



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C , tegen Zilveren Kruis  
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht  
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), hoogte  
budget  
Zaaknummer : 201602867  
Zittingsdatum : 31 mei 2017

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

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

---

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen


Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie


- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzekerde bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (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. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) ten behoeve van verzekerde. Bij brief van 18 februari 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv wordt toegekend tot een bedrag van maximaal € 21.942,-- voor Verpleging en € 6.095,-- voor Persoonlijke Verzorging.
- 3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van het budget, en heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 17 mei 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij brief van 20 december 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ingangsdatum van het - aangepaste - budget niet met terugwerkende kracht mag worden gesteld op 1 januari 2016, alsmede dat aan verzekerde een budget dient te worden toegekend dat ten minste gelijk is aan het budget van 2015 (hierna: het verzoek).
- 3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.
- 3.5. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 20 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 21 maart 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 3 april 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 11 april 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.

 3.7. 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.


 3.8. 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. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 31 mei 2017 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

 3.10. Na afloop van de hoorzitting heeft de commissie de zorgverzekeraar verzocht duidelijkheid te verschaffen over het toegekende PGB vv en de door verzoekster gedeclareerde bedragen. Voorts heeft de commissie de zorgverzekeraar uit een oogpunt van service gevraagd informatie te verschaffen over het beschikbare zorgaanbod. Bij brief van 16 juni 2017 heeft de zorgverzekeraar aan de commissie de gevraagde informatie doen toekomen. Een afschrift hiervan is op 19 juni 2017 aan verzoekster gezonden, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen zeven dagen te reageren. Bij e-mailbericht van 10 juli 2017 heeft verzoekster van de geboden mogelijkheid gebruik gemaakt. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft bij de zorgverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, ten aanzien van verzekerde het volgende toegelicht: *"Zorgvraag is te complex. Spina Bifida Aperta (open rug) in combinatie met Autistisch Spectrum Stoornis (PDD-NOS/ASS). Hij is daardoor aangewezen op een vaste hulpverlener voor op vele wisselende momenten, op wisselende locaties, direct oproepbaar dag en nacht en die precies weet wat hij wel maar ook wat hij niet moet doen. Is niet zelfredzaam, kan zijn zorgbehoefte niet aangeven en moet in de gaten gehouden worden ook voor zijn zorg. [Verzekerde] mag niet uit zijn doen raken want dan raakt hij door de situatie bevangen en bereik je voor de rest van de dag nog weinig met hem. Daarnaast is [verzekerde] 11 jaar en komt in pubertijd leeftijd. (...) 3x daags medicijn Detrusitol wat we moeten aanreiken, vragen om in te nemen en wachten tot de medicijnen zijn ingenomen anders gebeurt het niet. Gebruik van Forlax sachets bij onverwachtse ontlastingsongelukken/overloop diarree door verstopping en slappe anusspier. Minimaal 2 verschoningen per dag door urineverlies op willekeurige momenten door o.a. slappe sluitspier blaas. 8x daags katheteriseren verspreid over dag/nacht door stugge blaas met een blaasdruk die overloopt naar 30 en een slappe sluitspier blaas. Om de dag darmspoelen, 3 1/2 x per week, met een tijdsduur van minimaal 1 uur anders zijn [verzekerde] zijn darmen niet leeg. Haal je hem eerder van de poepstoel dan loopt de poep (met water) langs zijn benen, hij kan daar vanwege zijn slappe anusspier ook niets aan tegenhouden. Bij verstopping spoelen we dagelijks. (...)"*. De wijkverpleegkundige heeft bij verzekerde een indicatie gesteld voor vijf uren Persoonlijke Verzorging per week en achttien uren Verpleging per week.

 4.2. Sinds 2005 is ten behoeve van verzekerde een PGB vv toegekend. Met ingang van 1 januari 2015 werd het PGB vv overgeheveld naar de Zvw. In dat jaar is een budget ontvangen dat gelijk was aan het budget van 2014. Bij brief van 21 december 2015 deelde de zorgverzekeraar aan verzoekster mede dat een herindicatie moest worden gevraagd. In deze brief is tevens toegelicht dat een voorlopig budget werd toegekend van € 11.419,- voor de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 maart 2016. In de brief is expliciet vermeld dat indien de aanvraag voor herindicatie wordt afgewezen, dit budget niet hoeft te worden terugbetaald.

