



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



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),
betalingsachterstand
Zaaknummer : 201601121
Zittingsdatum : 11 januari 2017



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015-2016, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1, 2.10 Bzv, 2.36 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 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 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

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 (hierna: PGB vv). Bij brief van 4 februari 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanvraag is afgewezen, doch dat voor de periode van 1 januari 2016 tot en met 9 februari 2016 een PGB vv wordt toegekend bij wijze van overbrugging.



3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 april 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.



3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 1 juni 2016 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.



3.4. Bij brief van 29 augustus 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 ongedateerde brief, door de commissie ontvangen op 17 november 2016, zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 november 2016 aan verzoekster gezonden.

- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster en de zorgverzekeraar hebben op 1 respectievelijk 9 december 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Op grond van artikel 114 lid 3 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.
- 3.9. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 11 januari 2017 telefonisch gehoord.
- 3.10. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 13 januari 2017 aan partijen gezonden waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. Van de geboden gelegenheid hebben partijen geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster stelt dat het voor haar niet mogelijk is zorg in natura te ontvangen in verband met haar onregelmatige medische klachten. Zij heeft ook in de nacht hulp nodig vanwege een gebrek aan zuurstof. Het is voor verzoekster niet mogelijk 's nachts uit bed te gaan en de deur te openen voor degene die haar verzorgt. Daarnaast heeft verzoekster moeite met het omdraaien in bed. De wijkverpleging heeft haar geadviseerd een anti-decubitusmatras aan te schaffen. Verzoekster heeft dit hulpmiddel aangevraagd via de Wet maatschappelijke ondersteuning, maar de betreffende aanvraag is afgewezen. Voorts heeft verzoekster op onregelmatige tijden last van haar onderrug als gevolg van scoliose, waardoor zij een andere houding moet aannemen. Dit gebeurt soms ook in de nacht, afhankelijk van de pijnbeleving.
Verzoekster licht haar bezwaar als volgt toe: *"Om iemand langs te laten komen om in te plannen zie ik niet echt zitten omdat ik nu al weet dat het niet gaat werken. Ik spreek namelijk uit ervaring, ik weet wat mijn klachten zijn en hoe zwak ik mij voel. Het gaat mij alleen maar meer energie en moeite kosten en dan ben ik de volgende dag zwakker dan anders. Het is zeer vermoeiend om zo te leven en dan wilt u het nog vermoei[en]der voor mij maken in plaats van makkelijker"*.
- 4.2. De behandelend internist-beademingsspecialist heeft over verzoekster het volgende verklaard: *"(...) Samengevat heeft patiënte in het kader van haar myasthenia gravis een licht restrictief gestoorde longfunctie met een lichte krachtafname van haar inademingsspieren en een duidelijker krachtafname van haar uitademingsspieren. Haar hoestkracht is nog juist voldoende. Geen recente of recidiverende luchtweginfecties. Vooralsnog geen concrete aanwijzingen voor nachtelijke hypoventilatie en dit laatste valt op korte termijn ook niet te verwachten. Voor haar dyspnoe d'effort zou verwijzing naar een longarts een optie kunnen zijn. (...)"*
- 4.3. Verzoekster stelt dat sprake is van niet-planbare zorg en van zorg in de nacht. Zij kan niet zelf draaien als zij in bed ligt. Ook kan verzoekster niet zelfstandig van lig naar zit komen. Dit blijkt ook uit de overgelegde medische informatie. Als verzoekster niet kan draaien 's nachts krijgt zij pijnklachten in verband met haar scoliose. Verder moet zij gedurende de nacht regelmatig de toiletgang maken. Dit is voor verzoekster niet zelfstandig mogelijk. Voorts kan verzoekster niet zelf de deur open doen als een hulpverlener 's nachts zou komen, omdat zij het bed niet uit kan. De zorg kan dan ook niet (volledig) in natura worden geleverd. Dit betekent dat verzoekster zorg wordt onthouden als zij geen PGB vv krijgt. Tot slot wijst verzoekster erop dat zij voor de bestaande achterstand een betalingsregeling heeft getroffen met de zorgverzekeraar. Deze regeling wordt door haar correct nagekomen en er zijn geen nieuwe schulden ontstaan.

