

# **ANONIEM BINDEND ADVIES**

Partijen : A te B vertegenwoordigd door E te F tegen C te D  
Zaak : GGZ, PGB, overgangsregeling AWBZ  
Zaaknummer : 2010.01957  
Zittingsdatum : 9 november 2011

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk (fungerend voorzitter), prof. mr. A.I.M. van Mierlo en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2008, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1, 2.4, 2.10 en 2.16a Bzv, artikel III van het Wijzigingsbesluit Bzv, artikel 1:452, lid 6, aanhef, en onder d BW, de artikelen 6:97 en 6:74 BW)

---

1. Partijen

A te B hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door E te F

tegen

C te D 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 Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). Een zorgverzekering is een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op (i) voortzetting van het Persoonsgebonden Budget GGZ (hierna: PGB-GGZ) gedurende het jaar 2008 in verband met een bestaande aanspraak op een PGB op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) op 31 december 2007 en (ii) aanspraak op een PGB-GGZ vanuit de zorgverzekering voor zover het primaire verzoek niet (meer) toewijsbaar is (verder: de aanspraak). Bij brief van 6 juli 2010 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.

3.2. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 27 september 2010 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 16 juni 2011 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).

3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld ad € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar de moge-

lijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 26 augustus 2011 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 30 augustus 2011 aan verzoeker gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker en de zorgverzekeraar hebben op 1 september 2011 schriftelijk respectievelijk op 24 oktober 2011 telefonisch medegedeeld mondeling gehoord te willen worden.
- 3.8. Bij brief van 30 augustus 2011 heeft de commissie het College voor zorgverzekeringen (hierna: het CVZ) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 26 september 2011 heeft het CVZ (zaaknummer 2011091415) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, in te willigen op de grond dat het overgangsrecht de op 31 december 2007 bestaande indicaties PGB-GGZ gedurende het jaar 2008 onverkort van toepassing verklaart, en het verzoek af te wijzen voor zover het de aanspraak vanaf 1 januari 2009 betreft. Een afschrift van het CVZ-advies is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 9 november 2011 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het CVZ.
- 3.10. Bij brief van 15 november 2011 heeft de commissie het CVZ een afschrift van het verslag van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of het verslag aanleiding geeft tot aanpassing van het voorlopige advies. In reactie daarop heeft het CVZ bij brief van 17 november 2011 de commissie medegedeeld dat het verslag geen aanleiding vormt tot aanpassing van zijn advies en dat het voorlopige advies als definitief kan worden beschouwd.

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

- 4.1. De behandelend kinder- en jeugdpsychiater verklaart in zijn brief van 29 juli 2010 dat verzoeker al langer bekend is met "een Multiple Complex Developmental Disorder (MCDD), vallend onder de noemer van een aan autisme verwante stoornis binnen de DSM-IV TR classificatie". Volgens de behandelend kinder- en jeugdpsychiater heeft verzoeker met zijn huidige medicatie (o.a. Pipamperon® en Depakine®) zijn impulsen wat meer onder controle. In verband met impulsief agressief gedrag is in het verleden bij herhaling crisisinterventie nodig geweest.
- 4.2. Verzoeker is niet in staat zelfstandig zijn dagstructuur vast te houden; hij neigt ertoe zijn dag-nacht ritme om te draaien en heeft daarin sturing nodig. Verzoeker komt niet tot het uitoefenen van gestructureerde werkzaamheden en is snel overbelast. Pogingen tot aangepast werk zijn in het verleden gestrand. Verzoeker blijft aangewezen op intensieve externe structurering, alsmede activerende en motiverende begeleiding.
- 4.3. Verzoeker wordt thuis al enige jaren, met onderbrekingen vanwege crisisopnames, intensief begeleid. Daar is een therapeutische leefomgeving gecreëerd met een nauwsluitende aanpak. De medicatie werkt daarin ondersteunend.

