



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De heer A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), aantal geïndiceerde uren, beëindiging, beheer
Zaaknummer : 201800944
Zittingsdatum : 20 maart 2019



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar te Arnhem hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie




- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ 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. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een ophoging van het Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 16 maart 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 18 mei 2018 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 9 oktober 2018 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het PGB vv met ingang van 1 november 2018 wordt beëindigd. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 15 oktober 2018 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.5. Bij brief van 7 november 2018 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is (i) het PGB vv met terugwerkende kracht toe te kennen met ingang van 1 november 2018 en (ii) de aanvraag voor de verhoging van het PGB vv te honoreren (hierna: het verzoek).
- 3.6. 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.

-  3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 21 januari 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 22 januari 2019 aan verzoeker gezonden.
-  3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 5 februari 2019 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 19 februari 2019 medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.9. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
-  3.10. 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.
-  3.11. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 20 maart 2019 gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

-  4.1. Verzoeker heeft aanspraak op verpleging en verzorging ten laste van de zorgverzekering. Hij wenst de zorg zelf in te kopen door middel van een PGB vv. Bij brief van 16 maart 2018 heeft de zorgverzekeraar de aanvraag voor een PGB vv ten onrechte afgewezen onder verwijzing naar artikel 3.3. van het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging. Uit dit artikel volgt dat verzoeker in staat moet zijn op eigen kracht of met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger het PGB vv te beheren. De zoon van verzoeker heeft zich bereid verklaard het PGB vv van verzoeker te beheren en hierover is de zorgverzekeraar geïnformeerd. Dit betekent dat er voor de zorgverzekeraar geen reden is de aanvraag af te wijzen.
-  4.2. Er bestaat daarnaast geen aanleiding voor de zorgverzekeraar het PGB vv met ingang van 1 november 2018 stop te zetten. Immers, het PGB vv is stopgezet omdat verzoeker niet zou voldoen aan de verplichtingen als genoemd in het aangehaalde reglement. Zoals hiervoor is gesteld, heeft verzoeker een vertegenwoordiger aangewezen om het PGB vv te beheren. De zorgverzekeraar heeft niet toegelicht aan welke andere verplichtingen verzoeker niet voldoet. In dit kader wijst verzoeker erop dat hij op verzoek van de zorgverzekeraar afschriften van zijn administratie aan hem heeft gestuurd en de zorgverzekeraar hem niet heeft bericht dat de administratie niet in orde was. Bovendien is niet gebleken van een betalingsachterstand, op grond waarvan een aanvraag voor een PGB vv kan worden afgewezen. Verzoeker is om deze redenen van mening dat de zorgverzekeraar geen grond had het PGB vv te beëindigen.
-  4.3. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat met ingang van 31 december 2018 wél een PGB vv aan hem is toegekend, waarbij zijn zoon is aangewezen als vertegenwoordiger. Verzoeker meent dat deze situatie in 2018 niet anders was, waardoor hij de afwijzing van de aanvraag voor het PGB vv destijds niet kan plaatsen. Verder wijst verzoeker erop dat de zorgverzekeraar hem een termijn heeft gegeven om een vertegenwoordiger aan te wijzen en een afschrift van zijn administratie over te leggen. Aan deze voorwaarden heeft verzoeker binnen de gestelde termijn voldoen, maar dit heeft echter niet tot een toewijzing voor het PGB vv geleid. Bovendien heeft de zorgverzekeraar niet onderbouwd waarom de zoon niet als vertegenwoordiger zou kunnen optreden, dan wel waarom de administratie niet op de orde zou zijn. De vraag is dan ook of de zorgverzekeraar in deze wel zorgvuldig heeft gehandeld.

4.4. 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 een aanvraag voor een PGB vv ingediend bij de zorgverzekeraar. In het kader van de beoordeling van deze aanvraag is op 7 maart 2018 en 8 maart 2018 telefonisch contact opgenomen met verzoeker voor een zogenoemd 'bewust keuze gesprek'. Op grond van de ingediende aanvraag en deze gesprekken heeft de zorgverzekeraar vastgesteld dat verzoeker geen aanspraak heeft op een PGB vv. Uit de gesprekken kwam namelijk naar voren dat hij niet in staat was zelfstandig het PGB vv te beheren en dat hij geen vertegenwoordiger had aangewezen als bedoeld in het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging, te weten een bloedverwant in de 1e of 2e graad. Immers, de administratie van verzoeker wordt gevoerd door de echtgenote van de neef van verzoeker, hetgeen ook door haar is bevestigd in een telefoongesprek op 13 maart 2018.

Verzoeker heeft weliswaar aangevoerd dat zijn zoon is aangewezen als vertegenwoordiger, maar hij heeft een machtiging hieromtrent op april 2018 ingetrokken. Bovendien blijkt uit het voorgaande reeds dat de zoon van verzoeker het PGB vv niet beheert. Daarbij staat niet vast dat hij op de hoogte is van de taken en verplichtingen die horen bij het PGB vv.