- 4.3. Bij brief van 18 februari 2016 ontving verzoekster van de zorgverzekeraar een toekenningsverklaring PGB vv, met als ingangsdatum 1 januari 2016 en als einddatum 31 december 2016. Het bijbehorende tarief dat verzoekster mag declareren bedraagt € 23,- per uur. Na overleg met de belangenorganisatie Per Saldo heeft verzoekster bij de zorgverzekeraar een klacht ingediend, waarbij zij bezwaar heeft gemaakt tegen zowel de ingangsdatum van de herindicatie als tegen de hoogte van het (informele) uurtarief. De beslissing van de zorgverzekeraar heeft tot gevolg dat verzoekster voor de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 maart 2016 niet het toegezegde voorlopig budget van € 11.419,- ontvangt, maar slechts € 7.009,- hetgeen strijdig is met de rechtszekerheid. Dit lagere budget is bovendien met terugwerkende kracht ingegaan.
- 4.4. Daarnaast is verzoekster het niet eens met het hanteren van het informele tarief in haar situatie. Zij voert de medische verpleegkundige handelingen al meer dan tien jaar uit, zonder dat verzekerde één keer ziek is geweest. Verzoekster is van mening dat zij een budget dient te ontvangen dat ten minste gelijk is aan het budget voor 2015. Dit budget dient door te lopen tot en met het einde van de indicatiestelling in 2020, mede gelet op de ernstige gevolgen voor verzekerde en verzoekster in geval van voortijdige beëindiging. Verzoekster is namelijk met het vastgestelde jaarbudget van 2016 financieel bijna niet meer in staat de 24-uurs zorg van haar zoon uit te voeren. Op advies van de behandelend medisch specialisten heeft verzoekster destijds haar goed betaalde baan als styliste opgezegd en is zij de benodigde zorg gaan verlenen. Het PGB vv was in 2005 nagenoeg gelijk aan haar toenmalige inkomen. Intussen is van dit budget nog maar ongeveer 55% over. Het gaat om noodzakelijke en wisselende zorg. Daarnaast gaat het om verpleegkundige handelingen waarvoor verzoekster is geautoriseerd. Omdat verzekerde naast zijn lichamelijke beperking ook een psychiatrische beperking heeft, is het essentieel dat vaste en vertrouwde hulpverleners de hulp bieden. Dit betekent dat er geen mogelijkheid is de zorg te regelen via een door de zorgverzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisatie.
- 4.5. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat het informele tarief tot en met 31 maart 2016 bijna € 53,- per uur bedroeg. Met ingang van 1 april 2016 is dit teruggebracht naar € 23,- per uur. Verzoekster vraagt zich af hoe zij van voornoemd uurtarief moet leven. Destijds is haar vanuit het ziekenhuis medegedeeld dat het niet wenselijk was dat haar kind door derden werd verzorgd. Zij heeft daarom ervoor gekozen haar kind zelf te verzorgen. Zij kan geen baan hebben naast deze zorg. Het PGB vv mag evenwel niet worden gezien als inkomen, dus bouwt zij bijvoorbeeld ook geen pensioen op. Daar komt bij dat het PGB vv inmiddels niet meer wordt uitbetaald omdat de zorgverzekeraar een deel van het uitbetaalde PGB vv over de periode van 1 januari tot en met 31 maart 2016 terugvordert. Dit deel bedraagt ongeveer € 4.000,-. De uren van de laatste twee maanden van 2016 en drie maanden in 2017 zijn niet uitbetaald, omdat wordt verrekend met de terugvordering. Zolang de commissie geen bindend advies heeft uitgebracht, zal de zorgverzekeraar doorgaan met verrekenen. Voorts stelt verzoekster dat zij, onder andere met hulp van de zorgverzekeraar, op zoek is gegaan naar een zorgaanbieder om de benodigde zorg aan verzekerde te verlenen, maar dit bleek erg moeilijk te zijn. Zorgaanbieders vinden deze zaak niet interessant, omdat zij een uur moeten rijden om een kwartier zorg te verlenen. Via de zorgverzekeraar is verzoekster in contact gekomen met twee zorgaanbieders. De eerste heeft direct gezegd de zorg niet te kunnen leveren. Zij is nog in gesprek met de tweede zorgaanbieder, maar deze heeft haar al medegedeeld niet alle benodigde zorg te kunnen verlenen.
- 4.6. In reactie op de door de zorgverzekeraar genoemde zorgaanbieders stelt verzoekster dat zij van allemaal te horen heeft gekregen dat zij de zorg voor verzekerde niet kunnen leveren.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar
- 5.1. Op 7 december 2015 heeft ten behoeve van verzekerde een herindicatie door een wijkverpleegkundige plaatsgevonden. Vanaf dat moment was bij verzoekster bekend hoeveel

uren zorg zij vanaf 1 januari 2016 maximaal mocht declareren. Dit betreft vijf uren Persoonlijke Verzorging per week en achttien uren Verpleging per week. Verzoekster is akkoord gegaan met de ingangsdatum van de indicatie en de geïndiceerde uren. Daarom zal hiervan niet worden afgeweken.

