



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist en Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), premieachterstand, aanmelding bij het CAK

Zaaknummer : 201801623

Zittingsdatum : 5 juni 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (G.R.J. de Groot)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en 2.15a tot en met 2.15c Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, artt. 3:307 en 3:317 BW)

1. Partijen

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

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

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar 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). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (verder: PGB vv). Bij brief van 14 september 2018 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij zijn aanvraag niet in behandeling neemt.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 september 2018 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn aanvraag voor het PGB vv af te wijzen.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de zorgverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 14 januari 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 18 maart 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 maart 2019 aan verzoeker gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 maart 2019 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 29 maart 2019 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.9. 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, 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.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 5 juni 2019 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker is het niet eens met de afwijzing van zijn aanvraag voor een PGB vv door de zorgverzekeraar. Laatstgenoemde heeft de aanvraag afgewezen vanwege het bestaan van een premieachterstand van vier of meer maanden voor de zorgverzekering. Verzoeker betwist dat hij een betalingsachterstand heeft. Hij bestrijdt ook de juistheid van het door de zorgverzekeraar overgelegde financieel overzicht. Uit dit overzicht blijkt volgens verzoeker trouwens dat de door de zorgverzekeraar gestelde premieachterstanden - op twee na - zijn verjaard. Het CAK heeft bovendien de oude schulden kwijtgescholden, hetgeen wordt gestaafd door de brief van 27 juli 2018. Verzoeker stelt voor dat hij, ondanks zijn moeilijke financiële situatie, de premieachterstanden voor de zorgverzekering in 2016 inloopt opdat de aanvraag alsnog wordt toegekend.
- 4.2. De wettelijke afwijsgonden voor een PGB vv zijn beperkt. De onderhavige afwijsgond is niet opgenomen in de Wet langdurige zorg, de Algemene Maatregel van Bestuur of het ministeriële besluit. Met het hanteren van een buitenwettelijke afwijsgond doorkruist de zorgverzekeraar de bestaande wettelijke regelingen.
- 4.3. Uit het voorgaande blijkt dat de aanvraag voor het PGB vv op onjuiste gronden is afgewezen. Hierdoor raakt verzoeker verstoken van de geïndiceerde zorg waaraan hij dringend behoefte heeft.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij vanaf 2010 altijd de bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut, thans het CAK, heeft voldaan vanwege bronheffing. Gelet hierop, kan hij in de periode van 2011 tot en met 2014 geen normale premie verschuldigd zijn geweest aan de zorgverzekeraar. Aangezien verzoeker geen premie was verschuldigd aan de zorgverzekeraar, kan de premieachterstand hooguit twee maanden zijn. De aanmelding bij het CAK heeft volgens verzoeker daarom ten onrechte plaatsgevonden. De zorgverzekeraar had zijn aanvraag voor een PGB vv, gelet op de hoogte van de premieachterstand en de onterechte aanmelding bij het CAK, niet mogen afwijzen.
- 4.5. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekering biedt onder voorwaarden dekking voor een PGB vv. Verzoeker voldoet niet aan de voorwaarden zoals neergelegd in artikel 3, tweede lid, onder d en e, van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de zorgverzekeraar.

Verzoeker heeft een premieachterstand voor de zorgverzekering van minimaal vier maanden en is aangemeld bij het CAK als wanbetaler. De zorgverzekeraar verwijst in dit verband naar het door hem overgelegde financieel overzicht van 21 december 2018. Hieruit blijkt dat verzoeker een betalingsachterstand heeft van totaal € 6.085,65. Hij is door de incassogemachtigde van de zorgverzekeraar op de hoogte gebracht van de nog openstaande posten. De zorgverzekeraar heeft verzoeker gewezen op de mogelijkheid van zorg in natura.