- 4.4. De behandelend kinder- en jeugdpsychiater is van oordeel dat thans geen indicatie bestaat om de PGB-AWBZ gefinancierde zorg en behandeling in de thuissituatie door een klinisch psychiatrische behandeling te vervangen. Bovendien leidt deze optie bij verzoeker tot toename van spanningsklachten en ontregeling. Er is een duidelijke indicatie de zorg (GGZ, de facto zorgzwaarte 07) in de thuissituatie te continueren.
- 4.5. Verzoeker stelt dat hij sedert 2001 een "PGB AWBZ" en sedert 2003 een "PGB-AWBZ verblijf langdurig en behandeling" heeft ontvangen. Het is hem dan ook niet duidelijk waarom hij onder de zorgverzekering geen "PGB experiment GGZ Zvw" krijgt uitgekeerd. De stelling van de zorgverzekeraar dat zijn mentor niet is te beschouwen als geschoold personeel als bedoeld in het "Reglement PGB experiment GGZ Zvw" komt hem als een gelegenheidsargument voor. Verzoeker beroept zich hierbij op een bindend advies van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van 23 juni 2010.
- 4.6. Voor zover een dergelijk "PGB experiment GGZ Zvw" inderdaad niet mogelijk blijkt te zijn, wil verzoeker met terugwerkende kracht gebruik maken van de overgangsregeling. Zijn vroegere "PGB-AWBZ" kan dan gedurende het jaar 2008 vanuit de zorgverzekering worden gefinancierd, om vervolgens met ingang van 1 januari 2009 onder de AWBZ te worden voortgezet, aangezien de 365-dagen termijn dan is overschreden.
- Hiertoe heeft verzoeker de door het CIZ afgegeven machtiging overgelegd, die gold op 31 december 2007. Uit dit stuk blijkt dat op 31 december 2007 een machtiging bestond voor de volgende PGB's met de genoemde einddata:
- "ondersteunende begeleiding algemeen" tot en met 24-04-2009;
  - "verblijf langdurig" tot en met 24-04-2009;
  - "ondersteunende begeleiding dagprogramma" tot en met 24-04-2009
  - "activerende begeleiding algemeen" tot en met 24-04-2008.
- 4.7. Ter zitting is door verzoeker, voor zover thans relevant, ter aanvulling aangevoerd dat de omissie van de zorgverzekeraar, te weten het buiten toepassing laten van de overgangsregeling voor het jaar 2008, tot gevolg heeft gehad dat hij vanaf 2009 geen "PGB-AWBZ" heeft gekregen. Dit dient te worden beschouwd als schade die door de zorgverzekeraar moet worden vergoed.
- 4.8. Voorts deelt verzoeker desgevraagd mede dat de activerende begeleiding op zogeheten "cure-zorg" is gericht. Door voortdurende stimulering van meerdere capaciteiten van verzoeker doet zich nog altijd een trage maar gestage progressie in zijn persoonlijke ontwikkeling voor.
- 4.9. Tot slot verwerpt verzoeker de stelling van de zorgverzekeraar dat zijn moeder niet bevoegd zou zijn hem de onderhavige zorg te verlenen. Zij is bevoegd om op scholen voor bijzonder onderwijs te doceren en deze scholen als directeur te leiden. Bovendien handelt zij onder leiding en supervisie van een zorgverlener die wel is opgenomen in artikel 3.1 van het "Reglement PGB Experiment GGZ Zvw 2008", de zogenaamde 'verlengde arm' constructie.
- 4.10. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

## 5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar stelt dat het ingediende behandelplan is getoetst aan het "Reglement PGB Experiment GGZ Zvw 2009" van de zorgverzekeraar. Verzoeker wordt in de thuissituatie intensief begeleid en behandeld door de vertegenwoordiger, tevens mentor van verzoeker, ondersteund door een ambulante begeleider. Intensieve zorg en aansturing als ook deskundige hulp zijn noodzakelijk om de situatie stabiel en hanteerbaar te houden.
- 5.2. Voor de door de mentor en de ambulante begeleider geboden zorg en behandeling zoals die uit het behandelplan blijken, kan geen PGB-GGZ worden verstrekt omdat niet wordt voldaan aan de voorwaarden van artikel 3.1 van het "Reglement PGB Experiment GGZ Zvw 2009".
- 5.3. Het bindend advies van 23 juni 2010 van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen is in deze niet van belang omdat de zorg die door de mentor en/of de ambulante begeleider wordt verleend niet kan worden beschouwd als zorg dan wel behandeling die wordt verleend door andere disciplines.
- 5.4. Voorts bepaalt artikel 1:452, lid 6, aanhef en onder d, BW dat een mentorschap en het behandelend hulpverlenerschap niet mogen samengaan in verband met mogelijke belangenverstremming. Ook daarom kan het PGB-GGZ niet worden toegewezen.
- 5.5. De zorgverzekeraar is verder van mening dat hij geen PGB voor verblijf behoeft uit te keren omdat in de CIZ-indicatie staat vermeld dat de verblijfszorg in natura dient te worden verleend. De thuissituatie, waarin verzekerde wordt behandeld, voldoet daar niet aan.
- 5.6. Verzoeker is bij herhaling opname aangeboden in door de zorgverzekeraar voorgeslagen instellingen. Verzoeker kiest er zelf voor hiervan geen gebruik te maken.
- 5.7. De zorgverzekeraar heeft bij e-mail van 6 mei 2011 medegedeeld dat het PGB-AWBZ, hangende de behandeling van de zaak door de Centrale Raad voor Beroep over aanpassing van de hoogte van het zorgzwaarte pakket (zzp) zal worden voortgezet.
- 5.8. Ter zitting is door de zorgverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de zaak eerst medio 2009 aanhangig is gemaakt en dat om die reden het jaar 2008 niet meer kan worden meegenomen.
- 5.9. Voorts heeft de zorgverzekeraar desgevraagd medegedeeld niet te voelen voor een mediationpoging tussen verzoeker, de zorgverzekeraar en de derde die de uitvoering van de AWBZ onder zich heeft. Hoewel de zorgverzekeraar inziet dat het hier gaat om een zaak die vanwege de overgangsregeling zowel een publiekrechtelijke als een privaatrechtelijke kant heeft en daarom nimmer in zijn volle omvang voor één rechter kan worden gebracht, geven de ervaringen uit eerder overleg hem onvoldoende vertrouwen dat ditmaal wel een oplossing zal worden bereikt. De zorgverzekeraar zou voor de toekomst graag zien dat de commissie een richtinggevende uitspraak doet, zo nodig in een overweging ten overvloede.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Voor zover het onderhavige geschil betrekking heeft op de zorgverzekering, is de commissie bevoegd hiervan kennis te nemen en hierover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is de aanspraak in te willigen ten laste van de zorgverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving van 2008 en 2009 relevant.

