



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), beheer  
Zaaknummer : 201701040  
Zittingsdatum : 9 mei 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

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

---

1. Partijen

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

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de zorgverzekeraar 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). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (verder: PGB vv). Bij brief van 16 december 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 13 april 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft ertoe geleid dat de zorgverzekeraar heeft besloten de dochter van verzoekster voor een gesprek uit te nodigen. Dit gesprek heeft geen wijziging van het standpunt van de zorgverzekeraar tot gevolg gehad.

3.4. Bij brief van 15 november 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog met terugwerkende kracht tot 1 november 2016 toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering (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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 februari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 27 februari 2018 aan verzoekster gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 12 maart 2018 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. Nadien heeft zij medegedeeld dat zij

toch liever telefonisch wordt gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 29 maart 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, 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. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 9 mei 2018 telefonisch gehoord.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft samen met haar dochter bij de zorgverzekeraar het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingediend, waarop door de indicierend wijkverpleegkundige een indicatie van elf uren Persoonlijke Verzorging per week met als ingangsdatum 1 november 2016 is vermeld. Deze aanvraag voor een PGB vv heeft de zorgverzekeraar ten onrechte afgewezen.
- 4.2. Verzoekster kan in verband met haar analfabetisme geen PGB vv beheren en daarom zou een kennis van haar dit beheer op zich nemen. Volgens de zorgverzekeraar kan deze kennis het beheer niet op zich nemen, omdat zij geen wettelijk vertegenwoordiger is van verzoekster. In dit verband heeft hij verwezen naar artikel 3.3 van zijn 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging'. Uit dit artikel blijkt volgens verzoekster echter geenszins dat sprake moet zijn van een wettelijke vertegenwoordiger. Het woord wettelijk staat immers tussen ronde haakjes. Aangezien derhalve ook een vertegenwoordiger het PGB vv namens de verzekerde mag beheren en de kennis van verzoekster al jarenlang optreedt als haar vertegenwoordiger, had de zorgverzekeraar het PGB vv van verzoekster niet mogen "intrekken" op de grond dat haar kennis geen wettelijk vertegenwoordiger is. Primair verzoekt zij daarom dat het PGB vv met terugwerkende kracht tot 1 november 2016 wordt toegekend, waarbij de kennis door de zorgverzekeraar als haar vertegenwoordiger wordt erkend. Overigens beheert deze kennis al van meet af aan het PGB vv.
- 4.3. Subsidiair vraagt verzoekster de commissie te bepalen dat de aanvraag met terugwerkende kracht wordt gehonoreerd, omdat haar dochter de taken en verplichtingen die horen bij het PGB vv wél kan uitvoeren. Volgens de zorgverzekeraar is haar dochter niet op de hoogte van de taken en de verplichtingen die horen bij het uitvoeren van een PGB vv. Deze conclusie heeft hij echter uitsluitend getrokken op grond van het feit dat de dochter van verzoekster tijdens een gesprek met hem op enkele van zijn vragen het antwoord niet wist, zoals welk uurloon zij maximaal mag hanteren, welke nota's zij moet gebruiken en hoe de levering van zorg moet worden vastgelegd. Deze onderbouwing door de zorgverzekeraar voldoet niet aan de eisen die de Centrale Raad van Beroep daaraan in zijn uitspraak van 15 maart 2017 (ECLI:NL:CRVB:2017:1042) heeft gesteld en kan volgens verzoekster zijn conclusie niet dragen. De dochter van verzoekster is namelijk wel degelijk in staat tot een verantwoord beheer van het PGB vv van verzoekster. Zij is leerbaar, zodat zij datgene wat zij nog niet weet kan uitzoeken. De reden dat de dochter van verzoekster nog niet alles had uitgezocht voorafgaand aan het gesprek met de zorgverzekeraar is dat het PGB vv op dat moment (nog) niet was toegekend aan verzoekster. Bovendien heeft zij andere vragen, bijvoorbeeld hoe lang de administratie moet worden bewaard en hoe zij gaat declareren, wel juist beantwoord. Verder kan de dochter van verzoekster terugvallen op haar eerder genoemde kennis, die immers ervaring heeft met het beheren van een PGB vv en lid is van de belangenvereniging Per Saldo. Verzoekster

merkt hierbij op dat vrijwel niemand het antwoord weet op elke vraag, zodat de zorgverzekeraar dit redelijkerwijs ook niet van haar dochter kan verwachten.

