



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V.
te Arnhem

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), zelfstandig beheer

Zaaknummer : 201800532

Zittingsdatum : 28 november 2018

 Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

 (Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en 2.15a-c Bzv, 2.29a-c Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

 1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

 VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna 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 VGZ Ruime Keuze (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 VGZ Aanvullend Beter 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 afgesloten aanvullende verzekering VGZ Tand Beter is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

 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 (verder: PGB vv). Bij brief van 25 juli 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 21 november 2017 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 27 juli 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan hem - zo mogelijk met terugwerkende kracht - een PGB vv toe te kennen (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 18 september 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 september 2018 aan verzoeker gezonden.

 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 28 september 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 oktober 2018 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 Zvw, 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 ziektekostenverzekeraar zijn op 28 november 2018 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

 4.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een PGB vv op basis van zeven uren Persoonlijke Verzorging per week. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen, omdat hij niet in staat zou zijn zelfstandig of met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die horen bij een PGB vv op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit wordt door verzoeker betwist.

 4.2. De ziektekostenverzekeraar baseert zijn oordeel op het telefonisch gevoerde 'bewust keuze gesprek' van 14 november 2017. Tijdens dit gesprek is door de ziektekostenverzekeraar geconstateerd dat verzoeker op de hoogte was van het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' en dat hij de aan hem gestelde vragen goed kon beantwoorden. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou echter ook zijn gebleken dat verzoeker de Nederlandse taal niet voldoende beheerst om formulieren in te vullen of een overzicht op te stellen van de aan hem geleverde uren Persoonlijke Verzorging.

 4.3. Verzoeker komt oorspronkelijk uit Irak, maar verblijft al 25 jaar in Nederland. Hij voert aan dat hij de Nederlandse taal voldoende beheerst. Dit wordt onderschreven door zijn gemachtigde, die hem reeds geruime tijd bijstaat en verzoeker in de met hem gevoerde gesprekken goed kan volgen. Het blijkt ook uit het gegeven dat verzoeker op 30 mei 2018 zelf een betoog heeft gehouden, als ook vragen heeft beantwoord tijdens een hoorzitting in verband met een ingediend bezwaarschrift betreffende een uitkering. De hierbij aanwezige ambtenaren konden het betoog van verzoeker goed volgen en vonden dat hij helder en duidelijk (genoeg) antwoord gaf op de aan hem gestelde vragen.

 4.4. Verzoeker heeft in het verleden bij de administratie van het PGB vv altijd hulp gevraagd en gekregen van zijn neef en van zijn boekhouder. Deze personen voldoen echter niet aan de omschrijving van vertegenwoordiger zoals opgenomen in artikel 3.3. van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging'. De conclusie van de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker niet in staat is zelfstandig het PGB vv te beheren, was tot voor kort juist. Verzoeker is sindsdien echter duidelijk geïnstrueerd hoe hij aan de administratieve verplichtingen moet voldoen die horen bij het PGB vv. Dit betekent dat verzoeker thans in staat is het PGB vv geheel zelfstandig te beheren, hetgeen ook volgt uit de overgelegde verklaring van zijn neef. Verzoeker is ervan doordrongen dat hij geheel zelfstandig het beheer voor zijn rekening dient te nemen, aangezien aanwijzing van een vertegenwoordiger uit zijn directe familie niet tot de

 mogelijkheden behoort. Verder heeft verzoeker goede nota genomen van het aangepaste reglement en zal hij de voorwaarden nauwgezet in acht nemen.

- 4.5.  Ter zitting is door verzoeker opgemerkt dat het er vooral om gaat of hij in staat is zelfstandig de communicatie met de ziektekostenverzekeraar te doen, en of hij formulieren kan invullen en weet hoe hij moet declareren. Uit het gesprek van november 2017 blijkt dat verzoeker heel goed weet waar het allemaal om gaat. Hij heeft het reglement gelezen en begrijpt het goed. Verzoeker heeft gezegd dat hij weleens hulp inroept van zijn boekhouder om te kijken of hij het goed heeft gedaan. Dit is niet vreemd, en betekent niet dat hij het niet zelf doet. Dat hij af en toe met iemand overlegt maakt dit niet anders. Het schrijven gaat iets minder. Daarom roept hij voor de zekerheid af en toe hulp in om te zien of hij het goed heeft gedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft verwezen naar zorg in natura, maar dit is voor verzoeker niet mogelijk. Hij is vaak van huis weg.

- 4.6.  Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1.  Op grond van artikel 3.3 van het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' moet een verzekerde in staat zijn op eigen kracht of met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Volgens het betreffende reglement is een vertegenwoordiger een bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad. Een wettelijk vertegenwoordiger is een door de Rechtbank aangewezen curator, mentor of bewindvoerder.

