



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, vertegenwoordigd door Turien en Co. Assuradeuren B.V. te Alkmaar

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie, ingangsdatum

Zaaknummer : 201700893

Zittingsdatum : 7 maart 2018

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

(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: verzoeker, vertegenwoordigd door C te D,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door Turien en Co. Assuradeuren B.V. te Alkmaar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering Natura (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 IZA Cura Zuid-Limburg 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.
De eveneens bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering Eigen Risico 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 20 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat hij de aanvraag niet in behandeling neemt.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 12 april 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 13 oktober 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan hem met terugwerkende kracht tot 13 november 2015 een PGB vv toe te kennen voor vijf uren en vijftig minuten Persoonlijke Verzorging per week, alsmede voor recht te verklaren dat de ziektekostenverzekeraar onjuist heeft gehandeld door de behandeling van de aanvraag te staken (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 januari 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 januari 2018 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 februari 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 februari 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 7 maart 2018 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

- 4.1. Verzoeker wordt door een inoperabele rughernia al jaren flink beperkt in zijn bewegingsvrijheid. De pijn die de rughernia veroorzaakt, onderdrukt hij met morfinepreparaten. Verzoeker heeft, gelet op zijn medische situatie, verzorging nodig en deze zorg wil hij graag ontvangen van zijn echtgenote. In dit verband is bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingediend. Hierop is door de indicierend wijkverpleegkundige een indicatie vermeld voor Persoonlijke Verzorging van vijf uren en vijftig minuten per week met als ingangsdatum 13 november 2015. Verzoeker is het niet eens met de hoogte van het aantal uren en met de ingangsdatum van de indicatie, hetgeen hij kenbaar heeft gemaakt op voornoemd aanvraagformulier met de vermelding "*niet akkoord met uren + datum*".
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 april 2017 medegedeeld dat hij de aanvraag van verzoeker niet verder in behandeling neemt. Verzoeker beschouwt de betreffende brief als een formele afwijzing van zijn aanvraag, waartoe de ziektekostenverzekeraar niet had mogen besluiten. Uit de brief blijkt namelijk dat de aanvraag "*in een vergevorderd stadium was*", zodat de aanvraag nog slechts kon worden afgewezen op de gronden die zijn opgenomen in artikel 4.7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar. Geen van deze gronden is in de onderhavige situatie aan de orde. Verzoeker merkt op dat bezwaar van een aanvrager van een PGB vv tegen de door de indicierend wijkverpleegkundige gestelde indicatie, gelet op genoemd reglement, geen afwijgrond vormt.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker tijdens het zogenoemde 'bewust keuze gesprek' de aanvraag voor het PGB vv heeft ingetrokken. Verzoeker bestrijdt dit uitdrukkelijk. Ook is het niet aannemelijk dat hij zijn - complete en correct ingediende - aanvraag voor een PGB vv heeft ingetrokken. Hiermee zou verzoeker immers hebben afgezien van "*elke vorm van zorg*". Gelet op zijn medische situatie is dit niet logisch en daarom had de ziektekostenverzekeraar van een intrekking van het verzoek niet mogen uitgaan. Ook zou verzoeker niet hebben meegewerkt aan het 'bewust keuze gesprek' indien hij zijn aanvraag wilde intrekken.
- 4.4. Doordat de ziektekostenverzekeraar de behandeling van de aanvraag heeft gestaakt, is verzoeker volledige zorg onthouden. De ziektekostenverzekeraar had verzoeker op basis van de aan de orde zijnde afhankelijkheidsrelatie moeten informeren dat laatstgenoemde door het staken van

de behandeling van de aanvraag geen enkele zorg meer zou ontvangen. Dit is niet gebeurd en daarmee heeft hij onjuist gehandeld. Verzoeker is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar het niet verder in behandeling nemen van zijn aanvraag heeft ingezet als drukmiddel, zodat eerstgenoemde alsnog akkoord zou gaan met de door de indicierend wijkverpleegkundige gestelde indicatie. Dit is een schoolvoorbeeld van '*détournement de procedure*' en '*détournement de pouvoir*'.

4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat hij met de genoemde vermelding op het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' niet heeft afgezien van de indicatie voor vijf uren en vijftig minuten Persoonlijke Verzorging per week. Zijn bezwaar zag immers niet op deze indicatie, maar op het meerdere, te weten de zes uren en tien minuten Persoonlijke Verzorging die niet geïndiceerd waren en volgens hem wel geïndiceerd hadden moeten zijn.