4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de door de zorgverzekeraar aangehaalde bindende adviezen zo moeten worden gelezen dat mantelzorg een bijzondere omstandigheid is. De vraag is of mantelzorg kan worden geleverd. Als dit niet het geval is, is de zorg niet planbaar. De ouders van verzoekster kunnen geen mantelzorg verlenen vanwege gezondheidsproblemen, en bovendien willen zij dit ook niet. Voorts heeft verzoekster toegelicht dat contact is geweest met de thuiszorgorganisatie die de zorg mogelijkwerijs aan haar kan bieden. Er heeft echter nog geen (zorginhoudelijk) gesprek plaatsgevonden. Gekeken moet worden of de thuiszorgorganisatie de zorg tijdig aan verzoekster kan leveren. Mocht dit niet het geval zijn, dan is er de onwenselijke situatie dat artikel 4.7 van het 'Reglement PGB vv' bepaalt dat geen PGB vv wordt toegekend in verband met een betalingsachterstand en dan feitelijk geen zorg wordt geboden aan verzoekster. In dit kader verwijst verzoekster naar een uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 11 juni 2014 (ECLI:NL:CRVB:2014:2005). In deze zaak oordeelde de rechter dat als geen zorg in natura kan worden geleverd, er een PGB moet worden toegekend. Om die reden moet artikel 4.7 van het reglement worden gepasseerd, omdat de zorg waarop verzoekster aanspraak heeft, dan niet kan worden afgenomen. Bovendien geldt dat de aanvraag is gedaan in 2015, zodat het reglement van dat jaar geldt, en daarin was nog geen bepaling omtrent een betalingsachterstand opgenomen. Tot slot heeft verzoekster aangevoerd dat de zorg in de nacht met name het verliggen in bed betreft. Zij moet om de zoveel tijd worden verlegd om doorliggen te voorkomen. Daarnaast moet zij eens in de zoveel tijd uit bed worden gehaald om te worden geholpen met de toiletgang.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Om aanspraak te kunnen maken op een PGB vv moet worden voldaan aan de voorwaarden die zijn opgenomen in het 'Reglement PGB vv 2016'.

In artikel 4.7 van het 'Reglement PGB vv 2016' is bepaald dat geen PGB vv wordt toegekend als (i) de verzekerde de afgelopen drie jaar in een schuldsaneringsregeling heeft gezeten (Wet Schuldsanering Natuurlijke Personen), of (ii) de verzekerde van de zorgverzekeraar een brief heeft ontvangen waarin is vermeld dat aanmelding bij het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) dreigt in verband met een betalingsachterstand van minimaal vier maandpremies.

5.2. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag voor een PGB vv van verzoekster ontvangen op 22 december 2015, en deze is op 22 januari 2016 in behandeling genomen. De aanvraag is beoordeeld op grond van het reglement dat op dat moment van toepassing was, te weten het 'Reglement PGB vv 2016'.

Aan verzoekster is de viermaandsbrief gestuurd in verband met een premieachterstand, waarbij zij is gewezen op de dreigende aanmelding als wanbetaler bij het Zorginstituut. Hierdoor komt zij niet in aanmerking voor een PGB vv. De aanvraag van verzoekster is afgewezen op grond van voornoemd artikel 4.7 van het 'Reglement PGB vv 2016'. Verzoekster heeft verklaard dat zij een betalingsregeling heeft getroffen die zij goed nakomt en dat geen nieuwe schulden zijn ontstaan. Echter, de achterstallige premies zijn met de totstandkoming van de betalingsregeling niet teniet gegaan. Daarom blijft de afwijgrond van artikel 4.7 van het reglement van kracht.

Wel is bij wijze van overbrugging aan verzoekster een PGB vv toegekend voor de periode van 1 januari 2016 tot en met 9 februari 2016. Dit PGB vv was voor dertien uren verzorging (informeel) per week, en het budgetbedrag was € 1.708,57. De reden van toekenning van een tijdelijk PGB vv is dat de zorgverzekeraar de aanvraag niet voor 1 januari 2016 heeft kunnen beoordelen en het PGB vv afliep op 31 december 2015. Er is maatwerk toegepast en de zorgverzekeraar heeft de indicatie laten aansluiten tot de dag van de beoordeling omdat de zorg al was verleend. Daarna is voor nog twee weken extra budget gegeven zodat verzoekster de tijd had haar zorg op een andere manier te regelen.

