



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



Partijen : A te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, Persoonsgebonden Budget (PGB), beheer
Zaaknummer : 201700217
Zittingsdatum : 7 juni 2017



ANONIEM BINDEND ADVIES



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



(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a-c Rzv)

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoeker,



tegen



N.V. Univé Zorg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie



2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Vrij Polis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen Collectief Aanvullend Beter en Tand Beter afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding



3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 22 december 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanvraag is afgewezen.



3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 19 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.



3.4. Bij brief van 7 maart 2017 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.



3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 19 april 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 april 2017 aan verzoeker gezonden.

3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 25 april 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 mei 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

3.8. Op grond van artikel 114, derde lid, 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. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 juni 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

4.1. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker niet in staat is het PGB vv te beheren, zoals bedoeld in artikel 3.3 van het 'Reglement PGB vv 2017'. Verzoeker bestrijdt dit.

Het betreffende oordeel van de ziektekostenverzekeraar is gebaseerd op het feit dat in 2016 iets is misgegaan met de declaratie van nota's. Verzoeker erkent de gemaakte fouten en benadrukt dat hij hiervan heeft geleerd. Getracht wordt nota's op correcte wijze te declareren. Verzoeker heeft - net als de ziektekostenverzekeraar - belang bij een vlotte en correcte afwikkeling van de declaraties. Verder baseert de ziektekostenverzekeraar zijn oordeel op (de frequentie van) de telefoongesprekken die hebben plaatsgevonden inzake gedeclareerde nota's. Verzoeker licht toe dat hij in 2016 inderdaad veelvuldig heeft gebeld met de ziektekostenverzekeraar om te verifiëren of nota's waren aangekomen, alsook om te vragen naar de opstelling van de nota's. Hiermee heeft hij getracht de zaken rondom het PGB vv zo correct mogelijk te laten verlopen. Dat dit gegeven thans wordt gebruikt om duidelijk te maken dat verzoeker niet in staat zou zijn het PGB vv te beheren is zeer vreemd en onjuist. Tot het moment dat verzoeker zich tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen wendde, is dit aspect nooit ter sprake gekomen.

Verzoeker heeft meermalen, waaronder op 27 januari 2017 telefonisch, de ziektekostenverzekeraar verzocht toe te lichten wat moest worden gedaan om aan de voorwaarden van artikel 3.3 van het 'Reglement PGB vv 2017' te voldoen. Het enige dat aan hem werd medegedeeld was dat hij in 2016 fouten had gemaakt, op grond waarvan voor 2017 geen PGB vv meer wordt toegekend. De medewerker van de ziektekostenverzekeraar kon niet toelichten op welke manier verzoeker wel weer aan de voorwaarden kon voldoen.

Verzoeker acht de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet juist, omdat deze uitsluitend is gebaseerd op het verleden. Op basis daarvan worden aannames gedaan voor de toekomst. Verzoeker heeft lering getrokken uit het verleden. Hij stelt voor dat een vertegenwoordiger/beheerder wordt aangesteld die de nota's digitaal declareert en het budget in de gaten houdt. De heer Van E[...] is een kennis van verzoeker die voor deze taak zeer geschikt is, aangezien hij administratief en verzekeringstechnisch goed is onderlegd en bovendien gediplomeerd civiel bewindvoerder is.

4.2. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunten herhaald en benadrukt dat de afwijzing voor een PGB vv ziet op het door hem niet kunnen beheren hiervan. De ziektekostenverzekeraar baseert dit standpunt enkel op 41 telefonische contacten die hebben plaatsgevonden met betrekking tot het beheer in 2016. Omdat de ziektekostenverzekeraar verzoeker onjuiste formulieren had toegestuurd, hetgeen tot foute declaraties heeft geleid, hebben veel van deze contacten in de eerste maanden van 2016 plaatsgevonden. 30 telefonische contacten zien op een statusaanvraag. Van de overige 11 contacten zien er 5 op de afwijzing in 2017. Verzoeker stelt tijdens de telefonische contacten meerdere keren te hebben aangedrongen op schriftelijke communicatie. Hiertoe wilde de ziektekostenverzekeraar echter niet overgaan, zodat hij wel moest bellen. Dat mondelinge communicatie moeizaam verloopt, wordt nu ten onrechte als argument gebruikt om de aanvraag

