



Partijen : A, vertegenwoordigd door B, beiden te C, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie, overbruggingsregeling
Zaaknummer : 201700324
Zittingsdatum : 5 juli 2017



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

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

1. Partijen

A, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door B, beiden te C,
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 in samenhang met 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) met ingang van 1 januari 2016. Bij brief van 22 december 2015 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 februari 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven. Ter overbrugging heeft de zorgverzekeraar, bij brief van 22 februari 2016, aan verzoekster een PGB vv toegekend voor de periode van 10 december 2015 tot 9 februari 2016.

3.3. Bij brief van 13 februari 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) primair verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is haar met terugwerkende kracht tot 1 januari 2016 een PGB vv toe te kennen, en subsidiair te bepalen dat de overbruggingsperiode doorloopt van 1 januari 2016 tot 1 maart 2016, een en ander ten laste van de zorgverzekering, alsmede de zorgverzekeraar te veroordelen tot vergoeding van de proceskosten en de door haar gemaakte kosten voor juridische bijstand (hierna: het verzoek).

3.4. 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.

3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 15 mei 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 mei 2017 aan verzoekster gezonden.

- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 5 juni 2017 medegedeeld niet te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 13 juni 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.7. Bij brief van 22 mei 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 8 juni 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017023333) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. *"Uit de beschikbare informatie blijkt geen medische noodzaak op grond waarvan kan worden vastgesteld dat de zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen zou moeten plaatsvinden of dat verzoekster 24 uur per dag zorg in de nabijheid of op afroep behoeft. Naar het oordeel van de medisch adviseur heeft de zorgvraag enkel betrekking op planbare zorg."*
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 9 juni 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen zeven dagen op dit advies te reageren. Partijen hebben van de geboden mogelijkheid geen gebruik gemaakt.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De huisarts heeft op 30 maart 2016 over verzoekster het volgende verklaard: *"(...) [Patiënte] is bij mij al langer bekend met een uitgebreide medische voorgeschiedenis met o.a.: nierinsufficiëntie, hypertensie, glaucoom en diabetes mellitus type II. Gezien haar steeds slechter wordende conditie, heeft zij bij alles extra hulp nodig. Zij heeft een scootmobiel, een begeleiderkaart voor haar vervoer samen met haar dochter die zowel hulpverlener is als mantelzorgster. Zij woont in een kangaroo woning zodat haar dochter haar direct kan helpen als zij het nodig heeft. Zij heeft een PGB indicatie sinds 2009 en die loopt tot 2027.(...). Haar dochter is geen verpleegkundige maar verzorgt haar sinds 2000 toen haar man is overleden. [Patiënte] vertelt dat zij door de jaren heen, vaak last heeft van overgeven, meestal begint dat in de ochtend maar kan ook in de nacht optreden, daardoor moet dochter soms bij haar blijven slapen om haar overeind te helpen en haar te controleren. Zij is niet in staat snel uit bed te stappen want zij wordt heel snel duizelig, dit geeft haar ook veel last bij het douchen, naar het toilet gaan, aankleden, tanden poetsen en aankleden. Bij die duizeligheid moet vaak haar glucose worden gecontroleerd, zodat zij zeker weet dat het geen hypo of hyperglycemie is. Bij het opstaan wordt zij eerst gedoucht, klaargemaakt voor het ontbijt, zij moet geholpen worden met haar ogen te druppelen in de ochtend en avond. Haar medicijnen worden klaargezet [zodat] zij het niet vergeet of een dubbele dosis krijgt. Zij heeft vaak kleine wondjes die goed moeten worden schoongemaakt en worden ingesmeerd want wondjes zijn vaak gevaarlijk bij haar diabetes. Er word[t] voor haar gekookt en kleine porties worden ingevroren zodat zij die zelf kan ontdooien, zij mag niet teveel eten in verband met haar maagoperatie maar moet dan 6 keer per dag eten. Haar dochter doet haar best om iedere dag een stukje met haar te lopen, maar dat lukt niet altijd. In de avond moet zij weer geholpen worden met uitkleden, ogen druppelen en tanden poetsen (...)"*
- 4.2. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende vermeld: *"Waarom wilt u een pgb? Ik wordt verzorgd door mijn dochter al vanaf 2009. Zij is ook mijn mantelzorgster."*
Verzoekster heeft een indicatie voor 21 uren Persoonlijke Verzorging en 14 uren Verpleging per week.
- 4.3. Verzoekster ontvangt sinds 2009 een PGB waarmee zij haar dochter, die haar verzorgt en met wie zij een zorgovereenkomst heeft gesloten, betaalt. Verzoekster kiest er bewust voor te worden verzorgd door haar dochter. Destijds heeft verzoekster bij de aanvraag voor een PGB verklaard dat de zorg op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen plaatsvindt, en daarmee niet planbaar is. Om die reden heeft de dochter de zorg voor verzoekster op zich genomen. Verzoekster krijgt hulp bij het huishouden, haar persoonlijke verzorging en de verpleging.
Omdat voor verzoekster 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar dient te zijn, woont zij naast haar dochter. Zorgverleners van thuiszorgorganisaties kunnen haar de benodigde zorg niet

leveren. De zorgvraag voldoet aan de voorwaarden zoals opgenomen in de artikelen 3 en 4 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de zorgverzekeraar. Verwezen wordt naar de verklaring van de huisarts.

