



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget, indicatie
Zaaknummer : 201602561
Zittingsdatum : 7 juni 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

1. Partijen

A, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door B, beiden te C,
tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna 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 Ruime Keuze (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 Den Haagpakket AOW-ers afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Herverzekeren Verplicht Eigen Risico Den Haag is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 29 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.

3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 9 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. Bij brief van 10 maart 2017 heeft verzoekster 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).

3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,00 voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 12 april 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 april 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 25 april 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 mei 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.7. 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.
- 3.8. Bij brief van 13 april 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 8 mei 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017018040) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat niet is gebleken van een medische noodzaak dat de zorg door een vaste zorgverlener zou moeten worden geleverd of dat verzoekster 24 uur per dag zorg in de nabijheid of op afroep behoeft. Daarnaast is er geen medische noodzaak voor het leveren van zorg op wisselende locaties of tijdstippen. De zorgvraag heeft enkel betrekking op planbare zorg. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 10 mei 2017 aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 juni 2017 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.10. Bij brief van 12 juni 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 14 juni 2017 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 verzoekster
- 4.1. De behandelend ouderenpsychiater van Medisch Centrum Haaglanden heeft over verzoekster het volgende verklaard: *"Bovengenoemde patiënt werd 10 december 2015 gezien i.v.m. geheugenklachten (...). Diagnostiek: 78-jarige vrouw van Marokkaanse afkomst. (...) Patiënte beheerst de Nederlandse taal niet en haar zoon fungeert als tolk (...). In 2010 is patiënte naar Parnassia verwezen i.v.m. het vermoeden van dementie. (...). Sindsdien is de vergeetachtigheid toegenomen. Er moet nu eigenlijk de hele dag iemand bij haar in de buurt zijn omdat ze niet meer weet wat ze moet doen. (...) Patiënte woont samen met haar hoogbejaarde echtgenoot. Veel van de zorg komt op haar zoon neer.(...) Conclusie: Evidente aanwijzingen voor cognitieve achteruitgang, passend bij dementieel syndroom. (...)"*.
- 4.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: **"Leg uit waarom u een pgb wilt. Wegens vertrouwensband. Wegens godsdienstige redene[n]. Wegens begrip en taalbarrière. Wegens wisselende tijden hulpvraag. Wil graag iemand kiezen waar ik mee vertrouwd ben en op mijn gemak voel, en die mij begrijpt zonder veel te zeggen of uit te leggen. (...)** **Beschrijf hier hoe u de zorg wilt gaan regelen. Dagelijks medicatie toedienen. Dagelijks voor het slapen gaan masseren met verwarmde olie tegen slechte doorbloeding (kan niet slapen van de kou). Dagelijks steunkousen aan- en uittrekken. Dagelijks douchen en aankleden. Dagelijks eten helpen bereiden. 1x per week samen [boodschappen doen]. 1x per week nagels [knippen] en eelt verwijderen. 1x per week mee naar de sauna tegen slechte doorbloeding."** De indicierend wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor 14 uren Persoonlijke Verzorging per week.
- 4.3. Verzoekster ontving van juni 2010 tot juni 2015 een PGB. Gedurende deze periode heeft zij hiermee nooit problemen ondervonden.

Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een PGB vv per 1 januari 2016. De reden dat er ruim een half jaar zit tussen het aflopen van het vorige PGB en de nieuwe aanvraag voor een PGB vv, komt door het lange tijd niet beschikbaar zijn van een wijkverpleegkundige om de indicatie te stellen. De zoon van verzoekster heeft hierover destijds telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Er was sprake van overmacht, niet van nalatigheid.