Verzoekster kan na 9 februari 2016 aanspraak maken op zorg in natura door een thuiszorgorganisatie.

5.3. De zorgverzekeraar heeft de kwestie voorgelegd aan de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Hieruit is het volgende naar voren gekomen.

Verzoekster meldt dat bij haar sprake is van niet-planbare zorg en zorg in de nacht. Zij zou niet in staat zijn zelf te draaien als zij in bed ligt. Ook kan zij niet van lig naar zit komen. Wanneer verzoekster niet kan draaien 's nachts, krijgt zij pijnklachten als gevolg van haar scoliose. Verder moet zij gedurende de nacht regelmatig de toiletgang maken. Dit is voor haar niet zelfstandig mogelijk. Tot slot kan verzoekster de deur niet openmaken als de hulpverlener 's nachts zou moeten komen, omdat zij haar bed niet uit kan.

De zorgverzekeraar heeft een aantal thuiszorgaanbieders gecontracteerd die naast zorg op vaste tijden een contract hebben voor het leveren van onplanbare zorg. Verzoekster kan gebruik maken van persoonsalarmering waarmee zij voor onplanbare zorg of calamiteiten de thuiszorgorganisatie kan oproepen.

In het bindend advies van de commissie met nummer 201600163 is opgenomen dat *"regelmatig toiletbezoek inherent is aan de menselijke natuur en in die zin niet onderscheidend als het gaat om de vraag of dit onderdeel van de zorg al dan niet planbaar is. Er dient sprake te zijn van bijzondere omstandigheden die gelegen zijn in de persoon zelf, dan wel de sociale context van betrokkene."*

Verder is in het bindend advies van de commissie met nummer 201502019 vermeld dat *"hulp bij het toiletbezoek in de nacht gezien mag worden als mantelzorg."* Verzoekster is woonachtig bij haar ouders en de zorg wordt verleend door een natuurlijk persoon. De hulp bij de toiletgang kan daarom ook als mantelzorg worden verleend. Daarnaast kan een gecontracteerde thuiszorgaanbieder ook in de nacht hulp bieden bij de toiletgang en bij het wisselen van ligging.

Verzoekster is in de nacht niet in staat zelf de deur open te maken wanneer haar zorgverlener zou moeten komen. Het is begrijpelijk dat zij de sleutel niet zomaar aan iemand wil meegeven. Thuiszorgorganisaties zijn hiermee bekend en kunnen hiervoor passende maatregelen treffen.

5.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt herhaald. Voorts heeft de zorgverzekeraar verwezen naar het bindend advies van de commissie met nummer 201601099. De zorg die verzoekster nodig heeft is grotendeels planbaar. Met betrekking tot de toepasselijkheid van het reglement geldt dat de aanvraag is ondertekend en ontvangen in 2015. Op verzoek kan het PGB vv op een latere datum ingaan. Op het aanvraagformulier is ingevuld dat de ingangsdatum van het PGB vv 1 januari 2016 dient te zijn. Bovendien liep het eerder toegekende budget tot en met 31 december 2015. Om die reden is het reglement van 2016 aangehouden. De achtergrond van artikel 4.7 van het 'Reglement PGB vv' kan zijn dat in geval van schuldenproblematiek de vraag is of iemand een PGB vv kan beheren. Verzoekster heeft thans een achterstand van circa € 6.000,- en zij is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut Nederland. Tot slot is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat als toch een PGB vv aan verzoekster moet worden toegekend, een deel van het bedrag zal worden verrekend met de schuld.

5.5. 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 (2015-2016) 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 is gehouden het PGB vv alsnog aan verzoekster toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering.

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 gecontracteerde 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 (2015-2016).

8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering (2015) 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. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

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.

(...)"

Artikel 13 van de zorgverzekering (2016) is gelijkloidend.

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de zorgverzekeraar 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:

(...)

3. 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 PGB vv 2016' van de zorgverzekeraar 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). Indien u een combinatie wenst van zorg in natura met een pgb verpleging en verzorging, dan mag de indicatie maar door één zorgaanbieder worden gesteld.

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 4.7 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"U krijgt geen pgb verpleging en verzorging als u:

(...)