- 4.4. Indien de commissie oordeelt dat sprake moet zijn van een wettelijk vertegenwoordiger èn dat de dochter van verzoekster niet in staat is tot een verantwoord beheer van het PGB vv, stelt verzoekster dat de zorgverzekeraar haar onvoldoende op de verplichting heeft gewezen dat een wettelijk vertegenwoordiger moest worden aangesteld en dat zij haar kennis kon laten benoemen tot haar wettelijk vertegenwoordiger. Aangezien hij hiermee in gebreke is gebleven en zij hiervan niet de dupe mag zijn, verzoekt zij de commissie meer subsidiair te oordelen dat, nadat zij haar kennis heeft laten benoemen tot haar wettelijk vertegenwoordiger, hij het PGB vv met terugwerkende kracht tot 1 november 2016 moet toekennen. Verzoekster is gedupeerd, omdat als gevolg van het feit dat haar kennis het PGB vv niet meer kon beheren, grote financiële problemen zijn ontstaan. Daarbij is zij op 28 juli 2017 aangemeld als wanbetaler bij het Centraal Administratie Kantoor (verder: CAK).
- 4.5. Volgens verzoekster mag de aanmelding bij het CAK geen grond vormen voor afwijzing van haar aanvraag voor een PGB vv. Deze aanmelding is immers het gevolg van de onjuiste afwijzing van de betreffende aanvraag door de zorgverzekeraar. De betalingsachterstanden op grond waarvan verzoekster is aangemeld bij het CAK zijn ontstaan doordat zij de door haar benodigde medicatie niet meer kon betalen. Deze betalingsachterstand was niet ontstaan indien haar aanvraag voor een PGB vv zou zijn toegekend. Aangezien een PGB vv is bedoeld voor het inkopen van zorg, waaronder farmaceutische zorg, kan het aanwenden van het PGB vv voor het voldoen van voornoemde betalingsachterstand niet worden aangemerkt als het oneigenlijk gebruik hiervan. Het PGB vv zou immers bij een eerdere toekenning door verzoekster ook zijn aangewend voor het betalen van de medicijnkosten.
- 4.6. Alles in ogenschouw nemend, heeft de zorgverzekeraar zijn beslissing op de aanvraag van verzoekster genomen in strijd met de algemene beginselen van behoorlijk bestuur, zoals neergelegd in de Algemene wet bestuursrecht (verder: Awb). Verzoekster verzoekt de commissie tevens de zorgverzekeraar te veroordelen in de proceskosten, en wel op grond van het Besluit proceskosten bestuursrecht.
- 4.7. In reactie op het nader commentaar van de zorgverzekeraar heeft verzoekster gesteld dat, als gevolg van hetgeen is bepaald in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar inzake vertegenwoordiging, louter bloed- of aanverwanten in de eerste of tweede graad het PGB vv namens een verzekerde kunnen beheren. Zij meent dat het bepaalde in voornoemd reglement is ingegeven door het feit dat het van oudsher gebruikelijk was dat een familielid de zorg van een zorgbehoevende op zich nam. In de huidige maatschappij kan evenwel niet meer worden verwacht dat per se een familielid zorg moet dragen voor een zorgbehoevende verzekerde en is het zeer gebruikelijk dat minder aanverwante familieleden of vrienden de zorg op zich nemen. Volgens verzoekster is daarom sprake van een ongerechtvaardigd onderscheid, hetgeen op grond van artikel 26 van het Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten (hierna: IVBPR) niet is toegestaan. Hierbij verwijst zij naar de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 6 december 2016 (ECLI:NL:CRVB:2016:4487). Bovendien zou een verzekerde die geen bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad heeft het PGB vv niet door een ander kunnen laten beheren. Ook dit vormt een ongerechtvaardigd onderscheid. Volgens verzoekster moet haar situatie gelijk worden gesteld aan die waarin een verzekerde een bloed- of aanverwant in de tweede graad als vertegenwoordiger aanwijst. Het onderscheid tussen het aanwijzen van een vriendin als vertegenwoordiger en het aanwijzen van een bloed- of aanverwant in de tweede graad als vertegenwoordiger valt immers niet te rechtvaardigen. Gelet op de strijdigheid van de bepaling in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar inzake vertegenwoordiging - een wettelijk voorschrift - met artikel 26 IVBPR, kan dit reglement niet in stand blijven.
- 4.8. Ter zitting heeft verzoekster benadrukt dat haar dochter het PGB vv namens haar kan beheren. Hierbij heeft zij toegelicht dat haar dochter een eigen zaak heeft en stagiaires begeleidt.

