



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, Achmea Zorgverzekeringen N.V. te
Zeist en Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), ingangsdatum, aantal toegekende uren

Zaaknummer : 201701499

Zittingsdatum : 29 augustus 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

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

1. Partijen

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

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
- 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort,

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar 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). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend drie sterren 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 afgesloten aanvullende verzekering Aanvullend Tand twee sterren is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 6 oktober 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld een PGB vv toe te kennen van 15 september 2016 tot en met 31 december 2016 voor totaal 20 uren Persoonlijke Verzorging en Verpleging per week.

3.2. Verzoekster is het niet eens met de ingangsdatum van het PGB vv, alsmede met het toegekende aantal uren, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 30 december 2016 en 19 april 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 5 januari 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog met terugwerkende kracht tot 1 januari 2016 toe te kennen, alsmede het aantal uren te verhogen naar 23 uren Persoonlijke Verzorging en 7 uren Verpleging per week (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 15 mei 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 mei 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 juni 2018 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 juli 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens niet te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 16 mei 2018 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 14 juni 2018 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2018024935) de commissie medegedeeld geen advies te kunnen uitbrengen. Op basis van de beschikbare informatie is niet te beoordelen of het gaat om zorg die ten laste van de Zvw kan worden vergoed. Een afschrift van de brief van het Zorginstituut is op 15 juni 2016 aan partijen gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 9 juli 2018 op het advies van het Zorginstituut gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gestuurd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 19 augustus 2016 ten behoeve van verzoekster het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' van de ziektekostenverzekeraar ingevuld. In het bijbehorende zorgplan heeft zij, voor zover hier van belang, het volgende over verzoekster toegelicht: "(...) Ochtend (5 min/dag): - Huid inspecteren op roodheid en wondjes. - Huid invetten ivm droge huid. (...) Mw ondersteunen bij toiletgang, met mw meelopen en mw op het toilet helpen. Incontinentiemateriaal verschonen na toiletbezoek indien noodzakelijk. (60 min/dag). (...) Ochtend (35 min/dag): Mw begeleiden met uit bed komen. Mw begeleiden naar de douche. Mw ondersteunen bij het wassen (mw wast zelf haar gezicht). Mw ondersteunen bij het aankleden. Mw naar beneden helpen. Avond (45 min/dag): Mw naar boven begeleiden. Mw uitkleden in de douche. Mw douchen vanwege veel zweten. Mw ondersteunen bij het aantrekken van de nachtkleding. Mw naar bed helpen. (...) Zorg voor gebit, haren en nagels (25 min/week) (...) 4x daags medicatie aanreiken uit de baxter (20 min/dag). 2x daags insulinepen klaarmaken en aanreiken aan mw (mw spuit zelf) (20 min/dag). (...) 1 keer per week bloedglucose dagcurve 4-punts. Curves doorgeven aan diabetes verpleegkundige HA. Bij klachten zo nodig vaker controleren (60 min/week). (...) - 3 keer per dag een maaltijd klaarmaken voor mw en deze aanreiken. Mw helpen bij het naar de mond brengen van het eten. - Mw drinken aanreiken in tuitbeker (2 lt per dag). Mw indien nodig helpen bij het in de juiste positie komen om te drinken en bij hevig trillen drinken naar de mond brengen (60 min/dag). (...)".
De wijkverpleegkundige heeft bij verzoekster een indicatie gesteld voor 23 uren Persoonlijke Verzorging per week en 7 uren Verpleging per week.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster een PGB vv toegekend met ingang van 15 september 2016 omdat de aanvraag op die datum door hem is ontvangen. Verzoekster is van mening dat het niet op tijd versturen van de aanvraag voor 2016 haar niet kan worden toegerekend. Vanwege veranderingen in de zorg heeft haar dochter regelmatig telefonisch contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Tijdens het gesprek dat plaatsvond op 13 juni 2016 is gebleken dat de ziektekostenverzekeraar geen aanvraag had ontvangen. Hierop heeft de dochter van verzoekster zo snel mogelijk contact gezocht met de wijkverpleegkundige teneinde een indicatie te laten stellen. De wijkverpleegkundige liet weten dat zij vanwege haar vakantie de indicatie pas kon stellen in augustus 2016. Hierdoor is sprake van overmacht. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoekster ook over de periode van 1 januari 2016 tot 15 september 2016 een PGB vv dient te ontvangen.