5.2. Tevens blijkt uit de administratie van verzoeker dat niet wordt voldaan aan de bepalingen uit het aangehaalde reglement. Zo wordt een vast maandloon gedeclareerd en is zorg gedeclareerd op momenten dat verzoeker in het ziekenhuis was opgenomen. Overigens is de continuïteit van de zorg voor verzoeker niet goed geregeld, hetgeen ook wringt met het reglement. Deze zaken tonen aan dat verzoeker tekort schiet in het beheer en het naleven van de voorwaarden die horen bij het PGB vv.

5.3. Op grond van artikel 9 van het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging kan een PGB vv worden beëindigd, indien blijkt dat een verzekerde bij een eerdere verstrekking van een PGB vv niet in staat is gebleken dit zelfstandig of met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te beheren. Zoals hiervoor uiteen is gezet, is gebleken dat verzoeker hiertoe niet in staat was, hetgeen aanleiding is geweest het PGB vv met ingang van 1 november 2018 stop te zetten. Verzoeker heeft nog wel aanspraak op verpleging en verzorging als zorg in natura.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoeker er meerdere malen op is gewezen dat hij niet voldeed aan (administratieve) taken en verplichtingen die horen bij het PGB vv. In dit verband is hij er onder andere op gewezen dat geen vast maandloon mocht worden gehanteerd. Daarnaast is hem geadviseerd een vertegenwoordiger aan te wijzen om hem bij te staan. Verzoeker heeft weliswaar een machtiging afgegeven voor zijn zoon, maar daarmee is hij niet aangewezen als vertegenwoordiger, dan wel beheerde van het PGB vv van verzoeker. Op grond van deze machtiging mocht de zorgverzekeraar enkel vertrouwelijke en medische informatie delen met de zoon van verzoeker. Verder heeft de zorgverzekeraar een afschrift ontvangen van de administratie van verzoeker. Hieruit is naar voren gekomen dat de administratie op meerdere punten niet voldoet, omdat verzoeker: (i) een vast maandloon hanteert, (ii) de continuïteit van zorg niet is geregeld, (iii) uit de urenregistraties volgt dat hij de ene dag 2 uur zorg ontvangt, maar dagen daarop volgend geen zorg krijgt – dit terwijl hij een PGB vv heeft voor een aantal uren per week en omgerekend 50 minuten per dag, (iv) de aangewezen zorgverlener uit Duitsland komt en meer reistijd heeft dan er zorg wordt verleend, (v) zorg wordt gedeclareerd die niet onder het PGB vv valt, zoals het opmaken van het bed en het föhnen van de haren en (vi) zorg is gedeclareerd waarvoor geen indicatie is gesteld, zoals het knippen van de nagels. Daarmee wordt het PGB vv niet beheert zoals het hoort en is het PGB vv op grond van artikel 9 van het Reglement PGB vv ingetrokken.

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 gehouden is (i) het PGB vv met terugwerkende kracht toe te kennen met ingang van 1 november 2018 en (ii) de aanvraag voor de verhoging van het PGB vv te honoreren (hierna: het verzoek).

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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 38 van de zorgverzekering.

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

*"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. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntstelsel en casemanagement.
(...)*

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/of verzorging hebt en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5. Deze 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. In artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2018' van de zorgverzekeraar zijn de voorwaarden voor toegang tot een PGB vv opgenomen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

1. u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging zoals benoemd in artikel 2.1. van dit reglement waarvan de datum waarop de indicatie gesteld is, niet ouder is dan 3 maanden op het moment dat de aanvraag binnen is bij ons;

2. u bent naar ons oordeel in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. Hiervan is in ieder geval geen sprake in de volgende situaties:

3. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen (zie hiervoor onder andere artikel 8, Verplichtingen) op verantwoorde wijze uit te voeren. De volgende aspecten wegen wij mee in onze beoordeling:

a. of u zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, Wet langdurige zorg, Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) 2015, Zorgverzekeringswet of Jeugdwet hebt gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;

b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de Zvw-pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;

c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;

d. u hebt of had het afgelopen jaar een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;

4. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;

5. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.

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

- 8.5. In artikel 4 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2018' van de zorgverzekeraar staat op welke gronden een PGB vv wordt geweigerd. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"U ontvangt in ieder geval geen Zvw-pgb als zich één van de volgende weigeringsgronden voordoet:

1. u bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;

(...)

8. Het Zvw-pgb wordt geweigerd als u wordt geholpen door een andere vertegenwoordiger dan uw wettelijke vertegenwoordiger, een bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad of uw echtgenoot of (geregistreerde) partner. (...)"

- 8.6. In artikel 9 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2018' van de zorgverzekeraar staat op welke gronden een PGB vv kan worden herzien of worden ingetrokken. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"Uw Zvw-pgb kan worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toestemming als:

a. u niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden;

b. u voldoet aan een van de weigeringsgronden;

c. u niet voldoet aan de in dit reglement gestelde verplichtingen;

(...)

l. er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen; (...)"

- 8.7. In artikel 10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2018' van de zorgverzekeraar zijn de begripsomschrijvingen opgenomen. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"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 Zvw-pgb verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren.

(...)

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. (...)"

