



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, 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), ingangsdatum, terugwerkende kracht, indicatie

Zaaknummer : 201700803

Zittingsdatum : 24 januari 2018

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

---

1. Partijen

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

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 kwestie 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 Aanvullend Rotterdampakket 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 Eigen Risico is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar met terugwerkende kracht per 1 januari 2016 aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv). Bij meerdere contactmomenten heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat geen volledig ingevulde aanvraag was ontvangen waardoor de ingediende declaraties niet in behandeling konden worden genomen. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar bij de afrekeningspecificatie van 15 augustus 2016 aan verzoeker medegedeeld dat de declaraties ter zake van het PGB vv van januari tot en met juli 2016 zijn afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar op 25 december 2016 in het bezit gesteld van het aanvraagformulier voor een PGB vv. Bij brief van 26 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat geen PGB vv kan worden toegekend.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 10 september 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, met terugwerkende kracht per 1 januari 2016, 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 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 4 december 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 december 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 16 december 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 januari 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. Bij brief van 6 december 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 3 januari 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017055533) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat op basis van de beschikbare informatie niet kan worden vastgesteld dat sprake is van niet planbare zorg. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 5 januari 2018 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 januari 2018 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 26 januari 2018 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 31 januari 2018 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

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

- 4.1. In december 2015 heeft verzoeker een indicatie voor een PGB vv laten stellen door een verpleegkundige niveau 5. Vanwege een fout, waardoor teveel uren zouden worden toegekend, is de indicatie in januari 2016 door de verpleegkundige bijgesteld. Verzoeker heeft vervolgens het zorgplan, samen met de zorgovereenkomst, aan de ziektekostenverzekeraar gezonden. In de veronderstelling dat opnieuw een PGB vv zou worden toegekend, heeft verzoeker op 3 maart 2016 de declaraties voor de maanden januari en februari 2016 ingediend. In april en mei 2016 heeft verzoeker contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar omtrent de afhandeling van de ingediende declaraties en heeft hij tevens de declaraties voor de maanden maart en april 2016 ingestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop aan verzoeker medegedeeld dat de stukken niet zijn ontvangen. Verzoeker heeft vervolgens alle stukken - het zorgplan, de zorgovereenkomst en de declaraties - nogmaals aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 4.2. Op 15 augustus 2016 heeft verzoeker een afrekenspecificatie ontvangen, waaruit was op te maken dat de ingediende declaraties waren afgewezen met een voor verzoeker onduidelijke code. Na herhaaldelijk contact bleek dat de ziektekostenverzekeraar geen volledig en ingevuld aanvraagformulier voor een PGB vv had ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft begin 2016 het aanvraagformulier aangepast, terwijl verzoeker de indicatie in eerste instantie in december 2015 had laten stellen. Op het moment dat de verpleegkundige de indicatie stelde, waren de oude formulieren derhalve nog van toepassing. Aangezien een fout was gemaakt en verzoeker geen misbruik wilde maken van de zorg, heeft hij het formulier teruggestuurd naar de indicerende verpleegkundige, hetgeen leidde tot deze verwarring. Het voorliggende probleem is dus ontstaan doordat de ziektekostenverzekeraar tijdens de loop van het

aanvraagproces het betreffende formulier heeft gewijzigd, zonder daarover te communiceren met de verpleegkundigen of de verzekerden.