Daarnaast zou het niet logisch zijn dat verzoekster de eerste aanvraag pas heeft ingediend op 15 september 2016, aangezien het voor haar belangrijk was dat het PGB vv aansluitend aan het vorige PGB vv werd verleend. De ziektekostenverzekeraar was in ieder geval op 13 juni 2016 ermee bekend dat een nieuwe aanvraag zou worden ingediend, zodat verzoekster ten minste vanaf die datum aanspraak heeft op het PGB vv.

4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft het aantal geïndiceerde uren zorg aanvankelijk ten onrechte verlaagd naar totaal 20 uren Persoonlijke Verzorging en Verpleging per week. De indicierend wijkverpleegkundige heeft na een huisbezoek bij verzoekster een indicatie gesteld voor totaal 30 uren per week. De ziektekostenverzekeraar is gehouden aan de toezegging van de wijkverpleegkundige dat verzoekster aanspraak heeft op dit aantal uren. Dat bepaalde werkzaamheden volgens de ziektekostenverzekeraar niet vallen onder Persoonlijke Verzorging dan wel Verpleging, maakt een en ander niet anders.

4.4. Inmiddels heeft een herbeoordeling plaatsgevonden, en is door de ziektekostenverzekeraar met ingang van 1 januari 2017 aan verzoekster een PGB vv toegekend op basis van totaal 30 uren Persoonlijke Verzorging en Verpleging per week. De situatie van verzoekster is in 2017 ten opzichte van 2016 niet gewijzigd. Ook voor het jaar 2016 dient daarom te worden uitgegaan van 30 uren per week voor het bepalen van de hoogte van het budget.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. In artikel 4.8 van het 'Reglement persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar is bepaald dat de ingangsdatum van het PGB vv de datum is waarop de ziektekostenverzekeraar de compleet ingevulde en ondertekende aanvraag heeft ontvangen. De aanvraag van verzoekster is ontvangen op 15 september 2016, zodat deze datum de ingangsdatum van het PGB vv is.

Verzoekster is bij brieven van 2 november 2015 en 21 december 2015 geïnformeerd dat met ingang van 1 januari 2016 een nieuwe indicatie voor de verleende zorg noodzakelijk was. Uit de contactregistratie blijkt dat op 13 juni 2016 een telefonisch contact heeft plaatsgevonden met de dochter van verzoekster. Tijdens dit gesprek is door de medewerker van de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat op dat moment nog geen nieuwe aanvraag was ontvangen. Gelet op deze gang van zaken is de ziektekostenverzekeraar niet bereid het PGB vv eerder dan op 15 september 2016 te laten ingaan.

5.2. Naar aanleiding van de ontvangen aanvraag voor het PGB vv heeft een medewerker van de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster een huisbezoek afgelegd. Tijdens dit bezoek bleek dat de opgegeven tijd voor Persoonlijke Verzorging in de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige niet juist was. Het plakken van de medicinale pleisters nam slechts één tot tweemaal per maand vijf minuten in beslag. Voor de huidinspectie is door de wijkverpleegkundige vijf minuten per dag geïndiceerd, terwijl dit kan plaatsvinden tijdens het wassen. Het klaarmaken en aanreiken van eten valt onder mantelzorg. Verzoekster is in staat zelf te eten. Het telefonisch doorgeven van de bloedsuikerwaarden betreft geen Persoonlijke Verzorging dan wel Verpleging. Verzoekster prikt eenmaal per week de bloedsuikercurve. Het doorgeven van de waarden hiervan valt onder het gebruikelijke overleg met de wijkverpleegkundige. Hiervoor wordt geen zorg toegekend. Het voorgaande heeft ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar heeft besloten de indicatie met 10 uren per week te verminderen. Deze beslissing is voorgelegd aan de indicierend wijkverpleegkundige, die heeft verklaard hiermee akkoord te zijn.

