



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie
Zaaknummer : 201601866
Zittingsdatum : 18 januari 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)



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

1. Partijen



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



tegen



Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Menzis Basis Voordelig (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. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 10 januari 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 22 juni 2016 heeft de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar.
- 
- 3.4. Bij brief van 28 september 2016 heeft verzoeker 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 verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 5 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 5 december 2016 aan verzoeker gezonden.
- 
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 december 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 11 januari 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 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 5 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 23 december 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016135507) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat de zorgvraag volledig planbaar is. Tevens is de zorg van dien aard dat deze niet op verschillende locaties hoeft te worden ontvangen.
Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 2 januari 2017 aan partijen gezonden.
- 3.10. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 18 januari 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.11. Bij brief van 23 januari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 26 januari 2017 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. De wijkverpleegkundige heeft ten behoeve van verzoeker bij de zorgverzekeraar een 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend, en hierop, voor zover hier van belang, het volgende verklaard: *"Status na complete schouderprothese links in 2008. Er is sprake van verkalking van het gewricht welke inoperabel is. Tevens carpaal tunnelsyndroom links. (...) De linkerarmfunctie is nihil. Dhr. draagt zijn arm in een sling. Als gevolg van de beperking heeft dhr. chronische nekklachten. (...) Ondersteuning bij wassen en aan/uitkleden. (...) Dochter levert hand- en spandiensten mbt overige werkzaamheden (koken, boodschappen doen, de was etc). (...)".*
De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor Persoonlijke Verzorging van 7 uren per week.
- 4.2. Verzoeker heeft een schouderoperatie aan de linkerzijde ondergaan, waarbij een schouderprothese is geplaatst. Doordat zijn schoudergewricht volledig is verkalkt, zal hij zijn linkerarm niet meer kunnen gebruiken. Daarnaast heeft verzoeker last van chronische nekklachten omdat hij zijn arm in een sling draagt. Als gevolg van voornoemde klachten is verzoeker niet in staat zichzelf te verzorgen. Hij heeft hulp nodig bij het douchen en aan- en uitkleden. Sinds 2008 beschikt verzoeker over een PGB vv en is zijn dochter zijn vaste zorgverlener.
Omdat de situatie van verzoeker niet beter zal worden, beschikt hij tot 2027 over een CIZ-indicatie. Verzoeker veronderstelde dat hem hiermee reeds een PGB vv was toegekend. Het terugdraaien van dit besluit is in strijd met het materiële rechtszekerheidsbeginsel. Besluiten mogen namelijk niet met terugwerkende kracht ten nadele van betrokkenen worden gewijzigd, hetgeen met name geldt voor het intrekken en wijzigen van begunstigende beschikkingen.
- 4.3. Het grootste belang voor verzoeker bij een PGB vv is dat hij hiermee zelf de regie kan voeren over zijn leven. Dit is ook de reden dat de PGB regelgeving in 1995 in het leven is geroepen. Met een PGB vv is verzoeker in staat zijn zorg passend te maken aan zijn persoonlijke situatie. Het onderzoek 'Eindrapportage Persoonsgebonden Budget Eigen Regie en Empowerment' bevestigt dat het PGB-houders beter lukt ondersteuning in te kopen die exact aansluit op de persoonlijke behoeften, wensen en voorkeuren. Door een PGB vv hebben mensen het gevoel weer een eigen leven te hebben.



Verzoeker heeft zijn hele leven als alleenstaande vader voor zijn kinderen gezorgd. Nu zijn kinderen het huis uit zijn, hecht verzoeker enorm veel waarde aan de vrijheid om zijn leven in te richten zoals hij dat wenst. Voorts wil verzoeker zich niet verplicht voelen iedere dag thuis te blijven. Hij bezoekt vaak zijn dochter en kleinkinderen, en verblijft regelmatig bij familie in Duitsland waarbij zijn dochter meegaat om verzoeker de nodige zorg te bieden. Verzoeker heeft derhalve zorg nodig op wisselende, ongebruikelijke tijdstippen en op meerdere locaties.