De eerste beslissing van de ziektekostenverzekeraar, waarin de aanvraag wordt afgewezen, is niet zorgvuldig tot stand gekomen en niet voldoende gemotiveerd. Er wordt een opsomming gegeven van een aantal voorwaarden uit het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar, maar onduidelijk is aan welke van de opgesomde voorwaarden verzoekster niet voldoet. Zij meent zelf wel aan de voorwaarden voor een PGB vv te voldoen. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster de verantwoordelijkheden en verplichtingen behorend bij de uitvoering van een PGB vv niet kan dragen treft geen doel. Namens verzoekster is om een heroverweging gevraagd. Voorts zijn aanvullende stukken en nadere gronden ingediend. Zo heeft verzoekster verklaringen van de SVB en het Zorgkantoor overgelegd waaruit blijkt dat haar zoon al jaren optreedt als haar vertegenwoordiger. Ook is een verklaring van de ouderenpsychiater aangeleverd, waaruit de medische situatie van verzoekster naar voren komt. De stelling van de ziektekostenverzekeraar dat bij hem verder geen medische gegevens bekend zijn, bevreedt verzoekster. De aanvraag bevatte immers een door haar en de indicierend wijkverpleegkundige ingevulde vragenlijst.

- 4.4. In de heroverweging wijst de ziektekostenverzekeraar de aanvraag af onder verwijzing naar artikel 3, vierde lid, van het reglement. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de zorg planbaar is en dat geen medische noodzaak voor een vaste zorgverlener bestaat. Verzoekster betwist dit. Zij heeft vanwege een groot aantal beperkingen 24 uur per dag (ook 's avonds en 's nachts) zorg nodig op wisselende, niet te plannen tijden. Verzoekster verwijst naar een lopende procedure bij de Gemeente Den Haag, waarbij de gemeente heeft verklaard dat verzoekster dagelijks gedurende de hele dag toezicht, ondersteuning en sturing nodig heeft en dat zij bij alle dagelijkse levensverrichtingen gedurende de dag moet worden ondersteund en gestuurd. Zorg in natura is voor verzoekster geen optie. Bij zorg in natura is het immers onzeker of de zorgverlener op alle fronten adequate zorg kan verlenen. Verzoekster stelt dat zij recht heeft op een voorziening op maat, en dat deze door middel van een PGB vv kan worden verstrekt. Met een PGB vv kan zij namelijk zorg ontvangen van een voor haar vertrouwd persoon.
- De ziektekostenverzekeraar schendt de keuzevrijheid van verzoekster door te bepalen dat zij enkel recht heeft op zorg in natura. Zij verwijst in dit verband naar een brief van staatssecretaris Van Rijn van 22 mei 2015.
- De ziektekostenverzekeraar is meerdere keren verzocht de onderliggende stukken toe te sturen. Dit is echter niet gebeurd.

- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunten herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat bij haar sprake is van dementie in een vergevorderd stadium. Hierdoor is het voor haar van groot belang is dat zij wordt verzorgd door een vertrouwd persoon. Dit wordt bevestigd door de behandelend ouderenpsychiater. Voorts heeft verzoekster verklaard aan alle voorwaarden voor een PGB vv te voldoen. Verzoekster begrijpt niet dat de ziektekostenverzekeraar stelt dat zij niet in staat zou zijn tot het beheer van het PGB vv.

- 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. Aanspraak op een PGB vv bestaat indien de verzekerde voldoet aan de voorwaarden van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016'. Onder andere dient te zijn voldaan aan de volgende, in artikel 2 opgenomen voorwaarden:
- het in staat zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de verantwoordelijkheden en verplichtingen die bij het pgb verpleging en verzorging horen, uit te voeren. Een wettelijk vertegenwoordiger kan een ouder (voor kinderen tot 18 jaar), curator,

bewindvoerder of mentor zijn. De verantwoordelijkheden en verplichtingen die verzekerde moet kunnen uitvoeren zijn bijvoorbeeld contracten afsluiten met een zorgaanbieder en deze controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten;

- het in staat zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap;
- het in staat zijn de zorgaanbieders die verzekerde 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.