5.3. Bij brief van 9 juli 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld opnieuw naar de indicatie van verzoekster te hebben gekeken, en nu uit te komen op 22 uren en 10 minuten Persoonlijke Verzorging en Verpleging per week. Dit aantal uren zal aan verzoekster worden toegekend. Voor het overige handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn eerdere beslissing.

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 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv te laten ingaan met terugwerkende kracht tot 1 januari 2016, alsmede het aantal uren te verhogen naar totaal 30 uren per week.

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 onder het kopje '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 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. (...)

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. (...)"

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

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

3) u langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. (...)

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 ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"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. (...)

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 ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"• Uw aanvraag voor een pgb vv wordt beoordeeld aan de hand van de pgb-aanvraagformulieren-set en eventueel een "bewust keuze gesprek". Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden van dit Reglement, krijgt u toestemming voor een pgb vv. Wanneer u toestemming krijgt voor een pgb vv ontvangt u een schriftelijke toekenningsverklaring, dan wel een bevestiging via elektronische weg, waarin de periode van toekenning van het pgb vv is opgenomen en de hoogte van het budgetbedrag dat over de toegekende periode maximaal wordt vergoed. Een eventuele afwijzing van uw aanvraag wordt ook schriftelijk of per mail aan uw kenbaar gemaakt.

• 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.

• De ingangsdatum van het pgb vv bij een nieuwe indicatie is de datum waarop de nieuwe indicatie is gesteld, hierbij geldt:

- a. dat wij al eerder uw pgb aanvraag hebben beoordeeld op basis van de criteria in het Reglement en dit pgb vv aan u hebben toegekend;
- b. de ingangsdatum van de nieuwe indicatie ligt niet later dan de dag volgend op de datum van beëindiging van de oude indicatie;

c. dat wij uw aanvraag voor een pgb vv ontvangen binnen 4 weken na de datum van ingang van de geldende nieuwe indicatie. (...)"

- 8.7. Artikel 28 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3 en 4.8 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1.1 van de 'Algemene bepalingen' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. 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 zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 (oud) Rzv. Het PGB vv was ten tijde van de aanvraag nog niet bij wet geregeld.
- 8.9. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

- 9.1. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.
- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is aangewezen, als bedoeld in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar, en dat zij hiervoor een indicatie heeft als bedoeld in artikel 3 van genoemd reglement. De vraag die partijen verdeeld houdt, is wanneer het PGB vv dient in te gaan, alsmede op hoeveel uren Persoonlijke Verzorging en Verpleging verzoekster aanspraak heeft. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

Ingangsdatum

- 9.3. Gelet op artikel 4.8 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar gaat het PGB vv in op de datum waarop de ziektekostenverzekeraar de compleet ingevulde en ondertekende aanvraag heeft ontvangen. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat hij de aanvraag niet eerder dan op 15 september 2016 ontving, zodat het PGB vv op die datum is ingegaan. Volgens verzoekster is eerder een aanvraag gestuurd, maar is deze niet bij de ziektekostenverzekeraar aangekomen. Verzoekster heeft hiervan echter geen bewijsstukken overgelegd, terwijl gelet op artikel 3:37 BW het risico ter zake bij haar ligt. Bovendien is door haar gesteld dat haar dochter eerst nadat zij op 13 juni 2016 telefonisch met de ziektekostenverzekeraar had gesproken contact heeft opgenomen met de wijkverpleegkundige teneinde een nieuwe indicatie te laten stellen, hetgeen heeft geresulteerd in een indicatiestelling met als datum 19 augustus 2016. Hiermee staat vast dat bij de ziektekostenverzekeraar in ieder geval niet eerder dan op 19 augustus 2016 een aanvraag is ingediend. Aangezien verzoekster voorts, zoals reeds is overwogen, niet aannemelijk heeft gemaakt dat de ziektekostenverzekeraar eerder dan op 15 september 2016 een aanvraag heeft ontvangen, gaat het PGB vv op die datum in. Dat de ziektekostenverzekeraar er reeds op 13 juni 2016 mee bekend was dat verzoekster voornemens was een nieuwe aanvraag in te dienen, maakt een en ander niet anders. Op dat moment was immers nog geen nieuwe indicatie gesteld, zodat geen PGB vv kon worden verstrekt. Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de budgethouder tijdig een nieuwe aanvraag in te dienen en de ziektekostenverzekeraar te voorzien van de benodigde stukken. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de ingangsdatum van het PGB vv van 15 september 2016 juist is.