- 4.3. Verzoeker vindt het schandalig dat een en ander pas eind december 2016 boven tafel is gekomen en dat hij sindsdien steeds van het kastje naar de muur wordt gestuurd. Zo had de ziektekostenverzekeraar al veel eerder kunnen zien dat verzoeker een verouderd aanvraagformulier had gebruikt, aangezien deel 1 meerdere keren naar de ziektekostenverzekeraar is gestuurd. Verzoeker stelt dat alleen de ziektekostenverzekeraar kon overzien dat het dossier niet compleet was en daarover duidelijker had moeten communiceren.
- 4.4. Voor 2017 is verzoeker een PGB vv toegekend op basis van een aanvraag die identiek is aan die van 2016. Hieruit blijkt dat ondanks het wegvallen van het overgangsrecht wel degelijk argumenten bestonden voor toekenning een PGB vv voor het jaar 2016.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker dat de zorg voor hem niet planbaar is. Als hij 's nachts slecht heeft geslapen is hij niet in staat om vroeg in de ochtend te worden geholpen. De zorg dient te worden gegeven op afroep. Daarnaast is de toekenning van een PGB een wettelijk recht. De aanvraag hiervoor is zeer moeizaam verlopen. Telkens is door andere medewerkers naar het dossier gekeken. Pas veel later is aan verzoeker gemeld dat een oud formulier is gebruikt. Nadat het juiste formulier is gebruikt, werd gezegd dat de aanvraag te laat is ingediend.
- 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 op 12 november 2014 een machtiging voor een PGB vv afgegeven voor de periode van 1 januari 2015 tot en met 31 december 2015. Op deze machtiging is vermeld dat indien verlenging nodig is, deze tijdig en minimaal zes weken vóór de einddatum van het lopende PGB vv bij een wijkverpleegkundige dient te worden aangevraagd. Voorts is op de machtiging aangetekend dat de aanvraag met de indicatie uiterlijk vier weken vóór de einddatum van het PGB vv bij de ziektekostenverzekeraar moet zijn ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 16 oktober 2015 nader geïnformeerd over de wijze waarop een verlenging voor een PGB vv kan worden aangevraagd en hem erop geattendeerd dat het aanvraagformulier is te downloaden vanaf zijn website. De ziektekostenverzekeraar merkt hierbij op dat veel aanvragen voor een PGB vv zijn ontvangen waarbij verzekerden zonder problemen het gedownloade aanvraagformulier hebben gebruikt. Met laatstgenoemde brief heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker nogmaals geattendeerd op de noodzaak van een tijdige en volledige aanvraag.  
Naast de informatie in de brieven van 12 november 2014 en 16 oktober 2015, heeft de ziektekostenverzekeraar op 24 november 2015 een telefonische toelichting gegeven met betrekking tot de verlenging van het PGB vv. De ziektekostenverzekeraar stelt dan ook dat hij ruimschoots aan zijn informatieplicht richting verzoeker heeft voldaan.
- 5.2. Ondanks de uitvoerige informatie, is de ziektekostenverzekeraar pas op 20 augustus 2016 in het bezit gesteld van deel 2 van het aanvraagformulier PGB vv. Bij brief van 26 augustus 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar duidelijk aan verzoeker medegedeeld dat alleen deel 2 van de aanvraag onvoldoende is om een PGB vv toe te kennen. Aangezien geen volledig ingevulde aanvraag werd ontvangen, konden de eerder ingediende declaraties niet in behandeling worden genomen. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker erop geattendeerd dat de aanvraag - indien de zorgvraag voldoet aan hetgeen in de is regelgeving genoemd - niet eerder kan ingaan dan de datum waarop de ziektekostenverzekeraar een compleet ingevulde en ondertekende aanvraag heeft ontvangen.  
Op 8 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact gehad met verzoeker. Tijdens dit contact heeft de ziektekostenverzekeraar wederom aan verzoeker medegedeeld dat pas na ontvangst van een compleet aanvraagformulier een 'hedenbeslissing' wordt genomen.

5.3. Bij e-mailbericht van 25 december 2016 is de ziektekostenverzekeraar uiteindelijk in het bezit gesteld van een gewijzigd deel 1 van het aanvraagformulier PGB vv en een zorgplan. Op dit deel 1 wordt vermeld dat de zorg ook bestaat uit het bijstellen van een pijnpacemaker, hetgeen niet eerder ter sprake is gekomen in de ontvangen stukken. In het overlegde zorgplan ontbreekt deze zorg eveneens. Hoewel bij de eerdere beoordeling, vanwege een incomplete aanvraag, geen rekening is gehouden met deze wijziging in de zorg, blijft de ziektekostenverzekeraar bij zijn standpunt dat naar aard en omvang sprake is van planbare zorg waarvoor geen PGB vv kan worden toegekend. Immers, uit de overlegde declaraties voor de maanden januari 2016 tot en met juli 2016 blijkt dat steeds twee à drie keer per week zorg is afgenomen.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat de complete aanvraag pas in december is ontvangen. De beslissing wordt op basis van het ingevulde aanvraagformulier genomen. Hierbij is het niet belangrijk of het oude of het nieuwe formulier wordt gebruikt. Indien de aanvraag evenwel tijdig was ontvangen, was deze afgewezen op de grond dat de zorg planbaar is.

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 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden het PGB vv alsnog met terugwerkende kracht per 1 januari 2016 aan verzoeker toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op 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. 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. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website. (...)*

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

*"Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft, is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb verpleging en verzorging. U komt in aanmerking voor het pgb verpleging en verzorging als:*

*(...)*

*2. u langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. (...)*

*Hierbij geldt ook:*

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de verantwoordelijkheden en verplichtingen die bij het pgb verpleging en verzorging horen, uit te voeren. Een wettelijk vertegenwoordiger kan een ouder (voor kinderen tot 18 jaar), curator, bewindvoerder of mentor zijn. De verantwoordelijkheden en verplichtingen die u moet kunnen uitvoeren zijn bijvoorbeeld contracten afsluiten met een zorgaanbieder en deze controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten, zie hiervoor ook artikel 6;*
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van het werkgeverschap;*
- dat u in staat bent de zorgaanbieders die u heeft gecontracteerd op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg."*

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

*"Om voor een pgb verpleging en verzorging in aanmerking te komen moet u voldoen aan de navolgende voorwaarden:*