4.9. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingediend. Hierop is een indicatie van elf uren Persoonlijke Verzorging per week met ingangsdatum 1 november 2016 vermeld. Op voornoemd aanvraagformulier is geen vertegenwoordiger of een wettelijk vertegenwoordiger vermeld. Voorts heeft verzoekster verklaard dat zij zorg wil inkopen bij haar dochter.

5.2. Aanspraak op een PGB vv bestaat indien is voldaan aan de voorwaarden uit het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2017) van de zorgverzekeraar. In artikel 3, derde lid, van voornoemd reglement is opgenomen dat betrokkene op eigen kracht of met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de aan een PGB vv verbonden taken en verplichtingen op een verantwoorde wijze moet kunnen uitvoeren. De kennis van verzoekster, die het beheer van het PGB vv in eerste instantie op zich zou nemen, is geen wettelijk vertegenwoordiger van verzoekster en evenmin een bloed- of aanverwant van haar in de eerste of tweede graad, zodat zij geen (wettelijk) vertegenwoordiger is, zoals bedoeld in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2017) van de zorgverzekeraar. De dochter van verzoekster, die vervolgens werd aangewezen om het PGB vv van verzoekster te beheren, heeft tijdens twee gesprekken met de zorgverzekeraar onvoldoende aannemelijk gemaakt dat zij dit beheer op een verantwoorde wijze kan uitvoeren. Het eerste gesprek met haar heeft op 31 maart 2017 telefonisch plaatsgevonden. In het verslag van dit gesprek van de zorgverzekeraar staat het volgende vermeld: "*Op de vraag hoe het beheer vorm gaat krijgen antwoord [de dochter van verzoekster] dat ze aparte briefjes gaat maken waarop de zorgverlener aan gaat kruisen welke zorg er geleverd is en hoeveel tijd daaraan besteed is. Ze gaat dit per maand declareren. Op de vraag, welk uurloon ze maximaal mag hanteren, welke nota's ze moet gebruiken en hoe ze de levering van zorg moet vastleggen in een zorgovereenkomst moet ze het antwoord schuldig blijven. Ze vertelt wel dat ze voornemens is om online te gaan declareren maar kan niet aangeven hoe ze dat gaat doen. Weet wel dat de administratie 5 jaar bewaard moet blijven en dat er inzicht moet zijn in bancaire verkeer. Voor de afdracht van belasting zal ze haar belastingadviseur raadplegen.*" Aangezien de dochter van verzoekster op het merendeel van de vragen geen antwoord kon geven, vindt de zorgverzekeraar het niet aannemelijk dat zij het PGB vv van verzoekster op een verantwoorde wijze kan beheren. Dit geldt te meer omdat zij zich had kunnen voorbereiden op het gesprek en mag worden verwacht dat indien verzoekster een PGB vv aanvraagt, zij of haar (wettelijk) vertegenwoordiger op de hoogte is van de taken en verplichtingen die hieraan verbonden zijn. Op 31 augustus 2017 heeft een volgend gesprek plaatsgevonden waarbij in ieder geval verzoekster, de dochter van verzoekster en de kennis van verzoekster aanwezig waren. De dochter van verzoekster antwoordde slechts op vragen toen hierom uitdrukkelijk werd verzocht. Indien het lastig werd voor haar, dit was bijvoorbeeld het geval toen het gesprek ging over een zorgovereenkomst, nam de kennis van verzoekster de beantwoording van de vragen weer over. De zorgverzekeraar heeft niet de indruk gekregen dat de dochter van verzoekster meer wist over de beheerverplichtingen dan tijdens het eerste gesprek. Gelet op het voorgaande wordt in het onderhavige geval niet voldaan aan artikel 3, derde lid, van genoemd reglement.