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. De ziektekostenverzekeraar heeft ten behoeve van verzoeker op 14 maart 2016 het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ontvangen, waarop door de indicierend wijkverpleegkundige een indicatie voor Persoonlijke Verzorging van vijf uren en vijftig minuten is vermeld. Uit voornoemd aanvraagformulier blijkt dat verzoeker het niet eens is met het aantal uren Persoonlijke Verzorging dat bij hem is geïndiceerd en met de ingangsdatum van de indicatie. Voorts heeft hij op het budgetplan twaalf uren Persoonlijke Verzorging vermeld. Op 20 april 2016 is over voornoemd aanvraagformulier telefonisch contact geweest tussen partijen, waarbij in samenspraak is besloten dat de aanvraag van verzoeker voor een PGB vv niet verder in behandeling wordt genomen. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de aanvraag niet is afgewezen.

5.2. In artikel 4.1 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van de ziektekostenverzekeraar is opgenomen dat de indicierend wijkverpleegkundige en betrokkene het "*verpleegkundige én verzekerde deel 1*" in elkaars aanwezigheid voor akkoord moeten ondertekenen. Aangezien verzoeker op het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' "*niet akkoord met uren + datum*" heeft vermeld, is aan deze voorwaarde niet voldaan. De ziektekostenverzekeraar mocht daarom besluiten de behandeling van de onderhavige aanvraag te staken.

5.3. De ziektekostenverzekeraar meent dat hij door zijn beslissing de aanvraag niet verder te behandelen aan verzoeker geen zorg heeft onthouden. Verzoeker is bij brief van 20 april 2016 medegedeeld dat de geïndiceerde zorg kon worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder. Voorts is hij geïnformeerd over de mogelijkheid van het laten stellen van een nieuwe indicatie door een andere wijkverpleegkundige en het indienen van een nieuwe aanvraag voor een PGB vv.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) niet de mogelijkheid kent van het maken van een voorbehoud door betrokkene voor een hogere indicatie voor verpleging en/of verzorging. Aanvullend hierop heeft hij gesteld dat in voornoemd reglement strenge zorginhoudelijke voorwaarden voor toekenning van een PGB vv zijn opgenomen, zodat het, indien de onderhavige aanvraag voor een PGB vv al door de ziektekostenverzekeraar in behandeling zou zijn genomen, nog maar de vraag is of verzoeker aan voornoemde voorwaarden voldeed.

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 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 onjuist heeft gehandeld door de behandeling van de aanvraag te staken en of hij gehouden is met terugwerkende kracht tot 13 november 2015 aan verzoeker een PGB vv toe te kennen voor vijf uren en vijftig minuten uren Persoonlijke Verzorging per week, 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 in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

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

“Omschrijving

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

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er). Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

(...)

Bijzonderheden

1. De indicatie voor de verpleging en verzorging wordt gesteld door de verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland.

(...)”

8.4. Artikel 4 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

“Aanvraag, toekennen en beëindigen pgb verpleging en verzorging

4.1 De aanvraag van een pgb verpleging en verzorging vindt plaats door indiening van het pgb-aanvraagformulier. Dit pgb-aanvraagformulier bestaat uit drie delen: (I) het verpleegkundig deel, (II) het verzekerden deel en (III) het budgetplan. Het verpleegkundig deel (I) moet u laten invullen door de verpleegkundige die de indicatie stelt, waarna u beiden in elkaars aanwezigheid voor akkoord ondertekent. Het verzekerden deel (II) en het budgetplan (III) wordt door u zelf volledig ingevuld en ondertekend. (...)

4.2 In deel I van het aanvraagformulier (verpleegkundig deel) vat de verpleegkundige de indicatiestelling samen. De verpleegkundige legt de indicatie van uw zorgbehoefte vast. Het gaat hier om de aard, omvang en duur van de beoogde zorg.

4.3 In deel III van het aanvraagformulier (budgetplan) geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan – met toepassing van de criteria onder artikel 3 – van welke zorgaanbieder(s) u gebruik wilt gaan maken.

4.4 Als uw pgb-aanvraagformulier niet volledig is ingevuld en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, dan nemen wij uw aanvraag niet in behandeling.
(...)