5.2. De zorgverzekeraar beoordeelt alleen of de herindicatie voldoet aan de voorwaarden van zijn 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging'. Vanaf 1 januari 2016 is het informele tarief € 23,- per uur. Verzoekster kan op basis van het reglement niet méér declareren dan dit tarief.

In een soortgelijke kwestie (vgl. Geschillencommissie Zorgverzekeringen 12 oktober 2016, 201503245) heeft de commissie geoordeeld dat het PGB vv niet is bedoeld om inkomen te genereren of verlies van inkomsten van de zorgverlener te compenseren.

5.3. Bij brief van 20 maart 2017 heeft de zorgverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat hij, gelet op de omstandigheden, heeft besloten voor de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 maart 2016 het toegezegde voorlopig budget ter hoogte van € 11.419,- te handhaven. Voor de periode van 1 april 2016 tot en met 31 december 2016 geldt het informele tarief van € 23,- per uur.

5.4. Ter zitting is door de zorgverzekeraar herhaald dat het budget voor de periode van 1 januari tot en met 31 maart 2016 is toegekend op basis van het budget van 2015. Omdat er een verschil is tussen het tarief dat in 2015 mocht worden gedeclareerd en het in 2016 geldende tarief, heeft de zorgverzekeraar aanvankelijk het verschil van € 8.859,04 bij verzoekster teruggevorderd. Bij brief van 20 januari 2017 heeft de zorgverzekeraar evenwel aan verzoekster medegedeeld dat de terugvordering komt te vervallen.

5.5. Bij brief van 16 juni 2017 heeft de zorgverzekeraar verklaard dat het budget over de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 maart 2016 € 11.421,80 bedroeg. Aangezien verzoekster over dezelfde periode een bedrag van € 15.978,40 heeft gedeclareerd, bedraagt het terug te vorderen bedrag € 4.556,60. Over de periode van 1 april 2016 tot en met 31 december 2016 is een bedrag gedeclareerd van € 12.058,60 terwijl het budget € 21.160,- bedroeg. De bestedingsruimte is derhalve € 9.101,40. De zorgverzekeraar merkt hierbij op dat de maanden augustus, een deel van oktober, november en december niet zijn uitbetaald, en dat de maanden april, mei, juni, juli, september en een deel oktober wel zijn uitbetaald. Uit het voorgaande volgt, aldus de zorgverzekeraar, dat verzoekster nog aanspraak heeft op € 4.544,80 (€ 9.101,48 - € 4.556,60). Ten aanzien van het beschikbare zorgaanbod merkt de zorgverzekeraar op dat er voldoende mogelijkheden zijn bij gecontracteerde zorgaanbieders waarmee reeds contacten tot stand zijn gekomen, zoals blijkt uit de door de zorgverzekeraar meegezonden notities van deze contacten.

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

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' 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 ingangsdatum van het - aangepaste - budget met terugwerkende kracht mag worden gesteld op 1 januari 2016, alsmede of aan verzekerde een budget dient te worden toegekend dat ten minste gelijk is aan het budget van 2015.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 39 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 28 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"In artikel 16, 17, en 29 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.*

*U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.*

**Verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar**

*Bent u jonger dan 18 jaar? Dan omvat deze zorg alleen verzorging als er sprake is van complexe somatische problematiek of van een lichamelijke handicap, waarbij:*

- a sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of*
- b 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen.*

*U behoort dan tot de doelgroep voor intensieve kindzorg.*

*Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (PGB) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.*

**Voorwaarde voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving**

*Een wijkverpleegkundige (niveau 5) moet een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Dit wordt samen met u uitgewerkt in een zorgplan. In het zorgplan wordt onder andere een onderverdeling vastgesteld in het aantal uur verzorging en aantal uur verpleging. (...)"*

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

*"Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft, is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb vv. U komt in aanmerking voor het pgb vv als u onder één of meerdere van de hieronder beschreven doelgroepen valt:*