*1. U bent in het bezit van een door een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot een van de doelgroepen zoals beschreven in artikel 2. (...)*

*(...)*

*3. U moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgaanbieder(s) die door ons zijn gecontracteerd. Dit noemen wij zorg in natura (ZIN). (...)*

*4. Uw zorgvraag moet aansluiten bij één of meer van de volgende voorwaarden. Uit de indicatie moet blijken dat:*

- u vaak zorg nodig hebt op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;*
- u zorg nodig hebt die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;*
- u zorg nodig hebt die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep (in het geval van Intensieve Kindzorg of PTZ);*
- er een noodzaak is voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."*

- 8.6. Artikel 4.8 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' luidt, voor zover hier van belang:

*"Toekennen pgb verpleging en verzorging*

*- Uw aanvraag voor een pgb verpleging en verzorging wordt beoordeeld aan de hand van de pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en eventueel een "bewust keuze gesprek". Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3, krijgt u toestemming voor een pgb verpleging en verzorging. Wanneer u toestemming krijgt voor een pgb verpleging en verzorging ontvangt u een schriftelijke toekenningsbrief waarin de periode van toekenning van het pgb verpleging en verzorging en de hoogte van het budgetbedrag dat over de toegekende periode maximaal wordt vergoed is opgenomen.*

*- De ingangsdatum van het pgb verpleging en verzorging is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het pgb verpleging en verzorging ook op een latere datum in laten gaan; (...)"*

- 8.7. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3 en 4.8 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekeringgebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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 was ten tijde van het geschil als zodanig niet bij wet geregeld.

- 8.9. 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. De ziektekostenverzekeraar heeft zich niet erop beroepen dat verzoeker niet behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld, als omschreven in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar, zodat dit als vaststaand dient te worden aangenomen. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of verzoeker aanspraak kan maken op het PGB vv over de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 december 2016. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.3. Verzoeker heeft aangevoerd dat het voorliggende probleem rond de ingangsdatum van het PGB vv is ontstaan doordat gebruik is gemaakt van een verouderd aanvraagformulier. De ziektekostenverzekeraar had dat zijns inziens al veel eerder kunnen constateren, aangezien hij deel 1 meerdere keren heeft ingestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft dit laatste bestreden; deel 1 werd eerst op 25 december 2016 door hem ontvangen, waarna de inhoudelijke beoordeling kon plaatsvinden. De uitkomst hiervan was dat verzoeker geen indicatie heeft als bedoeld in artikel 3 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar. Alvorens in te gaan op de vraag naar de ingangsdatum van het PGB vv, zal de commissie beoordelen of hiervoor bij verzoeker ten tijde van de aanvraag een (verzekerings)indicatie bestond.
- De zorg die verzoeker ontvangt, bestaat, blijkens het laatst gewijzigde aanvraagformulier en het bijgevoegde zorgplan, uit hulp bij het wassen, aan- en uitkleden, huidverzorging, het aanreiken van medicijnen en het bijstellen van de pijnpacemaker. Dit betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Dit wordt bevestigd door de declaraties over de maanden januari 2016 tot en met juli 2016 waaruit blijkt dat de zorg op vaste momenten werd geleverd. Dat verzoeker in sommige gevallen, na een slechte nachtrust, niet in staat is 's ochtends vroeg te worden geholpen, volgt niet uit het zorgplan.
- Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn, mede gelet op de gestelde indicatie voor Persoonlijke Verzorging van twaalf uren en vijftig minuten per week.
- Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.
- Verzoeker heeft, gezien hetgeen hiervoor is overwogen, geen aanspraak op het PGB vv ten laste van de zorgverzekering zodat aan de vraag naar de ingangsdatum van het PGB vv niet wordt toegekomen.
- 9.4. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat hem in 2017 een PGB vv is toegekend op basis van een aanvraag die identiek was aan die van 2016, wordt het volgende opgemerkt. De commissie beoordeelt of de aanvraag voor een PGB vv terecht is afgewezen. Hierbij wordt gekeken naar de toepasselijke regelgeving en de hierop gebaseerde voorwaarden van de zorgverzekering ten tijde van de aanvraag. Zoals hiervoor is overwogen, heeft verzoeker op basis hiervan geen aanspraak op een PGB vv. Met ingang van 1 januari 2017 zijn de zorginhoudelijke criteria niet langer in de toepasselijke reglementen opgenomen. Anders dan in 2016 staat het feit dat de zorg planbaar is vanaf dat moment niet meer in de weg aan toekenning van een PGB vv. Voor de uitkomst van de onderhavige procedure - die gaat over 2016 - is dit niet relevant.



 **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

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



 **Conclusie**

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

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 februari 2018,

  
  
  
  
  
  
  
  
  
 H.A.J. Kroon