- 5.2.  Op 14 november 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar een telefonisch 'bewust keuze gesprek' gevoerd met verzoeker. Tijdens dit gesprek is gebleken dat verzoeker zich goed had ingelezen in het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' en dat hij meerdere theoretische vragen goed kon beantwoorden. Tijdens dit gesprek is tevens vastgesteld dat verzoeker de Nederlandse taal onvoldoende beheerst om zelf zijn administratie te voeren en dat hij hiervoor zijn boekhouder inschakelt, die voor hem bijvoorbeeld formulieren invult en declaraties indient. Ook kwam tijdens het gesprek naar voren dat verzoeker het overzicht van de geleverde uren zorg niet zelf opstelt, maar dat hij dit laat doen door zijn zorgverlener. Verder is gebleken dat verzoeker zich eveneens laat bijstaan door zijn neef.

- 5.3.  Uit het voorgaande blijkt dat verzoeker niet in staat is het PGB vv zelfstandig te beheren. Hij is derhalve aangewezen op een vertegenwoordiger. De boekhouder en de neef van verzoeker zijn echter niet aan te merken als (wettelijk) vertegenwoordiger als bedoeld in het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging'. Om die redenen is de aanvraag voor een PGB vv afgewezen.

- 5.4.  Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat het PGB vv is aangevraagd in maart 2017. Ingevolge artikel 13 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op verpleging en verzorging. Dit kan in natura of via een PGB vv. Voor het laatste moet worden voldaan aan de voorwaarden uit het reglement. Verzoeker is niet in staat om aan de hierin gestelde verplichtingen te voldoen. Ook niet met hulp. Van belang is artikel 3 van het reglement. Er is geen sprake van een (wettelijk) vertegenwoordiger, zodat van belang is of verzoeker zelf in staat is een PGB vv te beheren. Er zijn meerdere gesprekken gevoerd met verzoeker. Het gesprek van 14 juni 2017 heeft geleid tot de eerste afwijzing. Toen bleek dat verzoeker niet op de hoogte was van het reglement en dat hij het niet wilde lezen. Verzoeker heeft te weinig kennis om zijn PGB vv zelfstandig te beheren, omdat hij zijn boekhouder benadert voor het invullen van de formulieren, en hij weet niet wanneer hij declaraties moet invullen. Tijdens het gesprek is gezegd dat verzoeker de Nederlandse taal onvoldoende beheerst. Het gaat niet alleen om de formulieren, maar ook wat er moet gebeuren als verzoeker in het ziekenhuis ligt. Het lijkt dat hij niet beseft dat hij dan geen zorg kan declareren. Dus hij lijkt het reglement niet te kennen.

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 10.1 van de zorgverzekering en artikel 7.1 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 aan verzoeker een PGB vv toe te kennen, eventueel met terugwerkende kracht.

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 11 tot en met 39 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. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntsysteem en casemanagement. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop.

(...)

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. (...)"

8.4. Artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (2017)' bepaalt onder welke voorwaarden een PGB vv wordt verstrekt en luidt, voor zover hier van belang:

"U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

(...)

3. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren;

4. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;

5. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een pgb geleverd wil en kan krijgen.

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

- 8.5. In artikel 10 van het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (2017)' worden de in het reglement gebruikte begrippen toegelicht. Het artikel luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Wettelijk vertegenwoordiger

Een wettelijk vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een curator, mentor of bewindvoerder, door de Rechtbank vastgesteld.

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 vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. (...)"

- 8.6. Artikel 13 van de zorgverzekering en het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' (2017) van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2.9 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 zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 13a Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.10 en 2.15a-c Bzv.
- 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 stelt vast dat tussen partijen niet in geschil is dat verzoeker op grond van de zorgverzekering aanspraak heeft op verpleging en verzorging. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of verzoeker tevens voldoet aan de voorwaarden om in aanmerking te komen voor een PGB vv. De commissie overweegt dat de aanvraag voor een PGB vv op grond van artikel 3.3 van het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (2017)' kan worden afgewezen als blijkt dat betrokkene niet in staat is op eigen kracht of met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. De commissie overweegt verder dat tussen partijen niet in geschil is dat verzoeker ten tijde van het indienen en het beoordelen van de aanvraag voor een PGB vv door de ziektekostenverzekeraar niet voldeed aan het bepaalde in voornoemd artikel. Hij was immers niet in staat zelf zijn administratie te voeren; dit deed zijn boekhouder. Zijn neef kon - gelet op de definitie van vertegenwoordiger - niet als zodanig optreden, terwijl van een wettelijk vertegenwoordiger als bedoeld in het reglement geen sprake was. Hiermee staat vast dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor een PGB vv terecht heeft afgewezen. Hetgeen overigens door verzoeker is aangevoerd, met name dat hij inmiddels wél in staat zou zijn het PGB vv zelfstandig te beheren, maakt de uitkomst niet anders aangezien de commissie toetst naar de situatie ten tijde van de aanvraag. Het ligt in die situatie op de weg van verzoeker een nieuwe aanvraag voor een PGB vv in te dienen bij de ziektekostenverzekeraar. Vervolgens is het aan de ziektekostenverzekeraar te beoordelen of verzoeker inmiddels wél voldoet aan de voorwaarden om voor een PGB vv in aanmerking te komen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.2. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde, zodat het verzoek op grond van deze verzekering niet kan worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 december 2018,

J.A.M. Strens-Meulemeester