voor een PGB vv af te wijzen. Verzoeker stelt in het verleden nooit problemen te hebben ondervonden met het beheer. Alle declaraties werden door hem zelf ingediend. De boekhouder houdt zich enkel bezig met zijn financiële administratie. Alleen bij onduidelijkheden vraagt hij de boekhouder om advies. Hij merkt nog op dat hij niet begrijpt dat de ziektekostenverzekeraar hem nooit gewezen heeft op de fout die hij maakte met het indienen van de declaraties. Toekomstige declaraties zal hij indienen via 'mijnunive.nl'.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Om aanspraak te kunnen maken op een PGB vv dient te worden voldaan aan de voorwaarden van het 'Reglement PGB vv 2017'. In artikel 3.3 van dit reglement is opgenomen dat een verzekerde in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren.

5.2. Verzoeker heeft op het aanvraagformulier voor een PGB vv als ingangsdatum 18 oktober 2016 ingevuld. Hij had echter voor het hele jaar 2016 een PGB vv, en niet tot 18 oktober 2016. De ziektekostenverzekeraar heeft de betreffende toekenningsbrief overgelegd. De nieuwe indicatie is gelijk aan de indicatie waarvoor tot en met 31 december 2016 een PGB vv was toegekend. Er is dan ook geen enkele reden om de nieuwe indicatie in 2016 te laten ingaan, en het reglement van 2016 te hanteren. De ziektekostenverzekeraar toetst elk jaar opnieuw en hanteert derhalve voor de beoordeling van de aanvraag van verzoeker het reglement van 2017.

5.3. De aanvraag van verzoeker voor een PGB vv is afgewezen op grond van artikel 3.3 van het 'Reglement PGB vv 2017'. Verzoeker is namelijk niet in staat het PGB vv te beheren. De ziektekostenverzekeraar is op grond van het hiernavolgende tot deze beslissing gekomen. Een medewerker heeft telefonisch contact gehad met verzoeker om de aanvraag te bespreken. Uit dit gesprek bleek dat de administratie van het PGB vv van verzoeker wordt gedaan door zijn boekhouder. Daarnaast is er te veel gedeclareerd waardoor verzoeker niet voldoende budget over had in 2016 voor de declaratie van december. Ook heeft in 2016 meerdere malen contact plaatsgevonden over nota's die niet waren uitbetaald. Deze nota's kon de ziektekostenverzekeraar niet verwerken, omdat de declaraties niet correct waren ingevuld. Verzoeker heeft in het telefoongesprek toegelicht dat zijn boekhouder alleen de jaarafrekening doet, en dat zijn echtgenote en dochter het PGB vv beheren. Echter, in een eerder telefoongesprek deelde hij mede dat zijn boekhouder de post krijgt en de declaraties naar de ziektekostenverzekeraar stuurt. Voorts heeft in 2016 zeer regelmatig telefonisch contact tussen de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling en verzoeker (en/of personen namens hem) plaatsgevonden. Op 27 januari 2017 heeft telefonisch contact met de boekhouder van verzoeker plaatsgevonden, en niet met verzoeker zelf.

In het kader van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de ziektekostenverzekeraar het dossier opnieuw voorgelegd aan de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. Die afdeling heeft contact opgenomen met verzoeker en zijn echtgenote. Op 20 februari 2017 heeft een medewerker met hen, en met de heer Van E[...] (de boekhouder) gesproken. De registratie van dit gesprek is overgelegd.

Gezien de bevindingen van de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling, alsook die tijdens het gesprek van 20 februari 2017, is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat verzoeker het PGB vv niet adequaat kan beheren, ook niet met hulp van zijn echtgenote. De heer Van E[...] is geen (wettelijk) vertegenwoordiger als bedoeld in het 'Reglement PGB vv 2017'. De ziektekostenverzekeraar verwijst in dit kader naar de begripsbepalingen in het reglement.

De ziektekostenverzekeraar licht toe dat verzoeker in voorgaande jaren voldeed aan de toen geldende voorwaarden, zodat eerder wel een PGB vv aan hem werd toegekend. De toetsing inzake het beheer wordt pas vanaf aanvragen voor 2017 uitgevoerd.

