



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie, hoogte uren,
schending privacy
Zaaknummer : 201700619
Zittingsdatum : 13 september 2017

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, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017)

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.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Eigen Keuze (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 Best afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De eveneens ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende verzekering VGZ Tand Best 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) met ingang van 1 januari 2017. Bij brief van 3 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat haar geen PGB vv wordt toegekend.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 27 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 19 mei 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden haar alsnog, met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017, een PGB vv 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 21 juli 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 24 juli 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 4 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 9 augustus 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 25 juli 2017 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 28 augustus 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2017033352) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd de ziektekostenverzekeraar contact te laten opnemen met verzoekster opdat een nieuwe indicatie kan worden gesteld. Het Zorginstituut komt tot dit advies op de grond dat: *"De zorg zoals deze is geïndiceerd, wordt niet onderbouwd aan de hand van de beperkingen die mogelijk zouden kunnen voortvloeien uit de genoemde diagnoses. Op basis van de in het dossier beschikbare gegevens kan de medisch adviseur daarom niet vaststellen of de behoefte aan zorg gebaseerd is op een somatische grondslag of mogelijke beperkingen die hieruit voortvloeien. De medisch adviseur merkt daarnaast op dat er geen geldige indicatie aanwezig is, nu de indicierend verpleegkundige hiervan afstand heeft genomen."* Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 29 augustus 2017 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft op 1 september 2017 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is bekend met een niet goed functionerende schildklier, astma, COPD, maagzweren en vaatlijden. In het verleden heeft zij borstkanker en een CVA gehad. Als gevolg van voornoemd ziektebeeld heeft verzoekster hulp nodig bij het aan- en uittrekken van de steunkousen en bij het verrichten van Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (hierna: ADL). Voorts heeft zij begeleiding en structuur nodig bij het bereiden en het op vaste momenten innemen van maaltijden. Ook dient toezicht op haar medicijngebruik te worden gehouden. Verder heeft verzoekster ondersteuning nodig bij het uitvoeren van mantelzorg ten behoeve van haar partner. Verzoekster verkeert in een lastige thuissituatie vanwege psychotische aanvallen van haar partner. Zij heeft nauwelijks contacten buitenshuis en raakt hierdoor in een isolement. Verzoekster gebruikt al enkele jaren antidepressiva. Zij merkt op graag bij haar partner te willen blijven wonen en hem niet in de steek te willen laten, maar dit is alleen mogelijk indien zij ondersteuning van haar vaste zorgverlener ontvangt. Een PGB vv is daarom volgens verzoekster de enige optie.
- 4.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende vermeld: *"Waarom wilt u een PGB vv? (...) Zorgvraag is zeer wisselend. Kritische situaties. Eerdere reguliere zorginstellingen 2 x geprobeerd was geen optie. (...) Beschrijf hieronder waarvoor u zorg gaat ontvangen?: Steunkousen. Trachten situatie te stabiliseren."*
- 4.3. In het zorgplan wordt, voor zover hier van belang, het volgende over verzoekster verklaard: *"Dagelijks hulp nodig in de vorm van persoonlijke verzorg[ing] en verpleegkundige aandacht, 1,5 uur gemiddeld per dag zodat de preventie goed uitgevoerd kan worden. Aantrekken van lange steunkousen (tot de liezen). Preventie op veranderlijke gezondheidsproblematiek (...). Mevrouw moet waken voor wondjes ivm infecties. (...) Structuur bieden met maaltijden qua tijden maar ook qua samenstelling. (...) Toezicht op goed en regelmatig gebruik van haar vele medicatie. Helpen bij het goed verdelen van haar beperkte energie, (...) en stimuleren tot goede dagelijkse beweging. Morele ondersteuning om haar mantelzorgtaken aan te pakken. (...)"* De indicierend wijkverpleegkundige heeft bij verzoekster een indicatie gesteld van elf uren Persoonlijke Verzorging per week.

