



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V.
beide te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB),
zelfstandig beheer
Zaaknummer : 201800510
Zittingsdatum : 10 oktober 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
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 grond van de verzekering Menzis Basis (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 GarantVerzorgd 3 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 GarantTandVerzorgd 250 is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft op 5 december 2017 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor verlenging van het Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 8 januari 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de betreffende aanvraag is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 8 februari 2018 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 28 mei 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar alsnog een PGB vv 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 27 juli 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 29 augustus 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 3 september 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 september 2018 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. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 oktober 2018 gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft op 5 december 2017 bij de ziektekostenverzekeraar een PGB vv aangevraagd op basis van negen uren en vijfenvijftig minuten Persoonlijke Verzorging en zeven uren Verpleging per week. Op het aanvraagformulier is de dochter van verzoekster vermeld als haar vertegenwoordiger. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen, omdat verzoekster niet in staat zou zijn samen met haar vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden op een verantwoorde wijze uit te voeren. De ziektekostenverzekeraar is echter op onjuiste gronden tot deze conclusie gekomen.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de aanvraag is afgewezen, omdat (i) verzoekster niet in staat is de administratie over de maanden maart tot en met juni 2017 over te leggen, (ii) er structureel meer uren worden gedeclareerd dan zijn geïndiceerd, (iii) gedurende de vakantie van verzoekster zorg is gedeclareerd, (iv) zorg is gedeclareerd voor activiteiten die niet onder de Zvw vallen en (v) de vertegenwoordiger van verzoekster niet op de hoogte is van het zorgplan en niet weet welke zorg mag worden gedeclareerd. Verzoekster is echter in staat de administratie over te leggen en is bereid dit alsnog te doen (i). Ook worden er niet structureel meer uren gedeclareerd dan zijn geïndiceerd. Verzoekster heeft een wisselende behoefte aan zorg, waardoor de declaraties per maand kunnen verschillen. Er wordt echter per saldo niet meer gedeclareerd dan het budget dat is toegekend (ii). Verder voert verzoekster aan dat zij niet met vakantie is geweest en dat dit berust op een misverstand en miscommunicatie (iii). Ook is er geen zorg gedeclareerd voor activiteiten die niet onder de Zvw vallen (iv). Deze laatste twee punten worden onderschreven door de zorgverlener van verzoekster. Tevens ontkent de vertegenwoordiger van verzoekster dat zij niet op de hoogte zou zijn van het zorgplan of dat zij niet zou weten welke zorg mag worden gedeclareerd (v).
- 4.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verzocht te onderbouwen welke gedeclareerde uren niet overeenkomen met de gestelde indicatie, als ook hoe hij tot de conclusie is gekomen dat structureel meer wordt gedeclareerd dan is geïndiceerd. De ziektekostenverzekeraar heeft