Voorts dient te worden voldaan aan de voorwaarden van artikel 3 lid 4:

- verzekerde heeft vaak zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- verzekerde 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;
- verzekerde heeft zorg nodig die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep (in het geval van Intensieve Kindzorg of PTZ);
- er is een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzekerde nodig heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

- 5.2. Het ten behoeve van verzoekster ingediende aanvraagformulier voor een PGB vv dateert van 1 augustus 2015. Dit betreft dezelfde datum als de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige. De aanvraag is op 26 januari 2016 ontvangen. Om die reden is de aanvraag beoordeeld op basis van het in 2016 geldende reglement. Op 17 maart 2016 is telefonisch contact opgenomen met de zoon van verzoekster. Bij die gelegenheid is hem gevraagd waarom het indienen van de aanvraag zo lang heeft geduurd. Hierop is niet gereageerd. Pas na de afwijzing heeft de zoon van verzoekster verklaard dat de indicerende wijkverpleegkundige in december 2015 de delen 2 en 3 van het aanvraagformulier heeft ingevuld. Aan hem is toen medegedeeld dat verzoekster deze delen zelf had dienen in te vullen.
- 5.3. Vanwege het gebrek aan kennis, bij zowel verzoekster als haar zoon, met betrekking tot de voorwaarden en verplichtingen die aan het PGB vv verbonden zijn, is de aanvraag voor een PGB vv in eerste instantie afgewezen wegens het niet adequaat kunnen beheren hiervan (artikel 2 van het reglement). Uit de overgelegde verklaringen blijkt dat de zoon van verzoekster in het verleden het PGB heeft beheerd. Het is de ziektekostenverzekeraar voorts gebleken dat de zoon van verzoekster de benodigde zorg aan haar verleent. Vanwege ongewenste belangenverstrengeling is het echter niet toegestaan dat de zorgverlener ook het PGB vv beheert.
- 5.4. De door verzoekster benodigde persoonlijke verzorging bestaat uit hulp bij het in en uit bed komen, het douchen, het aan- en uitkleden, het voor het naar bed gaan insmeren/masseren van de benen, de nagelverzorging en het aan- en uittrekken van steunkousen. Uit telefonisch contact met de gemachtigde is gebleken dat de steunkousen nog bij verzoekster moeten worden aangemeten. De hiervoor genoemde zorg is planbaar. Uit de Bewust Keuze Gesprekken (hierna: BKG) met de zoon van verzoekster is gebleken dat thans wordt gewisseld van zorgverlener. Op basis van deze verklaring is geconcludeerd dat de zorg kan worden verleend door een gecontracteerde thuiszorgorganisatie. Dit geldt ook voor de zorg die op afroep nodig is. Er is geen medische noodzaak voor een vaste zorgaanbieder. Verzoekster heeft verder hulp nodig bij het bereiden van maaltijden, het doen van de boodschappen en begeleiding naar de sauna. Genoemde zorg valt niet onder persoonlijke verzorging, maar is aan te merken als begeleiding in de zin van de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo). Verzoekster voldoet niet aan de voorwaarden zoals opgenomen in artikel 3 van het reglement om in aanmerking te komen voor een PGB vv. Zij kan gebruik maken van zorg in natura.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat bij de beoordeling wordt uitgegaan van de indicatie van de wijkverpleegkundige van 14 uren Persoonlijke Verzorging per week. Dat verzoekster wenst te worden verzorgd door een vertrouwd

persoon is begrijpelijk, maar geen reden een PGB vv toe te kennen. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat zijn conclusie wordt bevestigd door het Zorginstituut. Voorts merkt hij op dat twijfel bestaat of verzoekster, al dan niet met behulp van haar zoon, in staat is het PGB vv te beheren. Deze twijfel vloeit voort uit telefonische contacten met de zoon van verzoekster, waaruit de ziektekostenverzekeraar heeft opgemaakt dat hij niet voldoende op de hoogte is van de voorwaarden voor een PGB vv.