Voor verzoeker bestaat de mogelijkheid de zorg te ontvangen in natura, via een gecontracteerde zorgaanbieder.



5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunten herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat uit telefonisch contact met verzoeker is gebleken dat de boekhouder zijn administratie doet. De boekhouder is niet aan te merken als (wettelijk) vertegenwoordiger in de zin van het 'Reglement PGB vv 2017'. Op basis van alle beschikbare informatie is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat verzoeker en zijn echtgenote niet in staat zijn tot het beheer van een PGB vv. Daarnaast gevraagd kan de ziektekostenverzekeraar niet bevestigen dat 30 van de 41 telefonische contacten zien op een statusaanvraag. Hij merkt nog op dat eind 2016 een te hoog bedrag is gedeclareerd. Hierdoor was sprake van een ontoereikend budget voor later ingediende declaraties.



5.5. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.



6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering 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 ziektekostenverzekeraar is gehouden aan verzoeker voor het jaar 2017 een PGB vv 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 39 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 vergoeding van de kosten van 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 cliëntsysteem 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.
(...)*

Wie mag de zorg verlenen



*Verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).
(...)*

Bijzonderheden

1. U hebt alleen recht op vergoeding van de kosten van 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 3 van het 'Reglement PGB vv 2017' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 3: Voorwaarden voor toegang pgb vv U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

(...)
3. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren;
(...)

Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het pgb vv verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan dient te worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een pgb vv."

- 8.5. In het 'Reglement PGB vv 2017' van de ziektekostenverzekeraar zijn in artikel 10 de begripsbepalingen opgenomen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Wettelijk vertegenwoordiger

Een wettelijk vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een curator, mentor of bewindvoerder, door de Rechtbank vastgesteld.

Vertegenwoordiger

Een vertegenwoordiger is een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst uit uw familie (bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad) en die niet aan de definitie van de wettelijk vertegenwoordiger voldoet. Wij beoordelen of u met deze vertegenwoordiger in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het pgb verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren.

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand:

- die bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij/zij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad, niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
- die niet beschikt over een geldig woonadres;
- wiens vrijheid is ontnomen;
- op wie de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, of daartoe een verzoek bij de rechtbank is ingediend;
- die surséance van betaling heeft aangevraagd, in staat van faillissement verkeert of (ooit) failliet is verklaard;
- die anderszins onvoldoende waarborg zal bieden voor het nakomen van de voor de budgethouder aan het PGB verbonden verplichtingen.

Ook een organisatie of persoon die tegen een vergoeding uw pgb vv beheert, wordt niet geaccepteerd als vertegenwoordiger."

- 8.6. Artikel 13 van de zorgverzekering en het 'Reglement PGB vv 2017' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.7. Artikel 11, eerste lid, onderdeel b, 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 vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
In artikel 13a Zvw is de aanspraak op verpleging en verzorging in de vorm van een PGB opgenomen.
Verpleging en verzorging is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv.
Het PGB vv is opgenomen in de artikelen 2.29a tot en met 2.29c Rzv.
- 8.8. 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
- 9.1. De zorgverzekering biedt aanspraak op een PGB vv. Er dient hierbij te worden voldaan aan de nadere voorwaarden die zijn opgenomen in het 'Reglement PGB vv' van de ziektekostenverzekeraar. Het door verzoeker ingediende aanvraagformulier heeft als ingangsdatum voor het PGB vv 18 oktober 2016. Door de ziektekostenverzekeraar is evenwel gesteld, en door verzoeker is niet bestreden, dat de aanvraag geen betrekking kan hebben op het jaar 2016 omdat voor dat jaar al een PGB vv is toegekend tot en met 31 december. Om die reden kan de aanvraag enkel zien op het jaar 2017 en moet worden getoetst aan het 'Reglement PGB vv 2017' van de ziektekostenverzekeraar. De commissie onderschrijft deze visie.
De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag van verzoeker voor een PGB vv afgewezen onder verwijzing naar artikel 3.3 van genoemd reglement. Hiermede staat naar het oordeel van de commissie vast dat verzoeker behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2017'. De vraag die dient te worden beantwoord is derhalve of tevens wordt voldaan aan artikel 3.3 van dit reglement.
- 9.2. Artikel 3.3 van het 'Reglement PGB vv 2017' van de ziektekostenverzekeraar bevat een aantal cumulatieve voorwaarden. Dit betekent dat aan een verzekerde die behoort tot de doelgroep waarvoor een PGB vv is aangewezen, alleen een PGB vv wordt toegekend indien is voldaan aan *alle* voorwaarden uit dit artikel.
De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker het PGB vv, ook niet met hulp van zijn echtgenote, adequaat kan beheren. De boekhouder van verzoeker kan daarnaast niet worden aangemerkt als (wettelijk) vertegenwoordiger als bedoeld in het 'Reglement PGB vv 2017'. De ziektekostenverzekeraar heeft verwezen naar de gang van zaken rondom het toegekende PGB vv in 2016, meer specifiek de declaraties van nota's en de veelvuldige contactmomenten met verzoeker en personen namens hem.
Verzoeker heeft bestreden dat hij het PGB vv niet zou kunnen beheren. Volgens hem is de verwijzing van de ziektekostenverzekeraar naar de gang van zaken in 2016 niet afdoende om de afwijzende beslissing voor 2017 te motiveren. Verzoeker stelt voor iemand - zijn boekhouder - als vertegenwoordiger aan te stellen, en diegene het PGB vv te laten beheren.
De commissie overweegt in de eerste plaats dat gesteld noch gebleken is dat verzoeker in zijn geestelijke vermogens is aangetast.