5.3. De zorgverzekeraar bestrijdt dat hij verzoekster expliciet had moeten wijzen op de mogelijkheid dat haar kennis tot haar wettelijk vertegenwoordiger kon worden benoemd. De kennis van en het voldoen aan het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2017) van de zorgverzekeraar behoren tot de verantwoordelijkheden van de aanvrager van het PGB vv en/of zijn (wettelijk) vertegenwoordiger.

5.4. Op 28 juli 2017 is verzoekster als wanbetaler aangemeld bij het CAK hetgeen inhoudt dat zij een betalingsachterstand heeft van zes of meer maandpremies voor de zorgverzekering. De aanwezigheid van een betalingsachterstand van vier of meer maandpremies voor de zorgverzekering is een afwijzings- dan wel een intrekingsgrond op basis van artikel 3, tweede lid, onder

d, van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2017) van de zorgverzekeraar.

- 5.5. Vanuit een PGB vv kan alleen zorg worden vergoed die onder de aanspraak 'verpleging en verzorging' valt. Farmaceutische zorg valt daar niet onder. Verzoekster is gewezen op het feit dat zij aanspraak kon maken op zorg in natura. Dat zij van deze mogelijkheid geen gebruik heeft gemaakt, is haar eigen keuze en verantwoordelijkheid. De zorgverzekeraar kan niet aansprakelijk worden gesteld voor de financiële problemen die bij verzoekster zijn ontstaan door de afwijzing van de aanvraag van het PGB vv. Voorts verwijst de zorgverzekeraar naar een gespreksnotitie van 14 december 2016 waaruit blijkt dat verzoekster heeft verklaard dat het PGB vv haar enige inkomstenbron is. In dit verband merkt de zorgverzekeraar op dat een PGB vv niet kan worden beschouwd als "*gezinsinkomen*". Dan bestaat immers het risico dat dit inkomen wegvalt bij onverhoopte ziekte van de informele zorgverlener, wijzigingen in de wet- en regelgeving of een afwijzing van een aanvraag voor een PGB vv. Bovendien ontstaat hierdoor zowel een kwetsbare financiële situatie als een kwetsbare continuïteit van de zorgverlening. De zorgverzekeraar tekent hierbij aan dat aan hem een verrekeningsbevoegdheid toekomt ten aanzien van de aan de orde zijnde betalingsachterstanden.
- 5.6. Aan verzoekster is tot en met 31 december 2016 een PGB vv verstrekt voor elf uren Persoonlijke Verzorging per week. De onderhavige aanvraag voor een PGB vv had daarom eerst per 1 januari 2017 kunnen worden toegekend. De zorgverzekeraar acht, gelet op het voorgaande, zijn 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2017) op de aanvraag van toepassing. Hij merkt voorts op dat de onderhavige kwestie, in tegenstelling tot hetgeen verzoekster stelt, geen bestuursrechtelijke aangelegenheid is, maar een privaatrechtelijke. De zorgverzekeraar vraagt de commissie het verzoek ten aanzien van de vergoeding van de door verzoekster gemaakte proceskosten af te wijzen.
- 5.7. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald.
- 5.8. De zorgverzekeraar 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 is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
  - 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is het PGB vv met terugwerkende kracht tot 1 november 2016 aan verzoekster toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering, alsmede of de zorgverzekeraar gehouden is aan haar de gemaakte proceskosten te vergoeden.
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 cliëntensysteem 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. (...)*