5.2. In tegenstelling tot hetgeen verzoeker heeft gesteld, zijn de premieachterstanden voor de zorgverzekering van 2011 en 2014 niet verjaard. De zorgverzekeraar heeft de verjaring van deze vorderingen gestuit met de betalingsherinneringen van 26 juli 2014, 16 augustus 2014 en 8 oktober 2014. Ook heeft hij bij brief van 17 september 2014 en bij e-mailbericht van 2 oktober 2014 de betalingsachterstanden van verzoeker nader gespecificeerd. De zorgverzekeraar benadrukt dat als de premieachterstanden voor de zorgverzekering van 2016 worden afgelost, zoals door verzoeker is voorgesteld, dit niet kan leiden tot toekenning van de aanvraag voor een PGB vv. Verzoeker is dan immers nog altijd aangemeld als wanbetaler bij het CAK. Deze aanmelding vond plaats met ingang van 1 november 2014. Verzoeker wordt, gelet op artikel 18d, tweede lid, onderdeel a, Zvw, pas afgemeld bij het CAK als alle uit de zorgverzekering voortvloeiende schulden zijn voldaan. De zorgverzekeraar wijst erop dat hij de vorige aanvraag voor een PGB vv eveneens vanwege de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK heeft afgewezen. Over deze kwestie heeft de commissie op 13 september 2017 een bindend advies uitgebracht (zaaknummer 201700589). De zorgverzekeraar wijst erop dat de brief van het CAK van 27 juli 2018 - waarnaar verzoeker heeft verwezen - geen betrekking heeft op vorderingen van hem.

5.3. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat uit zijn financieel overzicht volgt dat de aanmelding van verzoeker als wanbetaler bij het CAK gepaard is gegaan met onderbrekingen. Hij heeft verder gesteld dat hij niet kan nagaan of verzoeker in een bepaalde periode zowel de bestuursrechtelijke premie als de reguliere premie voor de zorgverzekering heeft betaald. De zorgverzekeraar wil daarom graag uitkeringsspecificaties ontvangen.

5.4. De zorgverzekeraar 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 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 of de zorgverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering.

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 Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Doelgroep Zvw-pgb

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 gespecialiseerde verpleging onder).

(...)

Daarnaast dient u:

2 langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf 3 op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen te zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden."

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

1 u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en/of verzorging zoals benoemd in artikel 2. 1 van dit reglement die niet ouder is dan 3 maanden (hierbij gaan wij uit van de ontvangstdatum van uw pgb-aanvraag of -wijziging);

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. Hiervan is in ieder geval geen sprake in de volgende situaties:

(...)

d u heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal 4 maanden;

e u bent aangemeld bij het CAK (Centraal Administratie Kantoor) vanwege een premieachterstand, of er sprake is van opschorting van de premiebetaling bij het CAK;

(...)

Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het Zvw-pgb verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan u dient te voldoen om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb."

- 8.6. Artikel 28 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de zorgverzekeraar 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).

8.7. 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. Verpleging en verzorging is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv. Het PGB vv is geregeld in de artikel 13a Zvw en nader uitgewerkt in de artikelen 2.15a tot en met 15c Bzv en 2.29a tot en met 2.29c Rzv.

8.8. Artikel 2.15c Bzv luidt:

"1 Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt een Zvw-pgb verstrekt indien:

a. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit,

b. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren,

c. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door hem verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg en

d. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat hij de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.

2 Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt het Zvw-pgb geweigerd indien:

a. de verzekerde bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat is gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;

b. de verzekerde blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;

c. de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen;

d. de vertegenwoordiger van de verzekerde niet voldoet aan regels inhoudende beperkingen of eisen die bij ministeriële regeling aan de kring van vertegenwoordigers kunnen worden gesteld in het belang van de bescherming van de verzekerde of van het waarborgen van de hulp, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d.

3 De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst geen andere voorwaarden en weigeringsgronden op ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger dan vermeld in het eerste, tweede en vierde lid.

4 Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden en weigeringsgronden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger."

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 zorgverzekeraar 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.

- 8.10. Artikel 3:307 BW luidt, voor zover hier van belang:

*"1. Een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis uit overeenkomst tot een geven of een doen verjaart door verloop van vijf jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de vordering opeisbaar is geworden.
(...)"*

- 8.11. Artikel 3:317 BW luidt, voor zover hier van belang:

*"1. De verjaring van een rechtsvordering tot nakoming van een verbintenis wordt gestuit door een schriftelijke aanmaning of door een schriftelijke mededeling waarin de schuldeiser zich ondubbelzinnig zijn recht op nakoming voorbehoudt.
2. De verjaring van andere rechtsvorderingen wordt gestuit door een schriftelijke aanmaning, indien deze binnen zes maanden wordt gevolgd door een stuitingshandeling als in het vorige artikel omschreven."*