Verzoeker was voorheen een zeer actief en betrokken persoon, die volop in het leven stond. Door de kunstschouder is zijn leven veranderd en heeft verzoeker zijn visbedrijf moeten opgeven. Omdat verzoeker het afgelopen jaar zijn zorgverlener zelf heeft moeten betalen, is hij financieel volledig aan lager wal geraakt.

- 
- 4.4. De zorgverzekeraar heeft de afwijzing op geen enkele wijze nader gemotiveerd. Het hebben van slechts één zorgverlener is niet alleen praktisch, maar ook goedkoper. Voor een PGB vv geldt een lager tarief dan voor zorg in natura. Eerdergenoemd onderzoek heeft aangetoond dat budgethouders ongeveer een kwart minder geld uitgeven dan wanneer zij zorg in natura zouden gebruiken.

- 
- 4.5. Verzoeker doet verder een beroep op de elementaire principes van mensenrechten zoals die zijn vastgelegd in het Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap (hierna: VRPH), waarbij respect voor de waardigheid, persoonlijke autonomie, participatie en inclusie voorop staan.

- 
- 4.6. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat de uitnodiging voor het Bewust Keuze Gesprek nooit naar zijn gemachtigde is toegezonden. Hierdoor is een mogelijkheid gemist om in gesprek te gaan. Voorts benadrukt verzoeker dat hij door deze situatie ernstig in de financiële problemen is gekomen.

- 
- 4.7. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 
- 5.1. Verzoeker heeft aanspraak op een PGB vv indien zijn zorgvraag voldoet aan één van de volgende voorwaarden:

- 
- de verzekerde heeft vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
 - de verzekerde heeft zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen, omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten 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 een vaste zorgaanbieder vanwege de specifieke zorgverlening die de verzekerde nodig heeft, of in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen.

De zorgverzekeraar heeft de aanvraag beoordeeld en is tot de conclusie gekomen dat verzoeker niet voldoet aan één van de hiervoor genoemde voorwaarden. De zorg die verzoeker nodig heeft, is goed in te plannen.

- 
- 5.2. De zorgverzekeraar stelt voorts dat het materiële rechtszekerheidsbeginsel geen rol speelt in de onderhavige zaak. De aanvraag voor een PGB vv wordt beoordeeld op basis van de indicatie van de wijkverpleegkundige en niet op grond van de indicatie van het CIZ. Daarbij geeft een indicatie voor verzorging en verpleging geen rechtstreekse aanspraak op een PGB vv. Volgens het verzekeringsreglement dient hiervoor ook aan de overige, zorginhoudelijke voorwaarden te zijn voldaan.

- 
- 5.3. Indien verzoeker bij familie in Duitsland verblijft, kan hij kiezen voor een thuiszorgorganisatie aldaar. De betreffende kosten kan hij achteraf bij de zorgverzekeraar declareren. Echter, deze kosten zullen in dat geval wellicht niet volledig worden vergoed.

5.4. Voorts komt verzoeker op basis van artikel 4.7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar niet in aanmerking voor een PGB vv. Verzoeker heeft namelijk op 17 mei 2016 een brief van de zorgverzekeraar ontvangen, waarin staat dat deze voornemens is hem aan te melden bij het Zorginstituut, vanwege een premieachterstand. Daarnaast heeft verzoeker geen medewerking verleend aan het Bewust Keuze Gesprek (hierna: BKG).

5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar de standpunten herhaald.

5.6. De zorgverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A17 van de 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 gehouden is aan verzoeker het PGB vv alsnog 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 voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. In de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat. Het betreffende artikel luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Welke zorg

U heeft recht op verpleging en verzorging. Onder verpleging en verzorging wordt verstaan: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die

a. verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop,

b. niet gepaard gaat met verblijf, en

c. geen kraamzorg betreft.

(...)