*(...)*

**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' (2017) van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

**"Doelgroep pgb vv**

*U komt in aanmerking voor het pgb vv als u:*

*1. behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.*

*(...)*

*Daarnaast dient u:*

*3. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf (...)"*

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2017) van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

**"Voorwaarden voor toegang pgb vv**

**U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:**

*1. u bent in het bezit van een indicatie, niet ouder dan 3 maanden, voor verpleging en verzorging zoals benoemd in artikel 2.1 en 2.2. van dit reglement;*

*2. u bent naar ons oordeel in staat met het pgb vv op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten (hieronder verstaan wij persoonlijke verzorging, verpleging en MSVT) van goede kwaliteit. Hiervan is in ieder geval geen sprake in de volgende situaties:*

*(...)*

*d. u heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;*

*(...)*

*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, dan wel aanvullende eisen stellen waaraan dient te worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een pgb vv."*

- 8.6. Artikel 4 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2017) van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

**"Weigeringsgronden**

**Geen van de volgende weigeringsgronden zijn van toepassing op u:**

1. u bent bij de eerdere verstrekking van een pgb vv niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te houden aan de aan het pgb vv verbonden taken en verplichtingen;

(...)

7. u over meer dan één indicatie beschikt voor de zorg zoals beschreven in artikel 2.1 en 2.2. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven zoals in artikel 2.1. en 2.2. dient in één indicatie te zijn verwoord;

8. uw (wettelijke) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):

a. heeft bij eerdere verstrekking van [het] pgb waarbij hij als hulppersoon of (wettelijke)

vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;

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

c. is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen;

d. heeft binnen een periode van drie jaar voorafgaand aan de pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnp) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;

e. heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of is ooit failliet verklaard;

f. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het pgb verbonden verplichtingen."

- 8.7. Artikel 10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2017) van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

**"Begripsbepaling**

(...)

**Bloed- en aanverwanten**

Familie in de 1e of 2e graad van de verzekerde.

**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.

**Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand:**

a. 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;

b. die niet beschikt over een geldig woonadres;

c. wiens vrijheid is ontnomen;

d. op wie de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, of daartoe een verzoek bij de rechtbank is ingediend;

e. die surséance van betaling heeft aangevraagd, in staat van faillissement verkeert of (ooit) failliet is verklaard;



*f. 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 vv beheert, wordt niet geaccepteerd als vertegenwoordiger."*

- 8.8. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3, 4 en 10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2017) van de zorgverzekeraar zijn volgens artikel 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, 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.
- 8.10. 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 zorgverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.11. Artikel 26 IVBPR luidt:
- "Allen zijn gelijk voor de wet en hebben zonder discriminatie aanspraak op gelijke bescherming door de wet. In dit verband verbiedt de wet discriminatie van welke aard ook en garandeert een ieder gelijke en doelmatige bescherming tegen discriminatie op welke grond ook, zoals ras, huidskleur, geslacht, taal, godsdienst, politieke of andere overtuiging, nationale of maatschappelijke afkomst, eigendom, geboorte of andere status."*

