



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

Zaaknummer : 201601583

Zittingsdatum : 21 december 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)



(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen



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

2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster 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 verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Beter afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering VGZ Tand Beter is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 19 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 27 mei 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 17 augustus 2016 aan verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 
- 3.4. Bij brief van 19 augustus 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, 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 verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 oktober 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 25 oktober 2016 aan verzoekster gezonden.
- 
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 7 november 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 22 november 2016 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. 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.
- 
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 21 december 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 
- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft namens verzoekster het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' ingevuld en hierop, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"Diabetes m (tablet afh.), hartfalen, chronische bronchitis (COPD). Ten gevolge van jarenlange toediening v. medicatie voor schizofrenie, vertoont cliënt apathisch gedrag. Rheuma. (...) Benauwdheid door hartfalen en COPD, controle op hypo- hyper t.g.v. D.M. (huisarts). Verminderde mobiliteit t.g.v. rheuma. Pijn aan gewrichten van armen en benen. Zorgtekort door hartfalen en rheuma. (...) Mevr. woont bij dochter in huis. (...) Zuurstofgebruik (...) Hulp bij wassen en aankleden/uitkleden, hulp bij bereiden v. voeding, hulp bij toedienen medicatie, controle op huiddefecten (smetten) (...)".*
De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld voor één uur en 45 minuten Verpleging per week en vier uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week. De ingangsdatum van de indicatie is 1 september 2015 en de indicatie eindigt op 1 september 2016.
- 
- 4.2. Verzoekster is op 1 mei 2015 bij haar dochter gaan wonen. Zij sliep op dat moment 23 uren per dag vanwege de zware medicatie die zij moest slikken. Teneinde deze situatie te veranderen, moest de medicatie worden verminderd. Hiervoor was echter gedurende 24 uur toezicht nodig, mede vanwege het gevaar voor uitdroging, ondervoeding en zuurstofgebrek. Gedurende de eerste twee maanden heeft de dochter van verzoekster haar de zorg verleend zonder externe hulp, aangezien zij niet op de hoogte was van de wet- en regelgeving op dit gebied. De situatie werd echter onhoudbaar, aangezien de dochter van verzoekster zelfstandig ondernemer is en niet meer aan haar werk toekwam, en zelfs opdrachten moest laten schieten. Verzoekster kon niet bijdragen in deze kosten, aangezien zij nog enkele maanden dubbele huur heeft moeten betalen vanwege de spoedeisende verhuizing. De dochter van verzoekster heeft contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, waarbij haar telefonisch werd medegedeeld dat alleen zorg in natura mogelijk was. Over de mogelijkheid van het PGB vv werd niet gesproken. Tijdens de intakegesprekken met de thuiszorgorganisatie werd weliswaar over het PGB vv gesproken, maar werd verzoekster sterk ontmoedigd dit te regelen. De ingeschakelde thuiszorgorganisatie liet keer op keer een andere verpleegkundige komen, waarbij de dochter van verzoekster telkens moest uitleggen welke zorg nodig was. Deze uitleg kostte meer tijd dan het leveren van de zorg. Verder nam de kwaliteit van de zorg af. Nadat vijftien verschillende verpleegkundigen waren langsgelopen, besloot de dochter van verzoekster te zoeken naar een andere thuiszorgorganisatie.

 Dit bleek echter geen verbetering, want vanuit deze organisatie kwamen zelfs achttien verschillende verpleegkundigen langs.

- 4.3.  In september of oktober 2015 is telefonisch door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar aan de dochter van verzoekster medegedeeld dat een PGB vv met terugwerkende kracht kan worden verleend. Tijdens het gesprek is toegelicht dat de aanvraag vanwege de bewindvoering meer tijd in beslag zou nemen, maar dit was volgens de betreffende medewerker geen probleem. De aanvraag is uiteindelijk pas in januari 2016 door de bewindvoerder doorgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar, terwijl de dochter van verzoekster de aanvraag reeds in december bij hem had afgegeven.
-  Anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, is het aanvraagformulier volledig door verzoekster en de indicierend wijkverpleegkundige ingevuld. Er is een aanvraag gedaan voor een PGB vv voor hulp bij het wassen en aankleden, het bereiden van voeding, het toedienen van medicatie en het controleren op huiddefecten. Deze zorg wordt verleend door de dochter van verzoekster.
-  De ziektekostenverzekeraar neemt op geen enkele wijze zijn verantwoordelijkheid, houdt zich star aan de regels en werkt niet mee aan een oplossing. Ook is de dochter van verzoekster onheus bejegend, toen een medewerker van de ziektekostenverzekeraar tijdens een telefonisch onderhoud besloot het gesprek te beëindigen en de verbinding verbrak.
-  Verzoekster is met ingang van 1 januari 2016 overgestapt naar een andere zorgverzekeraar. Door deze verzekeraar is het PGB vv met ingang van 2 maart 2016 toegekend.