op dit verzoek niet gereageerd. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar nagelaten toe te lichten aan welke eisen de vertegenwoordiger van verzoekster moet voldoen en aan welke van die eisen volgens hem niet is voldaan.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat meerdere keren contact is gelegd met de vertegenwoordiger van verzoekster om de eerder genoemde constatering te bespreken. De vertegenwoordiger ontkent dat deze contacten hebben plaatsgevonden. Overigens herkent de vertegenwoordiger van verzoekster zich niet in de weergave van de telefoongesprekken die wél hebben plaatsgevonden.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat haar vertegenwoordiger, voorafgaand aan het 'bewust keuze gesprek' op 19 december 2017, telefonisch contact heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar. Bij die gelegenheid heeft de ziektekostenverzekeraar aan haar medegedeeld dat zij niet bij het betreffende gesprek aanwezig hoefde te zijn en enkel een tolk moest worden geregeld. Dit is vervolgens ook gebeurd. Daarnaast heeft verzoekster aangevoerd dat haar vertegenwoordiger tevens het PGB vv beheerd van haar vader en dat het vreemd zou zijn dat wordt geoordeeld dat zij in deze situatie niet wordt geaccepteerd als vertegenwoordiger, maar in de andere situatie wél.
- 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. Op grond van artikel 3.1, sub b, van het Verzekeringsreglement 2017 wordt de aanvraag voor een PGB vv afgewezen, indien blijkt dat een verzekerde niet in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op een verantwoorde wijze uit te voeren. Op grond van artikel 4, sub c, van het Verzekeringsreglement 2017 wordt een aanvraag voor een PGB vv eveneens geweigerd als bij een eerdere verstrekking van een PGB vv is gebleken dat een verzekerde niet op eigen kracht of met behulp van een vertegenwoordiger de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze kan uitvoeren.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 februari 2017 een (eerste) aanvraag van verzoekster ontvangen voor een PGB vv. Naar aanleiding van deze aanvraag heeft de ziektekostenverzekeraar op 8 maart 2017 een huisbezoek afgelegd bij verzoekster. Uit de verslaglegging van dit huisbezoek blijkt dat verzoekster, als budgethouder, niet op de hoogte was van de inhoud van de administratie en ontstond het vermoeden dat verzoekster niet in staat was het PGB vv zelfstandig te beheren. In de aanvraag was echter noch een vertegenwoordiger genoemd, noch was deze aanwezig tijdens het huisbezoek. Bij het huisbezoek is tevens de administratie over het jaar 2016 gecontroleerd. Naar aanleiding van deze controle is met verzoekster afgesproken dat zij een aantal betaalbewijzen zou nasturen. Bij brief van 21 maart 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar besloten de aanvraag van 7 februari 2017 af te wijzen, omdat niet was gebleken dat verzoekster het PGB vv zelfstandig kon beheren, er geen vertegenwoordiger was aangewezen, en verzoekster de gevraagde betaalbewijzen niet had nagezonden.
- 5.3. Op 27 maart 2017 heeft verzoekster een nieuwe aanvraag voor een PGB vv ingediend. In deze aanvraag is een vertegenwoordiger genoemd. De ziektekostenverzekeraar heeft de vertegenwoordiger gevraagd hem alsnog de betaalbewijzen over het jaar 2016 toe te zenden. Op 7 april 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact gehad met de vertegenwoordiger. Tijdens dit gesprek is duidelijk geworden dat destijds contante betalingen hebben plaatsgevonden en dat hiervan derhalve geen betaalbewijzen aanwezig zijn. Dit is later schriftelijk door de zorgverlener bevestigd. De ziektekostenverzekeraar heeft de vertegenwoordiger erop gewezen dat contante betalingen niet zijn toegestaan. Bij brief van 12 april 2017 is dit ook aan verzoekster medegedeeld. Daarbij is opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar ervan uitgaat dat sprake is van een incident en dit in de toekomst niet meer zal voorkomen.

De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 juni 2017 aan verzoekster een PGB vv toegekend voor de periode van 27 maart 2017 tot en met 31 december 2017 op basis van zeven uren en vijfenvijftig minuten Persoonlijke Verzorging per week en zeven uren Verpleging per week.

5.4. Op 27 juli 2017 vond een overleg plaats tussen de ziektekostenverzekeraar en verzoekster. De vertegenwoordiger van verzoekster was bij dit overleg niet aanwezig. Tijdens het overleg is verzoekster erop gewezen dat meer uren zijn gedeclareerd dan waarvoor zij een indicatie heeft. Verzoekster is erop gewezen dat zij de uren goed moet controleren. Tevens is afgesproken dat de ziektekostenverzekeraar een en ander nog met de vertegenwoordiger van verzoekster zou bespreken.

5.5. Op 5 december 2017 heeft verzoekster een aanvraag ingediend voor verlenging van het eerder verstrekte PGB vv. Op 19 december 2017 heeft een huisbezoek bij verzoekster plaatsgevonden. De vertegenwoordiger van verzoekster heeft na vijftien minuten het overleg verlaten. Tijdens het bezoek zijn foto's gemaakt van de rapportageformulieren van de zorgverlener. Hierop zijn diverse opmerkelijke aantekeningen door de zorgverlener gemaakt:

"(...)
- 25 juli: apotheek gebeld
- 2 augustus: mevrouw gaat op vakantie
- 15 augustus: mee naar neuroloog
- 16 augustus: mevrouw heeft mooie vakantie gehad
- 22 augustus: internist gebeld en afspraak gemaakt
- 30 augustus: huisarts gebeld
- 5 september: afspraak gemaakt bij fysiotherapeut
- 1 oktober: gewandeld
- 2 tot en met 6 november: alleen bloedsuiker geprikt (...)"