9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Op het door verzoekster bij de zorgverzekeraar ingediende 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' heeft de indicierend wijkverpleegkundige een indicatie voor elf uren Persoonlijke Verzorging per week vermeld met als ingangsdatum 1 november 2016. Door de zorgverzekeraar is evenwel gesteld, en door verzoekster niet bestreden, dat de aanvraag geen betrekking kan hebben op het jaar 2016, omdat tot en met 31 december 2016 al een PGB vv voor elf uren Persoonlijke Verzorging per week aan haar is toegekend. Gelet op een en ander kan de aanvraag van verzoekster voor een PGB vv naar het oordeel van de commissie enkel zien op het jaar 2017 en daarom moet worden getoetst aan het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' (2017) van de zorgverzekeraar.
- 9.2. Niet in geschil is dat verzoekster behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' (2017) van de zorgverzekeraar. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of verzoekster voldoet aan het gestelde in artikel 3, derde lid, van dit reglement. Uit laatstgenoemd artikel vloeit voort dat verzoekster op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op een verantwoorde wijze moet kunnen uitvoeren. Vast staat dat verzoekster vanwege haar analfabetisme is aangewezen op een (wettelijk) vertegenwoordiger. Zij heeft uitdrukkelijk te kennen gegeven dat zij wil dat een kennis het PGB vv voor haar beheert. Gelet op dit verzoek en op het feit dat op het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' geen - andere - vertegenwoordiger staat vermeld, zal de commissie ten eerste beoordelen of de kennis van verzoekster het beheer van een PGB vv namens verzoekster op zich kan nemen.
- 9.3. In artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging' (2017) van de zorgverzekeraar is opgenomen dat een (wettelijk) vertegenwoordiger het beheer van een PGB vv namens de verzekerde op zich kan nemen. Gelet op artikel 10 van voornoemd reglement is een wettelijk vertegenwoordiger een curator, mentor of bewindvoerder en kan louter een bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad door betrokkene als vertegenwoordiger worden aangewezen. Niet is komen vast te staan dat de kennis van verzoekster ten tijde van de aanvraag een (wettelijk) vertegenwoordiger in voornoemde zin was. Anders is dit voor de dochter van verzoekster die als bloedverwant in de eerste graad in beginsel als haar vertegenwoordiger kan optreden. Dat de kennis van verzoekster eerder het PGB vv wel heeft beheerd, maakt het voorgaande niet anders. Mogelijk golden toen andere regels of werden de bestaande regels destijds anders toegepast.
- 9.4. Hetgeen partijen voorts verdeeld houdt, is de vraag of de dochter van verzoekster - indien zij als haar vertegenwoordiger wordt aangewezen - de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op een verantwoorde wijze kan uitvoeren. De zorgverzekeraar vindt van niet, omdat de dochter van verzoekster tijdens twee gesprekken met hem diverse vragen over het beheren van het PGB vv niet dan wel foutief heeft beantwoord, terwijl het om gebruikelijke onderwerpen ging en daarnaast het PGB vv oneigenlijk zal worden aangewend. Verzoekster heeft bestreden dat haar dochter het PGB vv niet zou kunnen beheren. De dochter van verzoekster heeft ook diverse vragen goed beantwoord, kan datgene wat zij niet weet ten aanzien van het beheer nog leren, en kan de hulp inschakelen van een ervaren derde, te weten de kennis van verzoekster. Bovendien is volgens verzoekster het PGB vv bedoeld voor het inkopen van zorg waaronder volgens haar ook farmaceutische zorg valt. De commissie overweegt ten aanzien hiervan het volgende.
- 9.5. Het PGB vv is blijkens artikel 13 van de zorgverzekering uitsluitend bedoeld voor vergoeding van verpleging en/of verzorging. Dit blijkt ook uit het door verzoekster samen met haar dochter ingevulde 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging', waarop de

geïndiceerde uren voor Persoonlijke Verzorging dan wel Verpleging zijn vermeld. Verzoekster wordt geacht met de voorwaarden van de zorgverzekering bekend te zijn. Aangezien verzoekster van voornoemde voorwaarde kennelijk niet op de hoogte is en zij het PGB vv aanwendt voor het betalen van andere zorg dan de bij haar geïndiceerde Persoonlijke Verzorging, concludeert de commissie dat verzoekster en haar dochter alleen of tezamen niet in staat zijn tot een verantwoord beheer. Verzoekster voldoet daarom niet aan de voorwaarde in artikel 3, derde lid, van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging' (2017) van de zorgverzekeraar, zodat geen aanspraak bestaat op een PGB vv. Aangezien het verzoek tot toekenning van een PGB vv, gelet op de verzekeringsvoorwaarden, terecht is afgewezen, laat de commissie de bespreking van de andere door de zorgverzekeraar aangevoerde afwijsggrond, te weten het feit dat verzoekster als wanbetaler is aangemeld bij het CAK, rusten.