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 10 van de zorgverzekering en artikel 7 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 verzoekster 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 artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling.(...)

Persoonsgebonden budget (pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

(...)

Bijzonderheden

1. U hebt alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en verzorging hebt en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig hebt in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

(...)”

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016' 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 verpleging en verzorging. U komt in aanmerking voor het pgb verpleging en verzorging als:

(...)

3. U langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen.

(...)

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de verantwoordelijkheden en verplichtingen die bij het pgb verpleging en verzorging horen, uit te voeren. Een wettelijk vertegenwoordiger kan een ouder (voor kinderen tot 18 jaar), curator, bewindvoerder of mentor zijn. De verantwoordelijkheden en verplichtingen die u moet kunnen uitvoeren zijn bijvoorbeeld contracten afsluiten met een zorgaanbieder en deze controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten, zie hiervoor ook artikel 6;
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van het 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 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Om voor een pgb verpleging en verzorging in aanmerking te komen moet u voldoen aan de navolgende voorwaarden:

1. U bent in het bezit van een door een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot een van de doelgroepen zoals beschreven in artikel 2. (...)

(...)

3. U moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgaanbieder(s) die door ons zijn gecontracteerd. Dit noemen wij zorg in natura (ZIN). Indien u een combinatie wenst van zorg in natura met een pgb verpleging en verzorging, dan mag de indicatie maar door één zorgaanbieder worden gesteld.

4. Uw zorgvraag moet aansluiten bij één of meer van de volgende voorwaarden. Uit de indicatie moet blijken dat:

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

- 8.6. Artikel 4.8 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"4.8 Toekennen pgb verpleging en verzorging

- Uw aanvraag voor een pgb verpleging en verzorging wordt beoordeeld aan de hand van de pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en eventueel een "bewust keuze gesprek". Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3, krijgt u toestemming voor een pgb verpleging en verzorging. Wanneer u toestemming krijgt voor een pgb verpleging en verzorging ontvangt u een schriftelijke toekenningsbrief waarin de periode van toekenning van het pgb verpleging en verzorging en de hoogte van het budgetbedrag dat over de toegekende periode maximaal wordt vergoed is opgenomen.

- De ingangsdatum van het pgb verpleging en verzorging is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het pgb verpleging en verzorging ook op een latere datum in laten gaan.
(...)."

- 8.7. Artikel 10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar bevat de begripsbepalingen en luidt, voor zover hier van belang:

"Vertegenwoordiger

Een vertegenwoordiger is een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst uit uw familie (bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad) en die niet aan de definitie van de wettelijk vertegenwoordiger voldoet. Wij beoordelen of u met deze vertegenwoordiger in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het pgb verpleging en verzorging verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren.

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand

- 1. die bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij/zij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad, niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;*
- 2. die niet beschikt over een geldig woonadres;*
- 3. wiens vrijheid is ontnomen;*
- 4. op wie de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, of daartoe een verzoek bij de rechtbank is ingediend;*
- 5. die surséance van betaling heeft aangevraagd, in staat van faillissement verkeert of (ooit) failliet is verklaard;*
- 6. die anderszins onvoldoende waarborg zal bieden voor het nakomen van de voor de budgethouder aan het PGB verbonden verplichtingen.*

Ook een organisatie of persoon die tegen een vergoeding uw pgb beheert, wordt niet geaccepteerd als vertegenwoordiger."