De ziektekostenverzekeraar merkt op dat veel van de genoemde activiteiten begeleiding betreffen. Dit is geen zorg die op grond van de Zvw wordt vergoed. Gelet op het aantal uren dat is opgevoerd bestaat bij de ziektekostenverzekeraar de indruk dat deze zorg wel is gedeclareerd.

De ziektekostenverzekeraar heeft daarnaast een overzicht overgelegd van het aantal geïndiceerde uren, het aantal gedeclareerde uren en de onderliggende nota's waarop de declaraties betrekking hebben. Hieruit volgt dat verzoekster ten onrechte meer uren declareert dan waarvoor zij een indicatie heeft. Uit het overzicht blijkt verder dat ten onrechte uren zijn gedeclareerd in de periode dat verzoekster op vakantie was.

Tevens valt het de ziektekostenverzekeraar op dat op 1 april 2017 een zorgovereenkomst is gesloten voor negen uren en vijfenvijftig minuten Persoonlijke Verzorging per week. Dit is meer dan het aantal uren dat is toegekend.

5.6. In verband met het vroege vertrek van de vertegenwoordiger van verzoekster tijdens het huisbezoek op 19 december 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar hierna telefonisch contact met haar opgenomen om de voornoemde bevindingen te bespreken. Tijdens het gesprek is door de vertegenwoordiger naar voren gebracht dat de tijd die de zorgverlener werkelijk bij verzoekster is, wordt gedeclareerd. De declaraties worden niet gecontroleerd aan de hand van wat de zorgverlener heeft gedaan en hetgeen in het zorgplan is opgenomen. Tijdens het gesprek is ook duidelijk geworden dat de vertegenwoordiger niet begreep dat niet alle verleende zorg mag worden gedeclareerd, met name omdat een deel van de zorg niet onder de Zvw valt, dan wel omdat hiervoor geen indicatie bestaat. Ook was haar het verschil tussen zorg die onder Persoonlijke Verzorging valt en zorg die onder Verpleging valt niet duidelijk.

5.7. Gelet op het voorgaande is verzoekster, ook met behulp van een vertegenwoordiger, onvoldoende in staat de taken en verplichtingen die verbonden zijn aan het PGB vv uit te voeren. Dit blijkt in het bijzonder uit het gegeven dat (i) in het verleden contante betalingen zijn gedaan, (ii) de vertegenwoordiger niet of niet volledig bij gesprekken aanwezig was, (iii) meer zorg wordt gedeclareerd dan is geïndiceerd, (iv) zorg wordt ingekocht die niet onder de Zvw valt, (v) zorg is gedeclareerd in de periode dat verzoekster op vakantie was en (vi) de vertegenwoordiger niet begrijpt welke zorg wel of niet mag worden gedeclareerd op grond van de Zvw. De aanvraag van 5 december 2017 is om deze redenen afgewezen.

5.8. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald. Daarnaast betwist de ziektekostenverzekeraar dat aan de vertegenwoordiger van de ziektekostenverzekeraar is gezegd dat zij niet aanwezig hoefde te zijn bij de gevoerde 'bewust keuze gesprekken'. Zij is juist de aangewezen persoon om aanwezig te zijn, omdat vast staat dat verzoekster niet in staat is het PGB vv zelfstandig te beheren.

5.9. 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 algemene voorwaarden van de zorgverzekering en 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 alsnog een PGB vv toe te kennen conform de aanvraag van 5 december 2017, 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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld op pagina's 5 tot en met 54 van de zorgverzekering.

8.3. Op pagina 50 e.v. van de zorgverzekering staat wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat. De betreffende passage luidt, voor zover hier van belang:

"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 menzis.nl vinden. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40. (...)"

- 8.4. Paragraaf 5 van het Verzekeringsreglement bij de Basisverzekering 2017 bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op een PGB vv. In artikel 3 staan de toekenningsvoorwaarden. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

3.1 U ontvangt een Pgb als uit uw aanvraagformulier en het bewuste-keuzegesprek blijkt dat u behoort tot de doelgroep zoals omschreven in artikel 2 en u voldoet aan alle navolgende voorwaarden, tenzij zich een weigeringsgrond voordoet:

(...)

b. u bent naar het oordeel van Menzis in staat op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren (...)"