4.6 Wij beoordelen uw pgb verpleging en verzorging aanvraag op basis van het volledig ingevulde aanvraagformulier. Eventueel kunt u worden uitgenodigd voor een “bewust keuze gesprek”. U kunt dan in een persoonlijk gesprek uw pgb verpleging en verzorging aanvraag toelichten en wij kunnen u informeren wat de keuze voor een pgb voor u betekent. Vervolgens nemen wij een beslissing. Bij de beslissing wordt u schriftelijk of per mail geïnformeerd over het toekennen of afwijzen van het pgb verpleging en verzorging. Bij toekenning wordt het pgb verpleging en verzorging vastgesteld op basis van de volledige set aan gegevens van het pgb aanvraagformulier. Op ons besluit is de klachten- en geschillenregeling van de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing. Tijdens de behandeling van uw klacht houdt u recht op aanspraak.

4.7 U krijgt geen pgb verpleging en verzorging als u:

- tegelijkertijd verpleging en verzorging ontvangt van een zorgaanbieder die een contract heeft gesloten met ons voor deze zorg;

- een pgb verpleging en verzorging aanvraagt voor zorg waarvoor al een pgb verpleging en verzorging is toegekend;

- niet behoort tot de doelgroep, zoals beschreven in artikel 2;

- niet voldoet aan de specifieke criteria, zoals genoemd in artikel 3;

- onvoldoende aannemelijk kunt maken dat het pgb verpleging en verzorging zal voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit;

- geen medewerking (meer) verleent aan een “Bewust keuze gesprek” dat door ons wordt georganiseerd;

- binnen een periode van vijf jaar, gelegen onmiddellijk voorafgaande aan het verzoek tot het toekennen van het Zvw-rgb, als verzekerde betrokken was bij een wegens opzettelijke misleiding door de verzekeringnemer opgezegde of ontbonden zorgverzekering;

- zich bij de verstrekking van het Zvw-rgb of pgb in de AWBZ in 2014 of eerdere jaren niet heeft gehouden aan de opgelegde verplichtingen.

(...)

4.10 Uw pgb verpleging en verzorging eindigt met ingang van de dag waarop:

a. uw indicatie voor verpleging en verzorging eindigt;

b. de periode waarvoor het pgb verpleging en verzorging is toegekend, afloopt;

(...)

4.11 Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt, is een nieuwe indicatiestelling door de verpleegkundige noodzakelijk. U moet dan een nieuwe indicatie aanvragen en een nieuwe pgb verpleging en verzorging aanvraag indienen. (...)

8.5. Artikel 5 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Vaststelling van de hoogte van het pgb verpleging en verzorging

5.1 Voor de vaststelling van de hoogte van uw pgb verpleging en verzorging gaan wij uit van de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.

(...)"

- 8.6. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 4 en 5 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' 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 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv. Het PGB vv was ten tijde van het geschil als zodanig 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, ten tijde van het geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.
- 9.2. Ten behoeve van verzoeker is het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging' bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De indicierend wijkverpleegkundige heeft bij verzoeker een indicatie gesteld van vijf uren en vijftig minuten Persoonlijke Verzorging per week met als ingangsdatum 13 november 2015. Met de hoogte van het geïndiceerde aantal uren Persoonlijke Verzorging en de ingangsdatum van de indicatie is verzoeker het niet eens. De ziektekostenverzekeraar heeft op enig moment besloten de aanvraag niet verder in behandeling te nemen.
- 9.3. Het is de commissie gebleken dat partijen de voorwaarden van de zorgverzekering van het jaar 2016 aanhalen. Aangezien de aanvraag van verzoeker voor een PGB vv dateert uit 2015 en ziet op dat jaar gaat de commissie voor de beoordeling van het verzoek uit van de voorwaarden van de zorgverzekering van het jaar 2015.

