



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 : 201501604
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: verzoekster,

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 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 2 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 500 is niet in geschil, en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

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 11 maart 2015 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 26 mei 2015 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 6 augustus 2015 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).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- 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.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 3 november 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 november 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 15 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 6 november 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 10 december 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015141221) de commissie medegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben voor zover het de vraag betreft of verzoekster in staat is een PGB vv te beheren. Een afschrift van de brief van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster 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 verzoekster
- 4.1. De wijkverpleegkundige heeft namens verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en verzorging' ingediend, en hierop, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: *"Persoonlijke zorg: (...) moeite met douchen/baden (...) aankleden, onderlichaam (...) aankleden, bovenlichaam (...) Mw heeft krachtsverlies in handen. Heeft hulp nodig bij ADL toiletgang en aan en uit kleden. Mw heeft artrose COPD en evenwichtsproblemen. Valt daardoor wel eens. (...)".* De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor persoonlijke verzorging van 1230 minuten per week.
- 4.2. Verzoekster heeft hulp nodig bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Zij heeft daarom bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een PGB vv. De ziektekostenverzekeraar heeft toekenning van het PGB vv afgewezen op de grond dat verzoekster geen wettelijk vertegenwoordiger heeft. Veel mensen hebben geen wettelijk vertegenwoordiger, en verzoekster vindt dit argument dan ook ridicuul. Zij heeft voldaan aan de criteria voor een PGB vv, zodat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar dit toe te kennen.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar neemt het niet zo nauw met de procedure. Verzoekster ontving in eerste instantie een standaard afwijzingsbrief, waarin foutieve argumenten werden gebruikt. In deze brief is de mogelijkheid van het indienen van een klacht niet genoemd. Bij vragen moet telefonisch contact worden opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Nadat verzoekster een officiële klacht had ingediend, ontving zij van de ziektekostenverzekeraar een brief met een nadere uitleg. Hierbij werd echter maar gedeeltelijk ingegaan op de argumenten die verzoekster naar voren had gebracht.
- 4.4. Ter zitting is namens verzoekster toegelicht dat voor verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een PGB vv is aangevraagd. De familie is nu al een jaar bezig, en komt hiermee niet verder. Er volgen steeds afwijzingen van de ziektekostenverzekeraar. Men spreekt over een curator of een bewindvoerder, maar de administratie van verzoekster wordt uitgevoerd door haar dochter, die hiertoe zeker in staat is. Verzoekster heeft recht op het PGB vv. Zij moet nu lijden onder fraude die in het verleden met het PGB vv is gepleegd.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

-  5.1. Op 22 mei 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar met verzoekster het zogenoemde "bewust keuze gesprek (BKG)" gevoerd. Aangezien verzoekster geen Nederlands spreekt, is voor dit gesprek een Armeense tolk ingeschakeld. Tijdens het gesprek was (deels) ook de dochter van verzoekster aanwezig. Gebleken is dat zij de administratie van verzoekster bijhoudt, en ook de bankrekening beheert. De dochter heeft de benodigde papieren ingevuld voor de aanvraag van het PGB vv. De contracten met zorgverleners en het betalen van de rekeningen zullen eveneens door haar worden verzorgd.
-  5.2. Gelet op het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar kan alleen de verzekerde zelf of een wettelijk vertegenwoordiger een PGB vv beheren. Verzoekster is zelf niet in staat het PGB vv te beheren, en haar dochter is niet aan te merken als haar wettelijk vertegenwoordiger. Ook is niet gebleken van een andere persoon die als zodanig kan worden aangemerkt. Daarom is toekenning van het PGB vv afgewezen.
-  5.3. Verzoekster heeft recht op zorg in natura, waarvoor zij een door haar gewenste (gecontracteerde) zorgaanbieder kan benaderen. Indien zij hierbij hulp nodig heeft, kan zij telefonisch contact opnemen met de afdeling Zorgadvies van de ziektekostenverzekeraar.
-  5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de afwijzing in eerste instantie was gebaseerd op artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens het 'bewust keuze gesprek' is gebleken dat niet is voldaan aan de vereisten van artikel 2 van het reglement, namelijk de aanwezigheid van een ouder, bewindvoerder of mentor. Het was beter geweest als de ziektekostenverzekeraar direct had afgewezen op grond van artikel 2. Als er in tweede instantie naar wordt gekeken, blijft de afwijzing op grond van artikel 2 staan. Als de dochter van verzoekster alsnog wordt aangewezen door de kantonrechter als mentor, en de situatie van verzoekster gelijk is gebleven, zou er geen sta-in-de-weg meer moeten zijn voor verstrekking van het PGB vv. Hiervoor kan een nieuwe aanvraag worden ingediend.
-  5.5. 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 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 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/zorgvindervindt 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 verzoekster behoort tot één van de in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' genoemde doelgroepen. Verzoekster heeft in dat kader aangevoerd dat zij voldoet aan alle voorwaarden voor toekenning van het PGB vv, zodat de ziektekostenverzekeraar de eis van een wettelijk vertegenwoordiger niet mag stellen, en dat er meer mensen zijn die geen wettelijk vertegenwoordiger hebben. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat tijdens het "bewust keuze gesprek", waarbij verzoekster zich moest laten bijstaan door een tolk, is gebleken dat zij niet in staat is zelf een PGB vv te beheren. Ook heeft zij geen wettelijk vertegenwoordiger, hetgeen een eis is die is gesteld in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.3. Tijdens voornoemd gesprek met verzoekster is gebleken dat haar dochter de bankrekening van verzoekster beheert, de papieren heeft ingevuld voor de aanvraag van het PGB vv bij de ziektekostenverzekeraar en dat zij verantwoordelijk zal zijn voor de administratie van het PGB vv. Zulks is door verzoekster niet bestreden. Voorts beheerst verzoekster de Nederlandse taal kennelijk niet althans onvoldoende, gezien de aanwezigheid van een (telefonische) tolk bij het gesprek. De commissie concludeert op basis hiervan dat verzoekster niet in staat is zelf een PGB vv te beheren.
Vast staat verder dat de dochter van verzoekster niet haar wettelijk vertegenwoordiger is, of dat een ander als zodanig optreedt. Dit wordt in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar echter wel als voorwaarde gesteld. Verzoekster heeft zich met het afsluiten van de zorgverzekering aan dit reglement geconformeerd. De stelling van verzoekster dat er meer mensen zijn die geen wettelijk vertegenwoordiger hebben, treft geen doel. Denkbaar is immers dat deze personen - anders dan verzoekster - wel in staat de noodzakelijke (rechts)handelingen zelf te verrichten of niet verkeren in een situatie waarin zij ermee worden geconfronteerd dat zij daartoe niet in staat zijn.
Gelet op het voorgaande acht de commissie aannemelijk dat verzoekster niet behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld.
- 9.4. Aangezien verzoekster niet behoort tot de doelgroep voor een PGB vv, kan de vraag of de zorg die zij 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,

 H.A.J. Kroon