- 8.5. In artikel 4 van voornoemd reglement staan de weigeringsgronden voor een PGB vv. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"U ontvangt géén Pgb als zich één van de volgende weigeringsgronden voordoet:

(...)

c. u bent bij de eerdere verstrekking van een Pgb niet in staat gebleken om op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger de aan het Pgb verbonden taken en verplichtingen uit te voeren (...)"

- 8.6. De passage uit de zorgverzekering en de artikelen 3 en 4 van het Verzekeringsreglement bij de Basisverzekering 2017 zijn volgens artikel A1 van de algemene voorwaarden 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 is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv. Het PGB vv is geregeld in artikel 13a Zvw en nader uitgewerkt in de artikelen 2.29a tot en met 2.29c Rzv.

- 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 verzoekster een indicatie heeft voor zeven uren en vijfenvijftig minuten Persoonlijke Verzorging en zeven uren Verpleging per week. Dit betekent dat zij in ieder geval aanspraak heeft op de betreffende zorg in natura. Verzoekster wenst de zorg echter zelf in te kopen en heeft om die reden op 5 december 2017 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een PGB vv. Deze aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar afgewezen op grond van de artikelen 3.1, sub b ,en 4, sub c, van het Verzekeringsreglement 2017. Uit deze artikelen volgt dat een PGB vv kan worden afgewezen als blijkt dat een verzekerde niet in staat is (gebleken) de taken en verplichtingen uit te voeren die behoren tot een PGB vv, al dan niet met behulp van een vertegenwoordiger. Het geschil spitst zich toe op de vraag of de ziektekostenverzekeraar de aanvraag op deze grond(en) mocht afwijzen.
- 9.2. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar tijdens zogenoemde 'bewust keuze gesprekken' onder andere vaststelt of een verzekerde, al dan niet met behulp van een vertegenwoordiger, in staat is het PGB vv op verantwoorde wijze te beheren. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster niet in staat is het PGB vv zelfstandig te beheren en dat deze verantwoordelijkheid derhalve rust op de door haar aangewezen vertegenwoordiger. Verder overweegt de commissie dat naar aanleiding van de onderhavige aanvraag op 19 december 2017 een 'bewust keuze gesprek' heeft plaatsgevonden bij verzoekster thuis. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd, en door verzoekster niet betwist, dat de vertegenwoordiger van verzoekster het gesprek reeds na vijftien minuten heeft verlaten. Tevens heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de vertegenwoordiger van verzoekster ook bij een eerder gesprek, te weten op 27 juli 2017, niet aanwezig was. De commissie overweegt dat het beheren van een PGB vv zwaarwegende verantwoordelijkheden met zich brengt. Uit het dossier blijkt dat eerder sprake was van diverse onregelmatigheden. Deze behoeven in dit verband geen bespreking. De ziektekostenverzekeraar heeft immers verzoekster het voordeel van de twijfel gegeven en haar op 15 juni 2017 een PGB vv toegekend voor de periode van 27 maart 2017 tot en met 31 december 2017. Ook na 15 juni 2017 is echter sprake geweest van handelen in strijd met de voorwaarden en dit vormde onderwerp van gesprek op 27 juli 2017 en 19 december 2017. Van de vertegenwoordiger van verzoekster mag ten minste worden verwacht dat zij aanwezig is bij de 'bewust keuze gesprekken', zeker gezien de voorgeschiedenis en de opnieuw geconstateerde onregelmatigheden. Het gegeven dat de vertegenwoordiger van verzoekster hierbij niet, of slechts deels aanwezig is geweest, vormt naar het oordeel van de commissie reeds voldoende grond de onderhavige aanvraag voor een PGB vv af te wijzen.
- 9.3. Hetgeen overigens is aangevoerd door verzoekster, met name betreffende de toegevoegde waarde van een PGB vv in haar specifieke situatie, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.4. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor het gevraagde. Het verzoek kan derhalve niet op grond van deze verzekering worden toegewezen.



Conclusie

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



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 oktober 2018,



L. Ritzema