- 4.4.  Ter zitting is door verzoekster toegelicht dat haar door de ziektekostenverzekeraar werd aangeraden zorg in natura te proberen. Dit heeft zij gedaan, maar dit was een compleet fiasco. Later is zij erop gewezen dat zij een PGB vv kon aanvragen. Haar werd gezegd dat ook als het wat later werd aangevraagd, dit nog met terugwerkende kracht zou kunnen. Verzoekster heeft het gevoel dat de weergave van de met de ziektekostenverzekeraar gevoerde gesprekken niet juist is.
-  Onder andere ontbreken telefoongesprekken en is tweemaal een bepaalde medewerker van de ziektekostenverzekeraar genoemd, terwijl hiermee slechts eenmaal is gesproken. Intussen heeft verzoekster bij de nieuwe zorgverzekeraar een PGB vv, maar de ingangsdatum hiervan vormt een probleem. Als zij zou kunnen zeggen dat zij op 31 december 2016 bij de ziektekostenverzekeraar een PGB vv had, is zij hiermee geholpen.
-  Verzoekster vraagt niet zoveel zorg. Zij is echter wel aangewezen op een PGB vv, onder andere vanwege de zuurstoftoediening. Ook wordt zij gecontroleerd in verband met diabetes mellitus.
-  Verder heeft verzoekster in 2015 onder begeleiding de medicatie in verband met schizofrenie afgebouwd.

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

 5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1.  De dochter van verzoekster heeft op 14 december 2015 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar met betrekking tot het PGB vv dat zij voor haar moeder wenste aan te vragen. Naar aanleiding van dit gesprek heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een aanvraagformulier gezonden, dat puntsgewijs dient te worden ingevuld. Dit is niet gebeurd, aangezien de gegevens van de wijkverpleegkundige niet zijn ingevuld.
-  Verder is het aanvraagformulier door de ziektekostenverzekeraar retour ontvangen op 16 januari 2016. Gelet op artikel 4.8 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar is de ingangsdatum van het PGB vv de datum waarop de ziektekostenverzekeraar het ingevulde aanvraagformulier heeft goedgekeurd. Aangezien deze datum valt in 2016, en verzoekster vanaf dat jaar niet meer bij de ziektekostenverzekeraar is verzekerd, is de aanvraag voor het PGB vv afgewezen.
- 5.2.  Verzoekster refereert aan een telefoongesprek dat heeft plaatsgevonden in september of oktober 2015. Van dit gesprek heeft de ziektekostenverzekeraar echter geen aantekening kunnen terugvinden, zodat niet is te achterhalen of het gesprek is gevoerd en wat toen is besproken.

Met betrekking tot de bejegening door de ziektekostenverzekeraar merkt deze op dat verzoekster juist is geïnformeerd, terwijl geen telefoongesprek is beëindigd van zijn zijde. Wellicht was sprake van een technische storing.

- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat twee aanvragen voor een PGB vv zijn ontvangen. De eerste aanvraag was niet voorzien van een indicatiestelling door de wijkverpleegkundige. Bij de tweede aanvraag was deze wel bijgevoegd. Uit deze indicatiestelling blijkt dat het gaat om planbare zorg.
Door verzoekster wordt gesproken van een onheuse bejegening. De telefoonnotities die zijn overgelegd, betreffen alle beschikbare notities. Deze kunnen alleen worden aangemaakt door de personen die op dat moment zijn ingelogd. Verder zou een toezegging zijn gedaan dat met terugwerkende kracht een PGB vv kan worden toegekend. Iedereen die met het PGB werkt, is goed ingewerkt, en weet dat dit op grond van het reglement niet is toegestaan.