### Schending informatieplicht

- 9.6. De commissie begrijpt de meer subsidiaire stelling van verzoekster aldus dat de zorgverzekeraar zijn informatieplicht heeft geschonden waardoor zij schade heeft geleden. Deze schade kan de zorgverzekeraar vergoeden door haar met terugwerkende kracht tot 1 november 2016 een PGB vv toe te kennen. De zorgverzekeraar heeft het bestaan van de door verzoekster gestelde informatieplicht bestreden. De commissie overweegt ten aanzien hiervan dat in artikel 10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging' (2017) van de zorgverzekeraar is opgenomen dat een wettelijk vertegenwoordiger, in het geval van een meerderjarige, door de rechter wordt aangesteld. Verzoekster wordt geacht bekend te zijn met het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging' (2017) van de zorgverzekeraar, dat deel uitmaakt van de voorwaarden van de zorgverzekering. Indien het verzoekster niet duidelijk was dat een wettelijk vertegenwoordiger door de rechter moet worden aangesteld, had het op haar weg gelegen hiernaar navraag te doen. Dit heeft zij echter nagelaten. De stelling van verzoekster slaagt daarom niet.

De commissie tekent hierbij nog aan dat de gestelde schade haar niet duidelijk is. Naar aanleiding van de afwijzing voor het PGB vv had verzoekster immers kunnen kiezen voor zorg in natura. In dit verband dient de zorgbehoefte leidend te zijn, en niet de wens het PGB vv te kunnen inzetten voor het betalen van andere kosten dan die van verpleging en verzorging - zoals die van farmaceutische zorg - of het voorzien in inkomen.

- 9.7. Hetgeen verzoekster overigens heeft aangevoerd, onder meer dat de zorgverzekeraar tot afwijzing van de aanvraag heeft besloten in strijd met de algemene beginselen van behoorlijk bestuur, kan niet leiden tot een andere uitkomst, waarbij de commissie nog aantekent dat het toetsingskader van de zorgverzekering privaatrechtelijk, en niet bestuursrechtelijk is.

### IVBPR

- 9.8. Artikel 4 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging' (2017) van de zorgverzekeraar is - in tegenstelling tot hetgeen verzoekster denkt - geen wettelijk voorschrift, maar een tussen partijen overeengekomen verzekeringsvoorwaarde in een privaatrechtelijke rechtsverhouding. De Rzv, waarin de door verzoekster bestreden beperking ten aanzien van de persoon van de vertegenwoordiger inzake een PGB vv is neergelegd, is dat daarentegen wel. Uit artikel 2.15c, derde lid, in samenhang met artikel 2.15c, tweede lid, onderdeel d, Bzv volgt dat het de zorgverzekeraar niet is toegestaan in zijn verzekeringsvoorwaarden andere weigeringsgronden voor het PGB vv ten aanzien van de persoon van de vertegenwoordiger van betrokkene op te nemen dan die in de Rzv zijn vermeld zodat, indien in artikel 2.29c, onderdeel b, Rzv een ongerechtvaardigd onderscheid wordt gemaakt, dit artikel op grond van de artikelen 93 en 94 van de Grondwet buiten toepassing moet blijven en de zorgverzekeraar dientengevolge de beperking die hierin is neergelegd, gelet op de genoemde bepalingen uit het Bzv, niet langer in zijn verzekeringsvoorwaarden mag hanteren. Om die reden zal de commissie beoordelen of artikel 2.29c, onderdeel b, Rzv buiten toepassing moet blijven wegens strijd met het verbod van discriminatie, zoals opgenomen in artikel 26 IVBPR.