- u de afgelopen 3 jaar in een schuldsaneringsregeling heeft gezeten (Wsnr);

- u een brief van ons heeft ontvangen, waarin staat dat wij van plan zijn om u (verzekeringnemer) aan te melden bij het Zorginstituut, vanwege een betalingsachterstand in de premie van 4 maandpremies;

(...)"

- 8.7. Artikel 13 van de zorgverzekering (2015-2016), het 'Reglement PGB vv 2015' en het 'Reglement PGB vv 2016' van de zorgverzekeraar zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering (2015-2016) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. Artikel 11 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Verpleging en verzorging is 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 niet als zodanig 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 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.

9. Beoordeling van het geschil

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 heeft. Door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. Deze visie wordt door de commissie onderschreven.

9.2. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor een PGB vv, waarbij als ingangsdatum van de indicatie is vermeld 10 december 2015, en als einddatum 10 december 2016. De zorgverzekeraar heeft verklaard de aanvraag te hebben ontvangen op 22 december 2015, en deze in behandeling te hebben genomen op 22 januari 2016. De aanvraag van verzoekster is door de zorgverzekeraar daarom beoordeeld op basis van het 'Reglement PGB vv 2016'. De commissie is van oordeel dat de beoordeling, door de zorgverzekeraar, van de aanvraag van verzoekster voor een PGB vv in beginsel diende te worden gebaseerd op het 'Reglement PGB vv 2015', aangezien de aanvraag voor het PGB vv door de zorgverzekeraar is ontvangen in december 2015 en de gewenste ingangsdatum van de indicatie eveneens in december 2015 ligt, ware het niet dat de zorgverzekeraar onweersproken heeft verklaard dat het eerder aan verzoekster toegekende PGB vv afliep op 31 december 2015 - hetgeen derhalve niet strookt met de door verzoekster vermelde ingangsdatum van 10 december 2015. Bovendien is aan haar een tijdelijk PGB vv toegekend, te weten voor de periode van 1 januari 2016 tot en met 9 februari 2016. Hiermee is de periode van 10 december 2015 tot en met 9 februari 2016 niet (langer) in geschil. Verzoekster heeft in haar verzoek aan de commissie ook vermeld dat zij toekenning van het PGB vv wenst voor de periode vanaf 10 februari 2016. De commissie zal haar beoordeling dan ook beperken tot de periode vanaf 10 februari 2016, en hierbij het op dat moment toepasselijke 'Reglement PGB vv 2016' van de zorgverzekeraar als uitgangspunt nemen.

9.3. De zorgverzekeraar heeft zich erop beroepen dat artikel 4.7 van het 'Reglement PGB vv 2016' op verzoekster van toepassing is. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op een PGB vv, maar wel op zorg in natura via een thuiszorgorganisatie. Derhalve staat kennelijk niet ter discussie dat verzoekster behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van genoemd reglement.

9.4. De zorgverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster een premieachterstand heeft en dat aan haar de viermaandsbrief (de brief als bedoeld in artikel 18b Zvw) is gestuurd. Verzoekster heeft dit niet bestreden, doch zij heeft verklaard dat zij voor de achterstand een betalingsregeling met de zorgverzekeraar heeft getroffen, die zij correct nakomt. Bovendien is van nieuwe schulden volgens verzoekster geen sprake. De commissie is van oordeel dat verzoekster geen aanspraak heeft op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering, gelet op het bepaalde in artikel 4.7 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de zorgverzekeraar. Aan verzoekster is immers de viermaandsbrief gezonden en zij heeft tot op heden een (premie)achterstand bij de zorgverzekeraar. Dat voor deze achterstand sindsdien een betalingsregeling is overeengekomen maakt dit niet anders. Gesteld noch gebleken is namelijk dat de bestaande achterstand inmiddels volledig is voldaan door verzoekster. De commissie merkt nog op dat de achtergrond van voormeld artikel 4.7 van het reglement is gelegen in het kunnen beheren van een PGB vv in geval van het bestaan van een betalingsachterstand c.q. schuldenproblematiek. In geval wel een PGB vv aan verzoekster wordt toegekend, bestaat bovendien de mogelijkheid dat dit wordt verrekend met de betalingsachterstand. De zorgverzekeraar heeft immers een verrekeningsbevoegdheid.



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, 8 februari 2017,



J.A.M. Strens-Meulemeester