- 5.4. 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 gehouden is het PGB vv alsnog 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 gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

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

“Omschrijving

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop.

(...)

Persoonsgebonden budget (PGB)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (PGB). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een PGB. 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. (...)

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.*
- 2. Als u vóór 1 januari 2015 een indicatie voor verpleging en verzorging hebt van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), dan blijft u zorg ontvangen van dezelfde zorgaanbieder. Dit betekent niet dat de zorg precies hetzelfde is als de zorg die u gewend was te ontvangen. (...)*

- 8.4. Artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' 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 zijn de functiebeperkingen niet veroorzaakt door normale verouderingsprocessen.

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger (ouder, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb verpleging en verzorging verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt o.a. in contracten afsluiten en controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten;*
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw wettelijk vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van 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 2015' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Hebt u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én kiest u er bewust voor om geen gebruik te maken van zorgaanbieders die door ons zijn gecontracteerd? Dan kunt u in aanmerking komen voor een pgb verpleging en verzorging. Hiermee kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb verpleging en verzorging.

Hierbij moet uw zorgvraag aansluiten bij een of meer van de volgende voorwaarden:

- u hebt vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;*
- u hebt zorg nodig 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 hebt zorg 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 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 2015' 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 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 toestemmingsbrief waarin de periode van toekenning van het pgb verpleging en verzorging is opgenomen en de hoogte van het budgetbedrag dat over de toegekende periode maximaal wordt vergoed.

- De ingangsdatum van het pgb verpleging en verzorging is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben goedgekeurd. De toekenning van het pgb verpleging en verzorging wordt schriftelijk aan u bevestigd. 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 2015' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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 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 verzoekster 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 2015' van de ziektekostenverzekeraar, dan wel dat geen indicatie bestaat als bedoeld in artikel 3 van genoemd reglement, zodat dit als vaststaand dient te worden aangenomen. Verder staat vast dat verzoekster met ingang van 1 januari 2016 elders is verzekerd.

Hetgeen partijen verdeeld houdt, is derhalve de vraag of verzoekster aanspraak kan maken op het PGB vv over de periode van 1 september 2015 - de ingangsdatum van de indicatie - tot en met 31 december 2015. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 9.3. In artikel 4.8 van eerdergenoemd reglement is bepaald dat het PGB vv ingaat op de dag dat de aanvraag door de ziektekostenverzekeraar is ontvangen en goedgekeurd. Vast staat dat het aanvraagformulier is ondertekend op 12 december 2015, derhalve na de datum waarvoor het PGB vv is aangevraagd, en dat het stuk eerst op 13 januari 2016 door de ziektekostenverzekeraar is ontvangen. De aanvraag kon derhalve eerst ná 13 januari 2016 worden verwerkt en het PGB vv pas ná genoemde datum ingaan. Dat dit het gevolg is van het laat doorsturen van de aanvraag door de bewindvoerder van verzoekster, zoals is aangevoerd, maakt niet dat een eerdere datum voor ontvangst heeft te gelden.
- Gelet op het bepaalde in het reglement wordt een PGB vv niet met terugwerkende kracht verleend. Verzoekster heeft, gezien hetgeen hiervoor is overwogen, geen aanspraak op het PGB vv met betrekking tot het tijdvak van 1 september 2015 tot en met 31 december 2015. Met ingang van 1 januari 2016 is zij niet langer bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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

Telefonische toezegging

- 9.5. Verzoekster heeft aangevoerd dat in september of oktober 2015 telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft plaatsgevonden, bij welke gelegenheid door één van zijn medewerkers is medegedeeld dat een PGB vv ook met terugwerkende kracht kan worden verleend. Een en ander wordt door de ziektekostenverzekeraar betwist. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- 9.6. In de procedure is aangetoond, noch aannemelijk gemaakt dat van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, bepaalde (telefonische) toezeggingen zijn gedaan. Daarbij hecht de commissie belang aan het feit dat door verzoekster in het bijzonder niet is toegelicht wie, op welke dag en op welk tijdstip is gesproken, nog daargelaten dat het moeilijk is de exacte vraagstelling en de beantwoording daarvan te reconstrueren, terwijl dan nog het probleem blijft hoe dit antwoord luidde, respectievelijk mocht worden opgevat.

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, 11 januari 2017,

J.A.M. Strens-Meulemeester