- 9.9. Het discriminatieverbod, zoals neergelegd in artikel 26 IVBPR, brengt niet met zich dat ieder onderscheid dat de wetgever maakt verboden is; een onderscheid dat berust op redelijke en objectieve criteria vormt geen verboden discriminatie (zie HR, 12 mei 1999, ECLI:HR:1999:AA2756). Hierbij verdient opmerking dat de wetgever op het terrein van de sociale zekerheid, waaronder het sociale ziektekostenverzekeringsstelsel, een ruime beoordelingsvrijheid toekomt bij het beantwoorden van de vraag of gevallen als gelijk moeten worden beschouwd en, in het bevestigende geval, of een objectieve en redelijke rechtvaardiging bestaat om die gevallen niettemin in verschillende zin te regelen (zie HR, 25 september 2009, ECLI:NL:HR:2009:BH2580). In de wetsgeschiedenis is, voor zover hier van belang, over het onderscheid het volgende vermeld: *“Verder is voor de doelgroep expliciet afgesproken dat de verzekerde zelf, of zijn wettelijk vertegenwoordiger, in staat moet zijn de verantwoordelijkheden die bij het Zvw-pgb horen uit te voeren én in staat moet zijn te zorgen voor verantwoorde zorg. Daarvoor is gekozen in lijn met alle andere domeinen. De reden daarvoor is dat het instrument is bedoeld voor eigen regie, terwijl het in de praktijk ook vaak terecht kwam bij personen die gezien hun problematiek die eigen regie helemaal niet konden voeren en daarbij kwetsbaar waren voor misbruik van het instrument door derden. In de tussen partijen gemaakte afspraken is om die reden uitgegaan van een wettelijk vertegenwoordiger, bijvoorbeeld een ouder of een curator. Daarmee is beoogd om bijvoorbeeld bemiddelingsbureaus die budgethouders louter op grond van een schriftelijke machtiging vertegenwoordigen niet als vertegenwoordigers toe te staan. Deze en andere constructies waarmee op dit moment fraude kan worden gepleegd, worden zo tegengegaan.”* (Kamerstukken II, 2014/15, 34233, 3 (MvT) en *“Van belang is dat deze vertegenwoordiger in staat is de belangen van de verzekerde te beschermen en de noodzakelijke hulp bij de uitvoering van het Zvw-pgb te waarborgen. Om te voorkomen dat misbruik wordt gemaakt van kwetsbare verzekerden, wordt de kring van vertegenwoordigers met deze bepaling ingeperkt.”* (de toelichting bij de ‘Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 6 december 2016, kenmerk 1053561-158641-Z, houdende wijziging van het Regeling zorgverzekering in verband met het Zvw-pgb’) en *“Ten aanzien van onderdeel d is van belang dat tijdens de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel aan de orde is geweest wie als vertegenwoordiger van de verzekerde mag optreden. Dit is in ieder geval de wettelijk vertegenwoordiger. Daarbij is aangekondigd dat in overleg met ZN en Per Saldo bezien wordt of uitbreiding van de vertegenwoordigers op verantwoorde wijze mogelijk is. Wie tot de kring van vertegenwoordigers kan behoren, kan bij ministeriële regeling worden bepaald.”* (Nota van Toelichting bij het ‘Besluit van 29 november 2016, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zvw-pgb’).
- De commissie is gelet op het voorgaande, waaruit blijkt dat de wetgever bewust ervoor heeft gekozen de kring van vertegenwoordigers inzake het PGB vv te beperken in verband met de bescherming van de verzekerde en het tegengaan van fraude, van oordeel dat de wetgever binnen zijn ruime beoordelingsvrijheid is gebleven. Om die reden is artikel 2.29c, onderdeel b, Rzv niet in strijd met artikel 26 IVBPR. De uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 6 december 2016 waarnaar verzoekster heeft verwezen, kan niet leiden tot een ander oordeel, aangezien daarin een ander wettelijk voorschrift is beoordeeld.

### **Proceskostenvergoeding**

- 9.10. Verzoekster heeft tevens aanspraak gemaakt op vergoeding van de door haar gemaakte proceskosten op grond van het Besluit proceskosten bestuursrecht. Omdat het verzoek tot toekenning van een PGB vv wordt afgewezen, bestaat geen grond voor toewijzing van de gevorderde proceskosten nog daargelaten dat genoemd besluit in het kader van de onderhavige procedure niet kan worden toegepast.

### **Conclusie**

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



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 23 mei 2018,



H.A.J. Kroon