Hoogte indicatie


- 9.4. De indicierend wijkverpleegkundige heeft bij verzoekster een indicatie gesteld voor 23 uren Persoonlijke Verzorging per week en 7 uren Verpleging per week. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervan in eerste instantie 20 uren toegekend, en heeft uiteengezet van welke zorg hij van mening is dat deze niet ten laste van het PGB vv kan worden gebracht dan wel dat hiervoor met minder tijd kan worden volstaan. De ziektekostenverzekeraar heeft een verklaring overgelegd van de wijkverpleegkundige, waarin deze zich met de aanpassing van de indicatie akkoord verklaart. Bij brief van 9 juli 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard alsnog 22 uren en 10 minuten Persoonlijke Verzorging en Verpleging toe te kennen. Volgens verzoekster dient evenwel te worden uitgegaan van totaal 30 uren Persoonlijke Verzorging en Verpleging per week, omdat dit haar door de wijkverpleegkundige is toegezegd.
- 9.5. Het staat de ziektekostenverzekeraar vrij een aanvraag voor het PGB vv inhoudelijk te toetsen en hierover navraag te doen bij de indicierend wijkverpleegkundige, met name indien zorg wordt opgevoerd die niet onder de Zvw valt, maar bijvoorbeeld de Wmo. Ook de doelmatigheidstoets is door de wetgever nadrukkelijk bij de ziektekostenverzekeraar gelegd en voor verpleging en verzorging is hierbij geen uitzondering gemaakt. Aangezien de wijkverpleegkundige zich, als gezegd, akkoord heeft verklaard met de wijziging, is aannemelijk dat verzoekster op het moment van indiceren toe kon met totaal 20 uren per week. In de beslissing van de ziektekostenverzekeraar alsnog 22 uren en 10 minuten Persoonlijke Verzorging en Verpleging per week toe te kennen zal de commissie niet treden. Dat voor het jaar 2017 een PGB vv is toegekend voor totaal 30 uren per week brengt hierin geen verandering. Door verzoekster is gesteld, maar niet aannemelijk gemaakt, dat in 2017 ten opzichte van het jaar 2016 geen wijzigingen in haar situatie hebben plaatsgevonden. Aannemelijk is echter dat deze wijzigingen er wel zijn, omdat niet voor de hand ligt dat de ziektekostenverzekeraar akkoord gaat met een indicatiestelling die gelijk is aan de indicatiestelling waarbij hij eerder vraagtekens heeft geplaatst.
- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoekster voor het jaar 2016 geen aanspraak heeft op een PGB vv voor meer uren dan de door de ziektekostenverzekeraar toegekende 22 uren en 10 minuten Persoonlijke Verzorging en Verpleging per week.


 **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

 **Conclusie**

- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 9.9. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure is overgegaan tot toekenning van een hoger aantal uren Persoonlijke Verzorging en Verpleging per week, acht de commissie gronden aanwezig de ziektekostenverzekeraar te verplichten het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster dient te vergoeden.

 Zeist, 29 augustus 2018,

 G.R.J. de Groot