dat u verblijft in een instelling. (...)

Onder deze zorg valt niet de verpleging die noodzakelijk is in verband met thuisbeademing of die noodzakelijk is in verband met palliatieve terminale zorg. (...)

Verpleegkundige zorg wordt verleend door een verpleegkundige in dienst van een ziekenhuis, revalidatie-instelling of zelfstandig behandelcentrum. (...)”

- 8.4. Artikel B17 van de zorgverzekering regelt de aanspraak op geneesmiddelen. De aanspraak op hulpmiddelenzorg is geregeld in artikel B19 van de zorgverzekering, en is verder uitgewerkt in het hierbij behorende Verzekeringsreglement.
- 8.5. Artikel A12 van de zorgverzekering bepaalt onder andere dat de premie bij vooruitbetaling is verschuldigd en dat de verzekerde de te betalen premie niet mag verrekenen met een door de ziektekostenverzekeraar uit te keren vergoeding.
- 8.6. De artikelen A12, B17, B19 en B34 van de zorgverzekering zijn volgens de artikelen B1 en B6 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. 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 is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.11 Bzv. Farmaceutische zorg is geregeld in artikel 2.8 Bzv en nader uitgewerkt in artikel 2.5 en Bijlagen 1 en 2 Rzv. Hulpmiddelenzorg is geregeld in artikel 2.9 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.6 e.v. Rzv.
- 8.8. Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.

- 8.9. Artikel 16 e.v. Zvw zien op de premiebetaling en de gevolgen van het uitblijven daarvan. Voor zover hier van belang, bepaalt artikel 18c Zvw het volgende:

“Artikel 18c

1. Indien ten aanzien van een zorgverzekering, rente en incassokosten buiten beschouwing latend, een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies is ontstaan, meldt de zorgverzekeraar dit, onder vermelding van de voor de heffing van de bestuursrechtelijke premie alsmede voor de uitvoering van artikel 34a noodzakelijke persoonsgegevens van de verzekeringnemer en de verzekerde, aan het College zorgverzekeringen, de verzekeringnemer en, indien deze een ander is dan de verzekeringnemer, aan de verzekerde.

2. De melding geschiedt niet:

a. in geval van tijdige betwisting als bedoeld in artikel 18b, eerste lid, zolang de zorgverzekeraar zijn standpunt dienaangaande niet aan de verzekeringnemer en, indien dit een ander dan de verzekeringnemer is, aan de verzekerde heeft kenbaar gemaakt;

b. gedurende de termijn, genoemd in artikel 18b, tweede lid;

c. ingeval van tijdige voorlegging van het geschil aan een onafhankelijke instantie of aan de burgerlijke rechter als bedoeld in artikel 18b, tweede lid, zolang op het geschil niet onherroepelijk is beslist;

(...)”

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De vraag die allereerst aan de orde is, is of verzoekster aanspraak heeft op verpleging aan huis door haar partner. Gelet op artikel B34 van de zorgverzekering is hiervoor vereist dat de verpleegkundige zorg wordt verleend door een verpleegkundige in dienst van een ziekenhuis, revalidatie-instelling of een zelfstandig behandelcentrum. Gelet op de nota van toelichting bij het Bzv behoort het tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en de verzekerde overeen te komen wie de beroepsbeoefenaren zijn die de in de zorgverzekering omschreven zorg verlenen, zodat de ziektekostenverzekeraar het in artikel B34 opgenomen vereiste mag stellen. Gesteld noch gebleken is dat de partner van verzoekster een verpleegkundige is, zodat verzoekster geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de door hem verleende zorg. Gelet op de eigen stellingen van verzoekster was zij zich ook van deze in de polis opgenomen beperking bewust.

- 9.2. Met betrekking tot de infuuspaal en het gebruikte anti-septicum geldt dat deze vallen onder de toebehoren bij de parenterale voeding waarop verzoekster aanspraak heeft, zodat deze door de ziektekostenverzekeraar dienen te worden vergoed. Anders is dit voor de verstelbare tafel, aangezien deze niet bij een gecontracteerde leverancier is betrokken en in het toepasselijke Verzekeringsreglement is bepaald dat in dat geval voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar nodig is. Niet gebleken is dat deze toestemming is verleend.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.3. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor de door verzoekster ondergane zorg of de verstelbare tafel, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Aanmelding CVZ

- 9.4. De commissie stelt vast dat partijen niet met elkaar van mening verschillen over het bestaan tussen hen van een verzekeringsrelatie, het verschuldigd zijn van de premie voor de afgesloten verzekeringen en de hoogte van de periodiek verschuldigde premie voor deze verzekeringen. Partijen hebben de ontvangst en de inhoud van het tweedemaandsaanbod en de vierdemaandswaarschuwing als bedoeld in de artikelen 18a en 18b Zvw niet in de procedure ingebracht. In geschil is uitsluitend de aanmelding bij het CVZ.
- 9.5. Gelet op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 3 augustus 2011 is de aanmelding bij het CVZ ongedaan gemaakt, zodat hierover geen geschil meer bestaat. Het CVZ zal het gehele geïncasseerde bedrag aan verzoekster terugbetalen.

Schadevergoeding

- 9.6. Voor zover verzoekster vergoeding van de kosten van haar gemachtigde en een immateriële schadevergoeding vordert, is de commissie van oordeel dat hiervoor – gelet op hetgeen hiervoor is overwogen – geen gronden aanwezig zijn.

Conclusie

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.2.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.2.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 25 januari 2012,

Voorzitter