



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), toekenning
Zaaknummer : 201501572
Zittingsdatum : 27 januari 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. H.A.J. Kroon)



(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,

tegen

- 
- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
 - 2) Menzis N.V. te Wageningen,
- 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 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 verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering ExtraVerzorgd 1 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).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering TandVerzorgd 250 is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 14 maart 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 7 mei 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 28 juli 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, 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 30 oktober 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op dezelfde dag aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 20 november 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 januari 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 30 oktober 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 1 december 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015138452) de commissie medegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben voor zover het de vraag betreft of verzoeker in staat is het PGB vv te beheren. Aan de vraag of is voldaan aan de voorwaarden voor een PGB vv als bedoeld in artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' wordt daarom niet toegekomen. Een afschrift van de brief van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 januari 2016 telefonisch respectievelijk in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op de brief van het Zorginstituut.
- 3.10. Aangezien het Zorginstituut heeft medegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben, zijn de aantekeningen van de hoorzitting niet nagezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De wijkverpleegkundige heeft namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en verzorging' ingediend in verband met persoonlijke verzorging gedurende 21 uur per week. Zij heeft over de indicatie van verzoeker het volgende verklaard:
"Dhr is sinds een jaar woonachtig in Nederland, vanuit Irak. Is alleenstaand met zus die naar hem omkijkt. Ziektegeschiedenis:
- Nierafwijking (daarbij een partiële nefrectomie rechts)
- Heldercellig niercelcarcinoom
- Verhoogd cholesterol
- Artrose
- Bloedarmoede (daarvoor maandelijks B12 injectie)
- Hernia (rug)
- Botontkalking (...)
Moeite met het wassen van kleding (...) douchen/baden (...) toiletaangelegenheden (...) aankleden, onderlichaam (...) aankleden, bovenlichaam (...) wassen/kammen van het haar (...) poetsen/ flossen/mondhygiëne (...) wil niet/kan niet/vergeet persoonlijke zorg-activiteiten af te ronden (...) beschikt niet over vastgestelde standaard voor dagelijkse inname calorieën en vocht (...) niet in staat voedsel te verkrijgen/bereiden (...) verminderd beoordelingsvermogen, beperkt vermogen tot rekenen/volgorde aanbrengen, beperkt vermogen tot redeneren/abstract denken (...) Beperkte tot fragmentarische aandacht/focus, sterk verminderde uitdrukking van emoties, somatische klachten/ vermoeidheid (...)"
- 4.2. Verzoeker heeft sinds 7 augustus 2013 een PGB vv. De indicatie hiervoor liep af op 31 maart 2015, zodat verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag heeft gedaan voor verlenging hiervan. Inmiddels is zijn situatie eerder verslechterd dan verbeterd, maar de ziektekostenverzekeraar kende het PGB vv toch niet toe. Verzoeker is nauwelijks in staat zelfstandig te handelen dan wel instructies te geven. Zijn zus helpt hem in grote mate, waarbij prettig is dat zij ook de taal van verzoeker spreekt. Zij regelt zoveel mogelijk alle zaken voor verzoeker, waaronder bijvoorbeeld verzekeringen. Omdat zij ook haar eigen leven heeft, kan zij zonder vergoeding niet tevens de zorg voor verzoeker op zich nemen. Toen verzoeker nog een PGB vv toegekend kreeg, lukte dit wel.