Persoonsgebonden budget

Een Persoonsgebonden budget (Pgb) is een geldbedrag waarmee u zelf verpleging en verzorging kunt inkopen. Als u recht heeft op verpleging en verzorging kunt u bij Menzis mogelijk ook vergoeding van die zorg vragen in de vorm van een Persoonsgebonden budget. In het Verzekeringsreglement kunt u lezen wanneer u hiervoor in aanmerking kunt komen, wat uw verantwoordelijkheden daarbij zijn en hoe het Pgb wordt betaald. U kunt het Verzekeringsreglement op onze website vinden. U kunt het ook opvragen bij onze Klantenservice op 088 222 40 40.

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een verpleegkundige of een verzorgende met minimaal opleidingsniveau 3 in dienst van een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZI) is toegelaten voor

verpleging en verzorging (thuiszorginstelling) of die is toegelaten voor verblijf, verpleeg- of verzorgingshuis of een instelling voor gehandicaptenzorg, die extramurale zorg levert.

Medisch specialistische verpleging thuis

Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, kunt u naar een verpleegkundige in dienst van een Instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of ZBC), revalidatie-instelling of een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging (thuiszorgorganisatie).

Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.menzis.nl/zorgvindervindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. U kunt ook bellen met de Menzis Zorgadviseur op 088 222 42 42. In het artikel 'Naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder' aan het begin van dit hoofdstuk (Basisverzekering) staat wat u vergoed krijgt als u naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat.

Indicatie en zorgplan

U heeft alleen recht op verpleging en verzorging als u een indicatie daarvoor heeft. Deze indicatie moet voldoen aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, zoals vastgesteld door de beroepsvereniging van wijkverpleegkundigen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u een verpleegkundige indicatie inclusief een zorgplan hebben waarin de zorg die u nodig heeft beschreven staat in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. De indicatie en het zorgplan moeten opgesteld zijn door een HBO-wijkverpleegkundige (opleidingsniveau 5) en ondertekend door u en de zorgaanbieder; (...)"

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' 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 vv. U komt in aanmerking voor het pgb vv als onder één of meerdere van de hieronder beschreven doelgroepen valt: (...)

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 vv horen, uit te voeren. Een wettelijk vertegenwoordiger is een ouder (voor kinderen tot 18 jaar), curator, bewindvoerder of mentor. De verantwoordelijkheden en verplichtingen die u moet kunnen uitvoeren zijn bijvoorbeeld: contracten afsluiten met een zorgaanbieder, controleren van zorgaanbieders, taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters en 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' van de zorgverzekeraar luidt:

"Om voor een pgb vv 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 doelgroepen zoals beschreven in artikel 2. Voor IKZ moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.

2. U bent in het bezit van een indicatie van de medisch specialist, als u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op medisch specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT).

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 vv, 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;*
- 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' van de zorgverzekeraar luidt:

"4.7 U krijgt geen PGB vv als u:

(...)

- niet voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 3;*

(...)

- geen medewerking (meer) verleent aan een "bewust keuze gesprek" dat eventueel door ons wordt georganiseerd;*

(...)

- 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. De voorwaarden van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3 en 4.7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar zijn volgens de voorwaarden van de zorgverzekering 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 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 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 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. Niet in geschil is dat verzoeker behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' 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 verzoeker ontvangt, bestaat uit hulp bij het douchen en aan- en uitkleden. 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. 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 zeven uren per week. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoeker nodig heeft, dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoeker er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van een vaste zorgverlener, zijn dochter, betekent dit niet dat een door de zorgverzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie de noodzakelijke zorg niet aan verzoeker kan verlenen. Gelet op het voorgaande heeft verzoeker geen aanspraak op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen overigens door verzoeker wordt gesteld, met name ten aanzien van de door het CIZ gestelde indicatie en het VRPH, kan niet leiden tot een andere uitkomst.
- 9.4. Aangezien verzoeker niet voldoet aan de voorwaarden zoals gesteld in artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar, kan de vraag of het PGB vv hem terecht is geweigerd op grond van artikel 4.7 - vanwege het niet meewerken aan het BKG, waarvan verzoeker wel op de hoogte was van de uitnodiging voor het gesprek, en het voornemen van de zorgverzekeraar verzoeker aan te melden bij het Zorginstituut wegens een bestaande premieachterstand - onbeantwoord blijven.

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,

A.I.M. van Mierlo