*1) u jonger dan 18 jaar bent, en er sprake is van verpleging en/of verzorging door complexe somatische problematiek of door een lichamelijke handicap, en:*

- er behoefte is aan permanent toezicht, of*
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn. Deze zorg moet gepaard gaan met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen.*

*Deze doelgroep wordt ook wel Intensieve Kindzorg (IKZ) genoemd.*

*2) u jonger dan 18 jaar bent en bent aangewezen op verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg. Hiertoe dient u te beschikken over een indicatiestelling van de medisch specialist. (...)*

*Hierbij geldt ook:*



- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger (Wettelijk vertegenwoordiger: ouder voor kinderen tot 18 jaar, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in contracten afsluiten met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten. Zie hiervoor ook artikel 6. We maken hierbij een onderscheid in (wettelijk) vertegenwoordigers. Een ouder (voor kinderen tot 18 jaar) of curator is bevoegd om overeenkomsten te ondertekenen en is daarmee eindverantwoordelijke. Een door u aangewezen vertegenwoordiger uit de familie (met uitzondering van ouders van kinderen tot 18 jaar), bewindvoerder of mentor, mag wel de zaken voor u regelen, maar u moet zelf de overeenkomsten ondertekenen, wat betekent dat u dan eindverantwoordelijk bent;
- 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 zorgverleners waar u een overeenkomst mee heeft gesloten op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg."

8.5. Artikel 3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar luidt:

"Om voor een pgb vv in aanmerking te komen, moet u voldoen aan de onderstaande voorwaarden:

- 1) u heeft een door een BIG geregistreerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden nodig én moet u behoren tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2. Voor IKZ moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.
- 2) u bent in bezit van een indicatie van de medisch specialist, als u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op medisch specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT).
- 3) u moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgverlener(s) die door ons zijn gecontracteerd. Dit noemen wij Zorg In Natura (ZIN). Indien u een combinatie wenst van Zorg In Natura met een pgb vv, dan mag de indicatie maar door 1 zorgverlener worden gesteld.
- 4) uw zorgvraag moet aansluiten bij één of meer van de volgende voorwaarden. Uit de indicatie moet blijken dat:
  - u vaak zorg nodig heeft op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
  - u zorg nodig heeft die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
  - u zorg nodig heeft die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
  - er een noodzaak is voor vaste zorgverleners 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' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"(...) De ingangsdatum van het pgb vv is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het pgb vv ook op een latere datum in laten gaan. (...)"

8.7. Artikel 5.1 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar luidt:

"Voor de vaststelling van de hoogte van uw pgb vv gaan wij uit van de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd en de uren MSVT die door de medisch specialist zijn geïndiceerd."

8.8. Artikel 7.1 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar luidt:

"Voor de besteding van het budget, declaratie en vergoeding van de zorg worden verschillende tarieven gehanteerd voor informele zorgverleners en formele zorgverleners.

Onder **informele zorgverleners** vallen zorgverleners die:

- een bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad zijn en/of
- niet zijn ingeschreven als verpleegkundige (niveau 4 of 5) in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of
- geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86,87 of 88 staan geregistreerd als zorg verlenende organisatie in het Handelsregister.

U kunt voor deze informele zorgverleners maximaal € 23,- per uur voor verpleging, verzorging en MSVT declareren.

Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de hieronder genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het pgb vv en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.

Omschrijving	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	€ 38,40	€ 3,20
Verpleging	€ 56,40	€ 4,70
MSVT voor kinderen tot 18 jaar	€ 61,20	€ 5,10"

- 8.9. Artikel 28 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3, 4.8, 5.1 en 7.1 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar zijn volgens artikel 1.1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.10. Artikel 11, eerste lid, 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 als zodanig niet bij wet geregeld.
- 8.11. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de zorgverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

## 9. Beoordeling van het geschil

### Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.



- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat verzekerde 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' van de zorgverzekeraar. Ook is door hem voldaan aan de voorwaarden die artikel 3 van genoemd reglement stelt.  
Inmiddels heeft de zorgverzekeraar besloten het voorlopig toegekende budget van € 11.419,- te handhaven voor de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 maart 2016, zodat de aanvankelijke verlaging tot € 7.009,- geen onderwerp van geschil meer vormt. Hetgeen partijen thans nog verdeeld houdt, is de vraag hoe hoog het budget dient te zijn dat verzoekster ten behoeve van verzekerde ontvangt. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.3. In de regelgeving noch in de bestuurlijke afspraken die zijn gemaakt door ZN, Per Saldo en het Ministerie van VWS ten aanzien van het PGB vv, is iets geregeld over de hoogte van de budgetten. Het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar bepaalt het uurtarief dat maximaal wordt vergoed, en dat volgens de zorgverzekeraar toereikend is. Hierbij geldt hetzelfde tarief voor alle verzekerden. Aangezien de zorgverzekeraar op veel onderdelen van de zorgverzekering de hoogte van de vergoeding bepaalt - gedacht kan bijvoorbeeld worden aan diverse hulpmiddelen -, en niet is vastgelegd wat de minimale hoogte van het PGB vv moet zijn, ligt het in de rede dat de zorgverzekeraar de hoogte hiervan vastlegt in het reglement. Aldus kan een (aspirant) verzekerde hiervan kennis nemen en de vergoeding betrekken in zijn keuze de verzekering aan te gaan onderscheidenlijk voort te zetten dan wel over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Verzoekster is, door het afsluiten en het met ingang van 1 januari 2016 stilzwijgend (laten) verlengen van de zorgverzekering, contractueel gebonden aan het reglement, zodat hetgeen hierin is opgenomen met betrekking tot de vergoeding voor haar onverkort geldt.
- 9.4. Vast staat dat verzoekster op basis van het reglement moet worden aangemerkt als een informele zorgverlener, zodat zij voor de door haar verleende zorg maximaal € 23,- per uur mag declareren. De aard van de zorgverlening en de wijze waarop zij de zorg heeft ingericht, maken niet dat zij aanspraak heeft op het hogere, formele tarief. Hetzelfde geldt voor hetgeen verzoekster heeft aangevoerd met betrekking tot de hoogte van het tarief in relatie tot haar financiële positie alsmede de overigens door haar aangedragen omstandigheden. Dat het budget in 2015 hoger was, is in dit verband niet relevant.  
Verzekerde heeft een indicatie voor vijf uren Persoonlijke Verzorging en achttien uren Verpleging per week. De hoogte van het met ingang van 1 april 2016 toegekende budget is terecht gebaseerd op voornoemd tarief en het geïndiceerde aantal uren.
- 9.5. In afwijking hiervan is door de zorgverzekeraar voor de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 maart 2016 op basis van een hoger uurtarief een voorlopige vergoeding bepaald van € 11.419,-. Bij brief van 16 juni 2017 heeft de zorgverzekeraar verklaard dat de vergoeding wordt vastgesteld op € 11.421,80 en dat € 4.556,60 wordt teruggevorderd, aangezien over genoemde periode € 15.978,40 door verzoekster is gedeclareerd. Verzoekster is bij het declareren uitgegaan van een uurtarief van € 51,07. Bij brief van 20 januari 2017 heeft de zorgverzekeraar evenwel verklaard alsnog akkoord te gaan met dit hogere uurtarief voor voornoemde periode. De commissie concludeert dat hierdoor de eerder aangekondigde terugvordering - toen nog voor € 8.859,04 - is komen te vervallen, hetgeen tijdens de hoorzitting door de zorgverzekeraar is bevestigd. Hieruit volgt dat met betrekking tot de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 maart 2016 door verzoekster uiteindelijk niet teveel is gedeclareerd en dat het bedrag van € 15.978,40 voor juist moet worden gehouden. De zorgverzekeraar dient de door hem uitgevoerde verrekening dan ook overeenkomstig te corrigeren.
- 9.6. Ten overvloede overweegt de commissie nog het volgende.  
Door verzoekster is gesteld dat zij, gegeven het informele tarief van € 23,- per uur, feitelijk niet langer in staat is de benodigde zorg aan verzekerde te leveren, en dat het haar niet lukt een zorgaanbieder te vinden die bereid is dit van haar over te nemen. De commissie merkt hierover op dat sprake is van een naturapolis, en dat op de zorgverzekeraar een zorgplicht rust die erin bestaat dat hij door het contracteren van zorgaanbieders bewerkstelligt dat de verzekerde zorg ten behoeve

van zijn verzekerden beschikbaar is. Het is hierbij aan verzoekster te kennen te geven dat zij gebruik wenst te maken van zorg in natura, waarna de zorgverzekeraar een en ander dient te effectueren.

### **Conclusie**

- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek gedeeltelijk dient te worden toegewezen.
- 9.8. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

### 10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe met inachtneming van hetgeen in 9.5 is overwogen.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 16 augustus 2017,

A.I.M. van Mierlo