4.4. Verzoekster is het niet eens met de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar en kan zich vooral niet vinden in de wijze waarop deze beslissing tot stand is gekomen. Zij stelt dat de indicatie van elf uren Persoonlijke Verzorging per week door een onafhankelijke, door de ziektekostenverzekeraar ingeschakelde, wijkverpleegkundige is gesteld. Een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens tijdens een telefonisch contact met de verpleegkundige getracht de indicatie te laten bijstellen tot vier uren Persoonlijke Verzorging per week. In dit verband wordt verwezen naar een e-mailbericht van 24 januari 2017 van de ziektekostenverzekeraar aan de wijkverpleegkundige. Ook zijn er zonder voorafgaande aankondiging telefoongesprekken gevoerd met verzoekster en haar zorgverlener. Deze gesprekken zijn door beiden als zeer vervelend ervaren. Nadat verzoekster om heroverweging van de afwijzende beslissing had verzocht, is zonder haar toestemming door de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact opgenomen met haar huisarts. Deze heeft vervolgens een huisbezoek bij verzoekster afgelegd. De huisarts heeft na afloop van het huisbezoek, wederom zonder haar toestemming, telefonisch medische gegevens van verzoekster met de ziektekostenverzekeraar gedeeld, op basis van welke informatie de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzende beslissing heeft gehandhaafd. Verzoekster betwist de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat een deel van de zorgvraag tot de Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo) behoort. Zij stelt dat de afwijzende beslissing zowel inhoudelijk als op procedurele gronden geen stand kan houden. De ziektekostenverzekeraar dient zich naar haar mening te houden aan de door de wijkverpleegkundige gestelde indicatie en haar overeenkomstig die indicatie een PGB vv toe te kennen.

Verzoekster merkt nog op te overwegen een klacht in te dienen bij de tuchtrechter ten aanzien van het handelen van de huisarts en verklaart inmiddels te zijn ingeschreven bij een andere huisartsenpraktijk.

4.5. Met betrekking tot de stelling van de medisch adviseur van het Zorginstituut dat medische informatie ter onderbouwing van haar zorgvraag ontbreekt, merkt verzoekster op dat in de overgelegde stukken diverse relevante diagnoses worden besproken. Het advies van de medisch adviseur om een nieuwe indicatie te laten stellen, biedt volgens verzoekster geen oplossing van het geschil. Zij verklaart verder dat van een intrekking door de indicierend verpleegkundige van de door hem gestelde indicatie bij haar niets bekend is.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Verzoekster had in 2016 aanspraak op een PGB vv voor zeven uren Persoonlijke Verzorging per week. In december 2016 heeft zij een nieuwe aanvraag ingediend voor een PGB vv per 1 januari 2017 voor elf uren Persoonlijke Verzorging per week. Deze aanvraag was niet compleet. Het zorgplan alsmede een verantwoording ten aanzien van het aantal geïndiceerde uren ontbrak. Ook bleek dat in de indicatie zorg was opgenomen die niet is aan te merken als wijkverpleging in de zin van de Zvw - zoals het fungeren als gesprekspartner en huishoudelijke hulp -, hetgeen valt onder begeleiding in de zin van de Wmo. Om die reden is telefonisch contact opgenomen met verzoekster, haar bewindvoerder en haar zorgverlener, en zijn diverse gesprekken gevoerd met de indicierend wijkverpleegkundige. Verwezen wordt naar de contactregistraties.

De indicierend wijkverpleegkundige heeft tijdens de telefonisch contacten ingestemd met een verlaging van het aantal door hem geïndiceerde uren. Hier is hij later echter op terug gekomen, waarbij hij heeft verklaard geen medewerking te willen verlenen aan een aanpassing van de indicatie. De ziektekostenverzekeraar heeft, handelend overeenkomstig zijn werkwijze, de gehele indicatie hierop afgewezen.

5.2. Na het verzoek om heroverweging is de aanvraag voorgelegd aan het team Medisch Advies van de ziektekostenverzekeraar. Omdat de medewerkers meer informatie nodig hadden over de medische situatie van verzoekster is door hen telefonisch contact opgenomen met de huisarts. Uit het huisbezoek dat deze bij verzoekster heeft afgelegd, is gebleken dat er geen medische reden is dat verzoekster, eventueel met gebruik van daarvoor bestemde hulpmiddelen, niet zelf

haar steunkousen kan aan- en uittrekken. Voor een passend hulpmiddel kan zij terecht bij een ergotherapeut. Ook is er geen medische reden waardoor verzoekster niet ADL-zelfredzaam is. Dit bevestigt de aanname dat de geïndiceerde zorg voornamelijk is gericht op ondersteuning en begeleiding in de zin van de Wmo. De wijkverpleegkundige stelt weliswaar de indicatie, maar het is de ziektekostenverzekeraar die oordeelt of de zorgvraag tot het domein van de Zvw behoort. Nu bij verzoekster geen sprake is van een somatische aandoening op basis waarvan haar zorgvraag tot het domein van de Zvw behoort, heeft zij geen aanspraak op een PGB vv en komt zij evenmin in aanmerking voor zorg in natura.

De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat de aanvraag niet inhoudelijk is getoetst aan de nadere voorwaarden die zijn opgenomen in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2017'.