-  4.3. De ziektekostenverzekeraar neemt het niet zo nauw met de procedure. Verzoeker ontving in eerste instantie een standaard afwijzingsbrief, waarin foutieve argumenten werden gebruikt. In deze brief was de mogelijkheid van een klacht niet genoemd. Bij vragen moest telefonisch contact worden opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Nadat verzoeker een officiële klacht had ingediend, ontving hij van de ziektekostenverzekeraar een brief met een nadere uitleg. Hierbij werd echter slechts gedeeltelijk ingegaan op de argumenten die verzoeker naar voren had gebracht.
-  4.4. Ter zitting is namens verzoeker toegelicht dat de familie al een jaar bezig is een PGB vv voor verzoeker te krijgen. Verzoeker had twee jaar lang een PGB vv, en de reden dat een verlenging hiervan door de ziektekostenverzekeraar werd afgewezen, is dat niet is voldaan aan de voorwaarden van artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Nadat de familie had aangetoond dat hieraan wel werd voldaan, kwam de ziektekostenverzekeraar met een afwijzing op grond van artikel 2 van het reglement. Vanaf 2 september 2015 heeft verzoeker een PGB vv ten laste van de Wet langdurige zorg (Wlz).
-  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. Nadat de aanvraag van de wijkverpleegkundige door de ziektekostenverzekeraar was ontvangen, is getracht met verzoeker een zogenoemd 'bewust keuze gesprek' te voeren. Verzoeker verscheen samen met een nicht. Tijdens dit gesprek heeft de ziektekostenverzekeraar geconstateerd dat verzoeker niet in staat is een PGB vv te beheren. Ook heeft hij geen wettelijk vertegenwoordiger die het beheer van het PGB vv op zich kan nemen.
-  5.2. De zorg die verzoeker nodig heeft, bestaat uit hulp bij onder andere het douchen en aankleden. Deze zorg kan door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder in natura worden verleend. Indien verzoeker hierbij hulp nodig heeft, kan hij contact opnemen met de afdeling Zorgadvies van de ziektekostenverzekeraar.
-  5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat moet worden gekeken naar de voorwaarden. In het reglement is omschreven wanneer aanspraak bestaat op een PGB vv. De verzekerde moet zelf in staat zijn het PGB vv te beheren. Kan hij dit niet, dan moet er een ouder, mentor, curator of bewindvoerder zijn. Deze is er niet, vandaar de afwijzing. Dit volgt ook uit de brief van het Zorginstituut.
-  5.4. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie
-  6.1. Gelet op artikel A17 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 gehouden is 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. In de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat. Het betreffende artikel luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

U heeft recht op verpleging en verzorging. Onder verpleging en verzorging wordt verstaan: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die

- a. verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop,*
- b. niet gepaard gaat met verblijf, en*
- c. geen kraamzorg betreft. (...)*

Persoonsgebonden budget

Een Persoonsgebonden budget (Pgb) is een geldbedrag waarmee u zelf verpleging en verzorging kunt inkopen. Als u recht heeft op verpleging en verzorging kunt u bij Menzis mogelijk ook vergoeding van die zorg vragen in de vorm van een Persoonsgebonden budget. In het Verzekeringsreglement kunt u lezen wanneer u hiervoor in aanmerking kunt komen, wat uw verantwoordelijkheden daarbij zijn en hoe het Pgb wordt betaald. U kunt het Verzekeringsreglement op onze website vinden. U kunt het ook opvragen bij ons Klantenservice op 088 222 40 40.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een verpleegkundige of een verzorgende met minimaal opleidingsniveau 3 in dienst van een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging en verzorging (thuiszorginstelling) of die is toegelaten voor verblijf, verpleeg- of verzorgingshuis of een instelling voor gehandicaptenzorg, die extramurale zorg levert.

Medisch specialistische verpleging thuis

Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, kunt u naar een verpleegkundige in dienst van een instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of ZBC), revalidatie-instelling of een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging (thuiszorgorganisatie).

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.menzis.nl/zorgvinder vindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met onze Klantenservice op 088 222 40 40. In het artikel ‘Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder’ aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Indicatie en zorgplan

U heeft alleen recht op verpleging en verzorging als u een indicatie daarvoor heeft. Deze indicatie moet voldoen aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, zoals vastgesteld door de beroepsvereniging van wijkverpleegkundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u een verpleegkundige indicatie met een zorgplan hebben waarin de zorg die u nodig

heeft beschreven staat in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. Dit zorgplan moet opgesteld zijn door een wijkverpleegkundige niveau 5 en ondertekend door u en de zorgaanbieder.