4.4. De zorgverzekeraar stelt ten onrechte dat geen gesprek heeft plaatsgevonden tussen verzoekster en een indicierend wijkverpleegkundige. Zij is voor de herindicatie namelijk bij de praktijkondersteuner van de huisarts, tevens een BIG-geregistreerd verpleegkundige niveau 5, geweest. De praktijkondersteuner is bekend met de medische historie van verzoekster en kan het aantal geïndiceerde uren onderbouwen.

Voorts is het onzorgvuldig dat de zorgverzekeraar heeft nagelaten een verpleegkundige te raadplegen bij zijn beslissing op het verzoek om heroverweging. De heroverweging is uitsluitend genomen op basis van telefonisch contact met verzoekster. Zij heeft geen aanvullende informatie mogen aanleveren en met haar dochter is niet gesproken.

4.5. Verder heeft de zorgverzekeraar de overbruggingsperiode van twee maanden ten onrechte laten ingaan op 10 december 2015. In het kader van de overgangsregeling liep het PGB vv immers tot en met 31 december 2015. De afwijzende beslissing voor een nieuw PGB vv gaat derhalve in op 1 januari 2016, waardoor de overbruggingsperiode dient te lopen van 1 januari 2016 tot 1 maart 2016.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Verpleging en verzorging is geregeld in artikel 13 van de zorgverzekering. Aanspraak op een PGB vv bestaat indien wordt voldaan aan de voorwaarden van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de zorgverzekeraar (hierna: het reglement).

De zorgvraag dient te voldoen aan de volgende, in artikel 3 van het reglement opgenomen, voorwaarden:

- de verzekerde heeft vaak zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;

- de verzekerde heeft zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte moment op de dag en/of op afroep;

- de verzekerde heeft zorg nodig die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;

- er is een noodzaak voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

Verder bepaalt artikel 4.7 van het reglement dat wanneer een brief is gestuurd waarin wordt vermeld dat de verzekeringnemer, wegens een achterstand in de betaling van de premie van vier of meer maanden, wordt aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut (inmiddels het CAK), geen PGB vv wordt toegekend.

5.2. Verzoekster ontvangt hulp bij het uit bed komen, het douchen, het aan- en uitkleden, het druppelen van de ogen en het verzorgen van wondjes op de voeten. Het is de zorgverzekeraar gebleken dat de zorg wordt geleverd op de tijden dat de dochter beschikbaar is. Daarmee is sprake van planbare zorg die door een thuiszorgorganisatie kan worden geleverd.

De huishoudelijke hulp - zoals het bereiden van maaltijden en schoonmaken - valt niet onder verpleging en verzorging. Ook wordt niet aan de voorwaarden voor 24-uurs zorg in de nabijheid voldaan.

Verzoekster stelt dat een gesprek heeft plaatsgevonden met een BIG-geregistreerd HBO-verpleegkundige niveau 5. Uit de hiertoe overgelegde verklaring blijkt echter dat de betreffende verpleegkundige de aanvraag slechts heeft ondertekend; zij heeft géén indicatie gesteld. De zorgverzekeraar twijfelt daarom aan de rechtmatigheid van de indicatie. Bovendien merkt hij op dat het aantal geïndiceerde uren niet wordt onderbouwd.

5.3. Naast artikel 3 voldoet verzoekster niet aan artikel 4.7 van het reglement. De zorgverzekeraar heeft tijdens de herbeoordeling van zijn volmachtgever, bij wie verzoekster tot 1 januari 2016 tegen ziektekosten was verzekerd, begrepen dat zij is aangemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut. De zorgverzekeraar merkt in dit verband nog op dat verzoekster weliswaar per 1 april 2016 was afgemeld als wanbetaler bij het Zorginstituut, maar dat de aanmelding per 1 november 2016 is hervat.

5.4. Verzoekster komt niet in aanmerking voor een PGB vv. Zij kan gebruik maken van zorg in natura. Ter overbrugging is verzoekster een PGB vv toegekend tot 9 februari 2016. Deze overbruggingsregeling mag de zorgverzekeraar aanbieden voor de duur van twee maanden, ingaande vanaf het moment van de eerste afwijzing, zijnde 10 december 2015 in het geval van verzoekster. Voorgaande volgt uit artikel 9.1.4 van het reglement.