5.3. De ziektekostenverzekeraar biedt zijn excuses aan voor het feit dat de telefonische contacten door verzoekster en haar zorgverlener als vervelend zijn ervaren.

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 artikel 7 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 is gehouden aan verzoekster met ingang van 1 januari 2017 een PGB vv toe te kennen op basis van elf uren Persoonlijke Verzorging per week, 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 restitutiepols, 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 recht op vergoeding van de kosten van 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 cliëntensysteem en casemanagement. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop.
(...)*

Persoonsgebonden budget (pgb)

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

aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

(...)

Bijzonderheden

1. U hebt alleen recht op 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 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2017', van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"U komt in aanmerking voor het pgb vv als u:

1. behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.

(...)

Daarnaast dient u:

3. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf (...).

- 8.5. Artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

1. u bent in het bezit van een indicatie, niet ouder dan 3 maanden, voor verpleging en verzorging zoals benoemd in artikel 2.1 en 2.2. van dit reglement;

2. u bent naar ons oordeel in staat met het pgb vv op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten (hieronder verstaan wij persoonlijke verzorging, verpleging en MSVT) van goede kwaliteit. (...)

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;

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 pgb geleverd wil en kan krijgen.

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.

- 8.6. Artikel 8 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang, als volgt:

"(...)

8. U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige, de huisarts en de behandelend specialist om uw (medische) gegevens omtrent de pgb vv aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien op het moment dat het nodig is voor een juiste uitvoering van uw verzekering. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur of verpleegkundig adviseur."

- 8.7. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3 en 8 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens de artikelen 2.1, 2.3 en 2.9 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. 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 zijn 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.
- 8.9. 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 zorgverzekering biedt aanspraak op een PGB vv. Er dient hierbij te worden voldaan aan de polisvoorwaarden en de nadere voorwaarden die zijn opgenomen in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar. Ten behoeve van verzoekster is het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2017' bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De indicierend wijkverpleegkundige heeft bij verzoekster een indicatie gesteld van elf uren Persoonlijke Verzorging per week. Bij het aanvraagformulier was volgens de ziektekostenverzekeraar geen zorgplan en/of urenverantwoording gevoegd. Om die reden is tweemaal - te weten op 27 en 30 januari 2017 - telefonisch contact opgenomen met de indicierend verpleegkundige om navraag naar het aantal geïndiceerde uren te doen. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de indicierend wijkverpleegkundige bij die gelegenheden heeft medegedeeld dat hij een te hoog aantal uren zorg had geïndiceerd en dat hij akkoord was met een verlaging hiervan. Later zou de indicierend verpleegkundige hebben medegedeeld de oorspronkelijk door hem gestelde indicatie in te trekken en hebben geweigerd een zorgplan en/of urenverantwoording te verstrekken. In dit verband heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar de registraties van voornoemde contacten. Verzoekster heeft aangevoerd niet bekend te zijn met een intrekking van de gestelde indicatie. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar, gelet op de door deze overgelegde contactregistraties, volgen in zijn standpunt dat de indicierend verpleegkundige de door hem gestelde indicatie heeft ingetrokken, en is van oordeel dat een geldige indicatie in onderhavige kwestie ontbreekt. Het voorgaande wordt bevestigd door het Zorginstituut in zijn advies van 28 augustus 2017. Nu een geldige indicatie ontbreekt, wordt niet voldaan aan de voorwaarden voor een PGB vv in de zin van artikel 13 van de zorgverzekering en het 'Reglement Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar, zodat het verzoek niet kan worden toegewezen ten laste van de zorgverzekering. De commissie ziet, gelet op het hetgeen hiervoor is overwogen, voorts geen aanleiding de ziektekostenverzekeraar te verplichten opnieuw contact op te nemen met verzoekster. Desgewenst kan verzoekster een nieuwe indicatie laten stellen door een wijkverpleegkundige.




Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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




Schending privacy

- 
- 9.3. In de onderhavige kwestie heeft de ziektekostenverzekeraar, in het kader van de beoordeling van de aanvraag van verzoekster voor een PGB vv, contact opgenomen met de huisarts van verzoekster. Voor zover zij meent dat de ziektekostenverzekeraar hiermee haar recht op privacy heeft geschonden en aldus onrechtmatig heeft gehandeld, stelt de commissie vast dat verzoekster met het ondertekenen van het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging 2017' van de ziektekostenverzekeraar hiervoor expliciet toestemming heeft verleend.




Conclusie

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



10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.



Zeist, 13 september 2017,



A.I.M. van Mierlo