- 8.8. Artikel van de zorgverzekering en het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2018' van de zorgverzekeraar zijn volgens artikel 2.10 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.9. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.
Verpleging en Verzorging is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv. Het PGB vv is geregeld in artikel 13a Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.29a tot en met 2.29c Rzv.
- 8.10. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.
9. Beoordeling van het geschil
- 9.1. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld en dat hij een indicatie heeft voor Verpleging en Verzorging. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag of verzoeker in staat is het PGB vv zelfstandig of met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te beheren, een en ander overeenkomstig artikel 3.3. van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2018' van de zorgverzekeraar (hierna: het reglement).

- 9.2. De zorgverzekeraar heeft aangevoerd dat hij op 7 maart 2018 en 8 maart 2018 telefoongesprekken heeft gevoerd met verzoeker, waaruit is gebleken dat hij niet in staat is zelfstandig zijn administratie te voeren en het PGB vv te beheren. De administratie wordt gevoerd door de echtgenote van de neef van verzoeker, hetgeen ook door haar is bevestigd in een telefoongesprek op 13 maart 2018. Het voorgaande is door verzoeker niet - dan wel onvoldoende - bestreden, zodat de commissie dit als vaststaand aanneemt. De echtgenote van de neef van verzoeker is geen (wettelijk) vertegenwoordiger als bedoeld in artikel 3.3. van het reglement. Dit betekent dat de aanvraag van verzoeker voor een PGB vv bij brief van 16 maart 2018 door de zorgverzekeraar terecht en op juiste gronden is afgewezen. Hetgeen verzoeker heeft aangevoerd, met name dat hij zijn zoon als vertegenwoordiger heeft aangewezen, maakt het voorgaande niet anders. Immers, de echtgenote van de neef van verzoeker heeft verklaard dat zij feitelijk de administratie voert. Bovendien blijkt uit de verklaring van de zorgverzekeraar dat verzoeker weliswaar een machtiging heeft afgegeven, maar dat hij daarmee zijn zoon niet heeft aangewezen als vertegenwoordiger in het kader van het PGB vv. Dit is door verzoeker niet bestreden.
- 9.3. Tussen partijen is voorts in geschil of de zorgverzekeraar gerechtigd was het PGB vv van verzoeker met ingang van 1 november 2018 te beëindigen. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.4. Op grond van artikel 9 van het reglement kan een PGB vv onder andere worden ingetrokken op het moment dat een verzekerde niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden, sprake is van één van de weigeringsgronden of bij een dossieronderzoek onregelmatigheden naar voren komen. In dit kader heeft de zorgverzekeraar aangevoerd dat verzoeker niet in staat is gebleken het PGB vv zelfstandig of met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te beheren en dat dit reeds aanleiding vormt het PGB vv te beëindigen. Voorts heeft de zorgverzekeraar gesteld dat - in strijd met het reglement - onder andere (i) zorg is gedeclareerd gedurende de periodes dat verzoeker was opgenomen in het ziekenhuis, (ii) iedere maand een vast bedrag wordt gedeclareerd en derhalve sprake is van een vast maandloon en (iii) zorg is gedeclareerd die niet onder het PGB vv valt of waarvoor geen indicatie is gesteld. Verzoeker heeft het voorgaande betwist en aangevoerd dat de zorgverzekeraar hem er niet eerder dan in de onderhavige procedure op heeft gewezen op welke punten de administratie niet juist zou zijn. Verder heeft verzoeker zijn zoon als vertegenwoordiger aangewezen op het PGB vv te beheren.
- 9.5. Het staat vast dat verzoeker in het verleden - te weten ten tijde van de aanvraag voor een PGB vv in maart 2018 - niet in staat was het PGB vv zelfstandig, dan wel met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger als bedoeld in het reglement beheren. Immers, de administratie werd destijds gevoerd door de echtgenote van een neef van verzoeker, die niet is aan te merken als bedoelde vertegenwoordiger. Zoals onder 9.2 is overwogen heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt dat zijn zoon destijds administratie heeft overgenomen, dan wel als vertegenwoordiger is aangewezen. Dit is reeds één van de weigeringsgronden op grond waarvan op basis van artikel 9 van het reglement kan worden besloten het PGB vv te beëindigen. Naar de commissie begrijpt heeft de zorgverzekeraar van deze mogelijkheid gebruik gemaakt en verzoeker bij brief van 9 oktober 2018 geïnformeerd dat het PGB vv met ingang van 1 november 2018 wordt stopgezet. De commissie is van oordeel dat het PGB vv hiermee conform het reglement is beëindigd. Overigens merkt de commissie op dat de zorgverzekeraar weliswaar heeft verklaard op welke onderdelen de administratie van verzoeker niet voldoet, maar heeft hij hiervan geen bewijsstukken overgelegd. Om die reden is niet objectief vast te stellen of de verklaringen van de zorgverzekeraar op dit punt juist zijn, zodat de commissie de verklaringen van de zorgverzekeraar op dit punt niet kan volgen. Dit maakt het voorgaande evenwel niet anders.

Conclusie

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



10. Het bindend advies

10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 3 april 2019,



H.A.J. Kroon