Ten tweede heeft de ziektekostenverzekeraar er weliswaar melding van gemaakt dat de Nederlandse taal niet de moedertaal is van verzoeker (en zijn echtgenote), doch hij heeft niet gemotiveerd gesteld dat verzoeker de Nederlandse taal niet (in voldoende mate) machtig is. Voorts heeft verzoeker in ieder geval voor het jaar 2016 een PGB vv toegekend gekregen en dit zelf beheerd of mede door zijn echtgenote laten beheren. De situatie van verzoeker ten aanzien van het beheer is in 2017 ten opzichte van 2016 niet veranderd. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit kader nog gesteld dat het beheer eerst bij aanvragen voor 2017 door hem wordt getoetst, maar de commissie vermag de juistheid en logica hiervan niet in te zien. Immers, ook in het jaar 2016 gold dat een verzekerde in staat moest zijn op eigen kracht dan wel met hulp van een vertegenwoordiger de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Indien de ziektekostenverzekeraar dit voorheen in het geheel niet onderscheidenlijk anders beoordeelde, kan hij hier niet zonder meer op terugkomen, maar zal hij de betrokken verzekerden hierover tijdig moeten informeren.

Gelet op het voorgaande, heeft de ziektekostenverzekeraar niet voldoende aannemelijk gemaakt dat verzoeker niet in staat is het PGB vv te beheren.

- 9.3. Overigens is het correct dat de boekhouder van verzoeker niet is aan te merken als (wettelijk) vertegenwoordiger als bedoeld in het 'Reglement PGB vv 2017' van de ziektekostenverzekeraar, maar hieraan wordt feitelijk niet toegekomen, nu niet is komen vast te staan dat verzoeker niet zelf - al dan niet tezamen met zijn echtgenote - in staat is het PGB vv te beheren. Ter zijde kan worden opgemerkt dat de echtgenote en dochter van verzoeker wél zijn aan te merken als vertegenwoordiger als bedoeld in het reglement.
- 9.4. Aangezien de ziektekostenverzekeraar zich uitsluitend op artikel 3.3 van het 'Reglement PGB vv 2017' heeft beroepen, betekent dit dat de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar geen stand kan houden. Te gelden heeft dat verzoeker aan alle voorwaarden uit dit artikel voldoet. Daarom heeft verzoeker aanspraak op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering. De commissie merkt hierbij op dat deze beslissing ziet op het jaar 2017. Voor de daaropvolgende jaren of in geval van een tussentijdse wijziging van de indicatie, dient de ziektekostenverzekeraar - indien verzoeker hiertoe een aanvraag indient - opnieuw te toetsen of verzoeker voldoet aan de voorwaarden die alsdan gelden voor een PGB vv.

Conclusie

- 9.5. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen.
- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 21 juni 2017,

J.A.M. Strens-Meulemeester