Medisch specialistische verpleging thuis

Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, moet de medisch specialist daartoe een uitvoeringsverzoek MSVT aan de zorgaanbieder hebben gedaan met daarin opgenomen:

- *Omvang verpleegkundige handeling.*
- *Frequentie verpleegkundige handeling.*
- *Duur van verpleegkundige handeling (start- en einddatum). (...)*

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar 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, d.w.z. langer dan één 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 wettelijk 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 o.a. in contracten afsluiten en controleren met zorgaanbieders 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 zorgaanbieders 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 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Heeft u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én kiest u er bewust voor om geen gebruik te maken van zorgaanbieders die door ons zijn gecontracteerd? Dan kunt u in aanmerking komen voor een PGB vv. Hiermee 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 heeft vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;*
- *u heeft 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 heeft zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;*
- *er is een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die u nodig heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."*

- 8.6. De voorwaarden van de zorgverzekering en de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens de voorwaarden 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 en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv.
Het PGB is als zodanig (nog) niet bij wet geregeld.

8.8. 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, (nog) niet is 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. De commissie onderschrijft deze visie.

9.2. De vraag die vervolgens dient te worden beantwoord, is of verzoeker behoort tot één van de in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' genoemde doelgroepen. Verzoeker heeft in dat kader aangevoerd dat hij reeds twee jaar lang een PGB vv ontvangt, zodat is gebleken dat hij dit kan beheren. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat hij verzoeker heeft gesproken, en dat uit dit gesprek is gebleken dat verzoeker niet in staat is zelf een PGB vv te beheren. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.

9.3. Gelet op een door verzoeker overgelegd afschrift van een medisch advies van een verzekeringsarts, gedateerd 30 oktober 2014, is hij - hoewel hij hiertoe vanwege zijn afkomst normaliter gehouden is - ontheven van het Nederlandse inburgeringsexamen. De reden hiervoor is, voor zover hier van belang, het volgende: *"Gezien de beperkte cognitieve vermogens, kwetsbare gezondheid en consistente heteroanamnese ten aanzien van beperkt cognitief functioneren en adl-afhankelijkheid, kom ik tot de overtuiging dat betrokkene ernstig beperkt is en afhankelijk is van ondersteuning door derden. Op basis daarvan wordt gesteld, dat betrokkene blijvend niet in staat kan worden geacht om deel te nemen aan scholing of inburgeringsexamen"*. Ook uit de verklaring van de wijkverpleegkundige blijkt dat verzoeker een verminderd beoordelingsvermogen heeft. Vast staat verder dat verzoeker de Nederlandse taal niet machtig is, en dat hij geen wettelijk vertegenwoordiger heeft. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat verzoeker niet in staat is het PGB vv te beheren, zodat hij niet behoort tot de in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar genoemde doelgroepen. Dat hij voorheen een PGB vv had ten laste van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ, thans: Wet langdurige zorg, Wlz) doet hieraan niet toe of af. Het gaat immers om een nieuwe vorm van het PGB, waarvan de kosten ten laste komen van de zorgverzekering. Zulks rechtvaardigt een beoordeling aan de hand van nieuwe criteria door de ziektekostenverzekeraar.

- 
- 9.4. Aangezien verzoeker niet behoort tot de doelgroep voor een PGB vv, kan de vraag of de zorg die hij nodig heeft, voldoet aan de voorwaarden zoals gesteld in artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar, onbeantwoord blijven.
- 
- 9.5. Voor zover het geschil betrekking heeft op de wijze waarop de ziektekostenverzekeraar de klacht in eerste instantie heeft behandeld, geldt dat de commissie niet kan treden in kwesties met betrekking tot bejegening.
- 

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

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, 10 februari 2016,



A.I.M. van Mierlo