- 9.4. De eerste vraag die partijen verdeeld houdt, is hoe de beslissing van de ziektekostenverzekeraar de aanvraag van verzoeker niet verder in behandeling te nemen, moet worden geïnterpreteerd. In dit verband heeft verzoeker gesteld dat deze beslissing moet worden beschouwd als een afwijzing. De ziektekostenverzekeraar heeft dit betwist.
De commissie is van oordeel dat de beslissing de behandeling van een aanvraag voor een PGB vv te staken niet kan worden gelijkgesteld met een afwijzing van deze aanvraag, ook al omdat geen van de in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar genoemde afwijsredenen zich hier voordoet.
- 9.5. Ten aanzien van de beslissing van de ziektekostenverzekeraar de behandeling van de aanvraag te staken, overweegt de commissie als volgt. Volgens verzoeker was zijn bezwaar, zoals vermeld op het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging', niet gericht tegen de uren die de indicerend wijkverpleegkundige wél had geïndiceerd, maar tegen de zes uren en tien minuten Persoonlijke Verzorging per week die zij niet had geïndiceerd. De ziektekostenverzekeraar had volgens verzoeker daarom moeten beoordelen of hij aanspraak had op een PGB vv voor vijf uren en vijftig minuten Persoonlijke Verzorging per week. De ziektekostenverzekeraar heeft hier tegen ingebracht dat verzoeker het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging', gelet op zijn vermelding "*niet akkoord met uren + datum*", niet voor akkoord heeft ondertekend, zodat hij de verdere behandeling van de aanvraag mocht staken onderscheidenlijk dat verzoeker heeft ingestemd met het niet verder in behandeling nemen van de aanvraag. Verzoeker heeft een en ander bestreden.
- 9.6. Ingevolge de artikelen 4.1 en 4.4 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar is hij bevoegd een aanvraag voor een PGB vv niet in behandeling te nemen indien 'deel 1: verpleegkundig deel' niet voor akkoord is ondertekend door degene ten behoeve van wie een PGB vv wordt aangevraagd. Hiervan is in het onderhavige geval sprake, aangezien verzoeker op het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging' heeft vermeld "*niet akkoord met uren + datum*". De ziektekostenverzekeraar mocht derhalve besluiten de verdere behandeling van de aanvraag van verzoeker zonder de instemming van laatstgenoemde te staken.
De commissie merkt hierbij op dat verzoeker, gelet op op het feit dat hij had gewild dat de ziektekostenverzekeraar zijn aanvraag voor een PGB vv inhoudelijk zou beoordelen, kennelijk ervan uitgaat dat hij de hoogte van het PGB vv, nadat een indicatie is gesteld, nog kan wijzigen. Immers meent verzoeker dat hij aanspraak heeft op een PGB vv voor twaalf uren Persoonlijke Verzorging per week. Uit artikel 4.10 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' blijkt echter dat dit niet mogelijk is, aangezien een toegekend PGB vv geldt tot de datum waarop de indicatie voor verpleging en/of verzorging eindigt dan wel tot de einddatum van het toegekende PGB vv verstrijkt. Indien betrokkene het niet eens is met het geïndiceerde aantal uren of de door de indicerend wijkverpleegkundige bepaalde ingangsdatum, is het aan hem hierop actie te ondernemen en een nieuwe indicatie te vragen. De ziektekostenverzekeraar heeft met dit deel van het aanvraagtraject geen bemoeienis, aangezien hij de indicatiestelling (aantal uren en ingangsdatum) niet eigenmachtig kan wijzigen. Het is derhalve aan verzoeker hierin thans op korte termijn een keuze te maken, dat wil zeggen of de aanvraag in te trekken en een nieuwe indicatiestelling te laten plaatsvinden of de aanvraag te handhaven, maar dan wel conform de door de wijkverpleegkundige geïndiceerde uren en de ingangsdatum van 13 november 2015. Indien verzoeker binnen dertig dagen na dagtekening van dit bindend advies geen keuze heeft gemaakt, mag de ziektekostenverzekeraar ervan uitgaan dat de aanvraag is ingetrokken.
- 9.7. Verzoeker heeft voorts gesteld dat hij door de beslissing van ziektekostenverzekeraar geen enkele zorg meer kreeg en dat de ziektekostenverzekeraar hem hierover had moeten informeren. De commissie begrijpt deze stelling aldus dat verzoeker als gevolg van de beslissing van de ziektekostenverzekeraar geen Persoonlijke Verzorging meer heeft ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker gebruik kon maken van 'zorg in natura' en dat hij over die mogelijkheid is geïnformeerd.

- 9.8. In artikel 13 van de zorgverzekering is opgenomen dat aanspraak bestaat op verpleging en verzorging geleverd door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder in de periode waarin geen PGB vv is toegekend. Hieruit volgt dat verzoeker ten tijde van de onderhavige kwestie aanspraak had kunnen maken op de bij hem geïndiceerde Persoonlijk Verzorging (vijf uren en vijftig minuten per week) in natura. Naast het feit dat verzoeker wordt geacht bekend te zijn althans bekend had kunnen zijn met de verzekeringsvoorwaarden, heeft de ziektekostenverzekeraar hem uitdrukkelijk op deze mogelijkheid gewezen bij brief van 20 april 2016. Dat verzoeker van genoemde mogelijkheid om hem moverende reden geen gebruik heeft gemaakt, kan hij de ziektekostenverzekeraar derhalve niet tegenwerpen.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.9. De aanvullende ziektekostenverzekering kent geen mogelijkheid voor een PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 4 april 2018,

P.J.J. Vonk