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering


- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker behoort tot de doelgroep voor het PGB vv als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de zorgverzekeraar. Hetgeen hen verdeeld houdt, is of aan de toegangsvoorwaarden voor het PGB vv is voldaan als bedoeld in artikel 3, tweede lid, onder d en e, van dit reglement. De vraag die de commissie ten eerste moet beantwoorden, is of de zorgverzekeraar de hierin opgenomen voorwaarden, te weten dat bij verzekerde geen sprake mag zijn van een premieachterstand van minimaal vier maanden en dat hij niet bij het CAK mag zijn aangemeld in verband met een premieachterstand, mag hanteren. Volgens verzoeker mag dit niet, omdat deze voorwaarden geen wettelijke grondslag hebben.

- 9.2. In artikel 13a, eerste lid, Zvw is bepaald dat zorgverzekeraars in hun modelovereenkomsten moeten opnemen dat verzekerden die behoefte hebben aan verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg, desgevraagd altijd in aanmerking komen voor een passende vergoeding in de vorm van een Zvw-pgb. In artikel 2.15c, eerste en tweede lid, Bzv zijn voorwaarden opgenomen die zorgverzekeraars aan de verzekerde of diens vertegenwoordiger moeten stellen om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb alsmede de mogelijke weigeringsgronden. Deze limitatief omschreven voorwaarden en weigeringsgronden zijn nader uitgewerkt in de artikelen 2.29a tot en met 2.29c Rzv. De commissie stelt vast dat de voorwaarden als bedoeld in artikel 3, tweede lid, onder d en e, van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de zorgverzekeraar niet als zodanig zijn opgenomen in voornoemde artikelen. Uit het bepaalde in dit reglement komt echter naar voren dat de voorwaarden waarop de zorgverzekeraar zich beroept moeten worden aangemerkt als nadere invulling van de in artikel 2.15c, eerste lid, onder a, Bzv opgenomen voorwaarde dat de verzekerde in staat moet zijn op eigen kracht of met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit.

- 9.3. In artikel 2.15c, derde lid, Bzv is bepaald dat zorgverzekeraars in hun modelovereenkomsten geen andere voorwaarden en weigeringsgronden mogen opnemen ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger dan vermeld in het artikel 2.15c, eerste en tweede, en in de artikelen 2.29a tot en met 2.29c Rzv. De wetgever heeft de zorgverzekeraars desalniettemin

uitdrukkelijk de mogelijkheid willen bieden de in artikel 2.15c, eerste en tweede lid, opgenomen voorwaarden en weigeringsgronden in hun modelovereenkomsten uit te werken. Dit blijkt uit de Nota van Toelichting bij artikel 2.15c Bzv: “(...) Ten aanzien van de persoon van de verzekerde of diens vertegenwoordiger mogen geen andere voorwaarden of weigeringsgronden in de modelovereenkomst worden opgenomen dan in artikel 2.15c van het Bzv staan. Zorgverzekeraars kunnen wel invulling geven aan genoemde voorwaarden en weigeringsgronden. Daarbij dienen ze ook rekening te houden met de nadere regels die daarover bij ministeriële regeling worden gesteld. (...) Net als in de Wlz geldt voor het zorgkantoor, is het aan het oordeel van de zorgverzekeraars om te bepalen in welke gevallen voldaan wordt aan de voorwaarden of de weigeringsgronden. Zij zullen daar in de praktijk invulling aan geven, onder meer op basis van informatie van de verzekerde zelf. Door middel van de procedures die zorgverzekeraars inrichten voor het verstrekken van het Zvw-pgb zullen zij over de relevante informatie kunnen beschikken. Bij de toets die zorgverzekeraars uitvoeren komen, zoals hierboven geschetst, verschillende elementen aan de orde. Bij de invulling daarvan kan niet alleen gedacht worden aan bijvoorbeeld het verantwoord kunnen omgaan met de financiële administratie en, indien aan de orde, het uitvoeren van het werkgeverschap, maar bijvoorbeeld ook aan de vraag of iemand in staat is de juiste keuze te maken bij de inzet van hulp, zodat frauduleuze of andere kwaadwillende zorgverleners buiten de deur worden gehouden. (...)” De in artikel 3, tweede lid, onder d en e, van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de zorgverzekeraar opgenomen voorwaarden hebben betrekking op het verantwoord kunnen omgaan met de financiële administratie en het kunnen uitvoeren van het werkgeverschap. De zorgverzekeraar mag deze voorwaarden daarom als nadere invulling van het bepaalde in artikel 2.15c, eerste lid, onder a, Bzv in zijn verzekeringsvoorwaarden hanteren. Rest de vraag of in de situatie van verzoeker is voldaan aan deze voorwaarden.