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 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 aan verzoekster met terugwerkende kracht tot 1 januari 2016 een PGB vv toe te kennen, dan wel dat hij is gehouden het overbruggingsbudget toe te kennen voor de periode van 1 januari 2016 tot 1 maart 2016, ten laste van de zorgverzekering, alsmede of de zorgverzekeraar is gehouden aan haar de proceskosten en kosten van juridische bijstand te vergoeden.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op 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.

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.
(...)*

Bijzonderheden

1. U hebt alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en verzorging hebt en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig hebt in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen."

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 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 persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 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-geregistreeerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot een van de doel groepen zoals beschreven in artikel 2.

(...)

(...)

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 persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

*"U krijgt geen pgb verpleging en verzorging als u:
(...)*

*- 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 4.8 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

*"Toekennen pgb verpleging en verzorging
(...)*

*- 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.
(...)*

- In de schriftelijke toekenningsbrief die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw pgb vast. Hierbij houden wij rekening met uw indicatie."

- 8.8. Artikel 9.1.4 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Als uit uw nieuwe aanvraag blijkt dat u niet voldoet aan de criteria voor toegang tot het pgb verpleging en verzorging zoals opgenomen in de artikelen 2 en 3 van dit reglement, beëindigen wij uw pgb verpleging en verzorging twee maanden na de datum van het toesturen van onze beslissing tot beëindiging."

- 8.9. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3, 4.7, 4.8 en 9.1.4 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de zorgverzekeraar zijn volgens de artikelen 2.1 en 2.3 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.10. Artikel 11, eerste lid, 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 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.

- 8.11. 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

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 commissie stelt vast dat de aanvraag voor een PGB vv in 2015 is ingediend, namelijk op 9 november 2015. Uit het aanvraagformulier blijkt dat verzoekster de zorgverzekeraar heeft verzocht om een PGB vv met als ingangsdatum 1 januari 2016, zodat de aanvraag dient te worden beoordeeld aan de hand van de in 2016 geldende wet- en regelgeving en polisvoorwaarden. Niet in geschil is dat verzoekster behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de zorgverzekeraar. De vraag is of tevens is voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.
- 9.3. De zorg die verzoekster ontvangt, bestaat uit hulp bij het uit bed komen, het douchen, het aan- en uitkleden, het druppelen van de ogen en het verzorgen van wondjes op de voeten. 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. Hulp bij het huishouden, het bereiden van maaltijden en toezicht houden vallen niet onder Persoonlijke Verzorging of Verpleging als bedoeld in de zorgverzekering. Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft, dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van haar dochter, haar huidige zorgverlener, betekent dit niet dat formele zorgverleners van een thuiszorgorganisatie haar de benodigde zorg niet kunnen verlenen. Aangezien verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden van artikel 3 van genoemd reglement, kan de vraag of wordt voldaan aan de voorwaarden zoals gesteld in artikel 4.7 van het reglement onbeantwoord blijven. Hetzelfde geldt voor de door de zorgverzekeraar geplaatste kanttekeningen bij het aantal geïndiceerde uren. Gelet op het voorgaande heeft verzoekster geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.4. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd, met name dat de zorgverzekeraar zijn beslissing in de fase van de heroverweging heeft genomen zonder een verpleegkundige te raadplegen, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

Overbruggingsbudget

- 9.5. Artikel 9.1.4. van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2016' van de zorgverzekeraar bepaalt dat indien uit de nieuwe aanvraag blijkt dat de verzekerde niet voldoet aan de criteria zoals opgenomen in de artikelen 2 en 3 van het reglement, het PGB vv wordt beëindigd twee maanden na de datum van het toesturen van de beslissing tot beëindiging. De zorgverzekeraar heeft verzoekster ter overbrugging een PGB vv toegekend voor twee maanden gerekend vanaf de datum van de afwijzing. Verzoekster is hertegen opgekomen. De commissie stelt vast dat de beslissing tot beëindiging is gedateerd op 10 december 2015, zodat de overbruggingsperiode, gelet op het bepaalde in artikel 9.1.4, loopt tot 10 februari 2016, en niet - zoals door verzoekster gevorderd - tot 1 maart van dat jaar.




Proceskosten en kosten juridische bijstand


- 
- 9.6. Verzoekster maakt aanspraak op vergoeding van de proceskosten. Voorts wenst zij een vergoeding te ontvangen voor de kosten van juridische bijstand. Nog daargelaten dat zij haar verzoek niet nader heeft gesubstantieerd en gespecificeerd, bestaat, aangezien het verzoek wordt afgewezen, voor toekenning van een vergoeding voor de proceskosten en de kosten van juridische bijstand geen grond.




Conclusie

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

- 
10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 5 juli 2017,



A.I.M. van Mierlo