- 8.8. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3, 4.8 en 10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens de artikelen 2.3 en 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.9. Artikel 11, eerste lid, 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 vv was ten tijde van het onderhavige geschil niet als zodanig bij wet geregeld.
- 8.10. 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 onderhavige geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. 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. Verder overweegt de commissie dat in artikel 4.8 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar is bepaald dat het PGB vv ingaat op de dag waarop de compleet ingevulde en ondertekende aanvraag door de ziektekostenverzekeraar is ontvangen. Vast staat dat het aanvraagformulier weliswaar is gedateerd op 1 augustus 2015, maar dat het stuk eerst op 26 januari 2016 door de ziektekostenverzekeraar is ontvangen. Zodoende heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag terecht beoordeeld aan de hand van het reglement van 2016.
- 9.3. De vraag die vervolgens dient te worden beantwoord, is of verzoekster behoort tot een van de in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar genoemde doelgroepen. Verzoekster is vergeetachtig. Voorts beheerst zij de Nederlandse taal niet. Zij is derhalve aangewezen op de hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger. Niet is gebleken dat sprake is van een *wettelijk* vertegenwoordiger. Voor zover de zoon van verzoekster de taak van vertegenwoordiger op zich wenst te nemen, dient te worden beoordeeld of een van de uitsluitingsgronden onder 1. tot en met 6. van voornoemd artikel aan de orde is. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband aangevoerd dat de zoon van verzoekster in het verleden het PGB van verzoekster heeft beheerd. Voorts is gebleken dat hij thans een van haar zorgverleners is. Indien hij ook het PGB vv zal beheren, levert dit een ongewenste belangenverstrengeling op. Daarnaast begreep de zoon van verzoekster niet dat de delen 2 en 3 van het aanvraagformulier door verzoekster, in plaats van door de indicierend verpleegkundige, moesten worden ingevuld. Derhalve is hij niet op de hoogte van de voorwaarden en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden. Verzoekster heeft dit betwist; zij heeft verklaringen overgelegd waaruit blijkt dat haar zoon in het verleden als haar vertegenwoordiger is opgetreden ter zake van het PGB.
- 9.4. Naar het oordeel van de commissie is in artikel 10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar niet bepaald dat de vertegenwoordiger niet tevens de zorgverlener mag zijn. Door de ziektekostenverzekeraar is voort niet voldoende aannemelijk gemaakt dat één van de onder 1. tot en met 6. genoemde uitsluitingsgronden om als vertegenwoordiger op te treden bij de zoon van verzoekster aan de orde is. Dit leidt tot het oordeel dat verzoekster met hulp van een vertegenwoordiger in staat is om de verantwoordelijkheden en verplichtingen die bij het PGB vv horen, uit te voeren. Zij behoort dus tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld.
- 9.5. De volgende vraag die ter beantwoording voorligt is of de zorg die verzoekster nodig heeft voldoet aan de voorwaarden zoals gesteld in artikel 3 van het 'Reglement PGB Verpleging en Verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar. De zorg die verzoekster ontvangt, bestaat uit hulp bij het toedienen van medicatie, het insmeren en masseren van de benen, het douchen, het aan- en uittrekken, de nagel- en voetverzorging, het aan- en uittrekken van steunkousen, het bereiden van maaltijden, het doen van boodschappen en het begeleiden naar de sauna. Ten aanzien van het bereiden van maaltijden, het doen van boodschappen en het begeleiden naar de sauna, geldt dat dit niet valt onder Persoonlijke Verzorging, waarvoor in het geval van verzoekster een indicatie is gesteld. Voor het overige betreft



het naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan plaatsvinden. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Verder gaat het, mede gezien de indicatie voor 14 uren Persoonlijke Verzorging per week, naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. De door verzoekster naar voren gebrachte taalbarrière en geloofsovertuiging vormen niet een zodanige noodzaak. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van haar zoon, of een ander voor haar vertrouwd persoon, betekent dit niet dat formele zorgverleners haar de noodzakelijke zorg niet kunnen verlenen, daarbij rekening houdend met haar problematiek en de gevolgen hiervan.



9.6. Hetgeen overigens door verzoekster gesteld, met name dat haar door de ziektekostenverzekeraar de vrijheid wordt ontnomen om te kiezen tussen een PGB vv en zorg in natura, kan niet leiden tot een ander oordeel.



9.7. Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering



9.8. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van een PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie



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



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 21 juni 2017,



P.J.J. Vonk