- 9.4. De zorgverzekeraar heeft een financieel overzicht overgelegd. Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat hij vanaf 2010 de bestuursrechtelijke premie in het kader van de wanbetalersregeling betaalt aan het CAK. Hij is zijns inziens om deze reden niet gehouden tot betaling van de reguliere premie aan de zorgverzekeraar. Verzoeker heeft deze stelling naar het oordeel van de commissie op geen enkele wijze aannemelijk gemaakt. Ook anderszins heeft verzoeker het overzicht niet gemotiveerd bestreden, bijvoorbeeld met betalingsbewijzen. De commissie gaat daarom uit van het hierin gestelde. Uit het overzicht van de zorgverzekeraar komt naar voren dat verzoeker - naar de stand van 21 december 2018 - een premieachterstand voor de zorgverzekering had van totaal vijftien maanden (zeven maanden in 2011, zes maanden in 2014 en twee maanden in 2016). Verzoeker heeft gesteld dat de premieachterstanden voor de zorgverzekering betreffende de jaren 2011 en 2014 zijn verjaard. Een vordering als de onderhavige verjaart op grond van 3:307 BW vijf jaren na het opeisbaar worden daarvan, behoudens in geval van stuiting. De zorgverzekeraar heeft op dit laatste een beroep gedaan en verwezen naar zijn betalingsherinneringen van 26 juli 2014, 16 augustus 2014 en 8 oktober 2014. De commissie stelt vast dat in laatstgenoemde betalingsherinnering – met uitzondering van de maand november 2014 – alle premieachterstanden voor de zorgverzekering in 2011 en 2014 zijn gespecificeerd. Verzoeker kon uit de zin **“Wij krijgen nog € 15.479,85 van u”** opmaken dat de zorgverzekeraar zich het recht op nakoming van de aldus gespecificeerde vordering voorbehield. De zorgverzekeraar heeft de premieachterstanden voor de zorgverzekering voor 2011 en 2014 – met uitzondering van de maand november 2014 – met succes gestuit. Aangezien nog geen vijf jaren sinds november 2014 zijn verstreken, is de premieachterstand voor de maand november 2014 overigens (nog) niet verjaard. Bij verzoeker is – naar de stand van 21 december 2018 – derhalve sprake van een premieachterstand voor de zorgverzekering van totaal vijftien maanden. Verzoeker heeft om deze reden geen aanspraak op het aangevraagde PGB vv op grond van de zorgverzekering.
- 9.5. De zorgverzekeraar heeft aangevoerd – en verzoeker heeft dit niet gemotiveerd bestreden – dat hij vanaf 1 november 2014 als wanbetaler is aangemeld bij het CAK. Dit wordt daarom als vaststaand aangenomen. Ook om deze reden heeft verzoeker geen aanspraak op het aangevraagde PGB vv op grond van de zorgverzekering.
- 9.6. Volgens verzoeker mag de zorgverzekeraar desondanks zijn aanvraag voor het PGB vv niet zonder meer afwijzen. Deze stelling is niet nader onderbouwd en kan daarom niet worden beoordeeld.




Hetgeen verzoeker overigens heeft aangevoerd, met name dat hij dringend behoefte heeft aan zorg, dat het CAK blijkens een brief de 'oude schulden' niet meer op hem zal verhalen, en dat hij bereid is de premieachterstanden voor de zorgverzekering voor het jaar 2016 te betalen, kan niet leiden tot een ander oordeel. Aan de dringende behoefte aan zorg kan worden voldaan met zorg in natura.




Conclusie

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




10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 24 juli 2019,



G.R.J. de Groot