8.2. De zorgverzekering van 2008 betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverleners. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering.

Artikel 39 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op een PGB-GGZ bestaat. Lid 2 van genoemd artikel regelt de overgang in geval op 31 december 2007 sprake is van een PGB vanuit de AWBZ en luidt, voor zover hier van belang:

*“Een verzekerde die op 31 december 2007 aanspraak had op een PGB op grond van de AWBZ, behoudt die aanspraak ten hoogste tot en met 31 december 2008. Dit geldt uitsluitend voor de duur van de indicatie, op grond waarvan het budget ingevolge de AWBZ is toegekend. De voorwaarden van de vorige leden zijn van overeenkomstige toepassing.”*

Lid 1 van artikel 39 luidt:

*“De verzekerde kan desgewenst, in plaats van de aanspraken van artikel 37 en 38, [naam zorgverzekeraar] verzoeken om een persoonsgebonden budget (PGB). Voor de aanspraak op een PGB gelden, in aanvulling op de artikelen 37 en 38 aangegeven vereisten, de nadere voorwaarden zoals in het door [naam zorgverzekeraar] op te stellen Reglement PGB Experiment GGZ bepaald. Het door [naam zorgverzekeraar] op te stellen Reglement PGB Experiment GGZ maakt deel uit van deze verzekeringsovereenkomst (...).”*

Artikel 3.1 van het “Reglement PGB Experiment GGZ Zvw 2008 en 2009” bepaalt:

*“3.1 Een persoonsgebonden budget kan worden toegekend voor zorg, te verlenen door een van de volgende zorgaanbieders:*

- a. GGZ-instelling (waaronder een als psychiatrisch ziekenhuis toegelaten instelling, een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis en een RIAGG);*
- b. vrijgevestigd psychiater of zenuwarts;*
- c. klinisch psycholoog;*
- d. psychotherapeut;*
- e. gz-psycholoog;*
- f. eerstelijns-psycholoog.”*

De zorgverzekering van 2009 betreft eveneens een naturapolis. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 19 e.v. van de zorgverzekering. Artikel 38 lid 3 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verblijf bestaat en luidt, voor zover thans relevant:

*“Psychiatrische ziekenhuisopname*

*Aanspraak bestaat op opname in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis gedurende ten hoogste 365 dagen. (...)*

*De aanspraak omvat de specialistische psychiatrische behandeling en het verblijf, al dan niet gepaard gaande met verpleging en verzorging. Tevens vallen hieronder de bij de behandeling behorende paramedische zorg en geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen gedurende de periode van opname.”*

- 8.3. Artikel 39 van de zorgverzekering 2008, artikel 3.1 van het “Reglement PGB Experiment GGZ Zvw 2008” en artikel 38 van de zorgverzekering 2009 zijn volgens artikel 2 lid 1 van de beide zorgverzekeringen gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.4. Artikel 11, lid 1, 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. GGZ is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.16a Bzv inzake het PGB en artikel III van het Wijzigingsbesluit Bzv, enz. (vormen van zorg waarvoor een persoonsgebonden budget kan worden verstrekt). Het voorgaande leidt tot het oordeel dat de in de zorgverzekering opgenomen regeling strookt met de toepasselijke regelgeving.
- 8.5. Voorts is in artikel 1:452, lid 6, aanhef en onder d, BW geregeld dat belangenverstremming bij een mentorschap voor een meerderjarige zoveel mogelijk wordt voorkomen. Voor zover hier van belang, luidt die bepaling als volgt:

*“Geen mentor kunnen worden:*

*(..)*

*d. de direct betrokken of behandelend hulpverlener;”*

## 9. Beoordeling van het geschil

### **Ten aanzien van de zorgverzekering**

- 9.1. Wat betreft de aanspraak voor het jaar 2008 blijkt uit de regeling inzake de overgang van de aanspraak PGB-GGZ van de AWBZ naar de zorgverzekering dat de aanspraken die op 31 december 2007 op grond van de ABWZ golden, voor de duur van die indicatie onverkort dienen te worden gehonoreerd ten laste van de zorgverzekering.
- 9.2. Het vorenstaande leidt ertoe dat de aanspraken “ondersteunende begeleiding algemeen” en “ondersteunende begeleiding dagprogramma”, die voortvloeien uit de CIZ-indicatie van 1 juni 2007, gedurende het gehele jaar 2008, met in achtneming van het door de zorgverzekeraar vast te stellen betalingsregime, onverkort dienen te worden overgenomen. Het feit dat de moeder van verzoeker, die tevens mentor van verzoeker is, niet voldoet aan de in het “Reglement PGB Experiment GGZ Zvw 2008” ge-

noemde kwalificaties, doet hieraan niet af. Ook het feit dat de moeder naast direct betrokken hulpverlener mentor is, doet voor het jaar 2008 niet ter zake.

- 9.3. Met betrekking tot de aanspraak “verblijf langdurig”, waarvoor in de CIZ-indicatie zorg in natura wordt geadviseerd, blijkt uit de CIZ-indicatie dat dit slechts een advies betreft, en niet heeft te gelden als een besluit. Daarenboven blijkt uit het advies van 16 januari 2009, zaaknummer 28105415, dat door het CVZ in zijn rol als adviseur be- zwaarschrift voor het indicatieorgaan is uitgebracht, het volgende:

*“De medisch adviseur is van oordeel, dat op grond van de informatie van de huisarts en de kinderpsychiaters kan worden gesteld dat er een indicatie bestaat voor de functie verblijf. De grondslag is een psychiatrische aandoening. (...) Gesteld wordt nog dat geen adequate intramurale setting geboden kan worden, zodat de zorg onder verantwoordelijkheid van de behandel- delaar wordt gerealiseerd in de thuissituatie. O.a. wordt de verantwoorde thuissituatie geborgd met ambulante behandeling en een voorwaardelijke RM. De medisch adviseur merkt op dat daarmee deze zorg in zijn geheel (als ziekenhuis verplaatst) valt onder de reikwijdte van de Zorgverzekeringswet (...)”*

Het voorgaande leidt tot de conclusie dat ook de aanspraak “verblijf langdurig” gedu- rende het gehele jaar 2008 onverkort dient te worden overgenomen, ten laste van de zorgverzekering.

- 9.4. Ten aanzien van de aanspraak “activerende begeleiding algemeen” (de zogeheten “cure-zorg”), is niet betwist dat deze een machtigingsduur heeft tot en met 24 april 2008. Tot die datum dient de aanspraak derhalve onverkort te worden verleend. Na genoemde datum dient de vergoeding van “activerende begeleiding” voor zover sprake is van op genezing gerichte activerende begeleiding te worden getoetst aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Ter zitting is door verzoeker gesteld dat de activerende begeleiding het karakter van cure-zorg heeft. Dit is door de zorgverzeke- raar niet bestreden, zodat de commissie dit als vaststaand aanneemt.
- 9.5. Met betrekking tot de toetsing van de aanspraak op grond van de zorgverzekering stelt de commissie vast dat de vraag of (i) sprake is van een verzekerde prestatie, (ii) verzoeker een indicatie heeft, en (iii) de zorg doelmatig is, geen beantwoording be- hoeft, aangezien de zorgverzekeraar ertoe is overgegaan uitsluitend de voor de be- handelaar geldende formele voorwaarden te toetsen. De commissie zal zich daarom alleen hierover buigen.
- 9.6. De zorgverzekering is een privaatrechtelijke overeenkomst, waarvan de omvang van de dekking door de Zvw wordt bepaald. Wie echter uitvoering aan die dekking kan en mag geven is, met in achtneming van overige wettelijke vereisten, door de wetgever expliciet overgelaten aan de zorgverzekeraars, zo blijkt uit de memorie van toelichting op de wet (TK 2003-2004, 29 763, nr. 03, p. 4 en p. 41-42). Nu de zorgverzekeraar in zijn “Reglement PGB Experiment GGZ Zvw 2008” op transparante wijze heeft uit- eengezet wie de verzekerde zorg mag leveren en de commissie voorts niet is geble- ken van strijd met enige andere wetgeving, kan het verweer van verzoeker op dit punt niet slagen.

Ook het beroep op een eerdere uitspraak van de commissie kan niet slagen, omdat, anders dan in de onderhavige zaak, in die situatie de verzorgers in dienst waren van



een instelling waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst had gesloten.

- 9.7. Aangezien op grond van de overgangsregeling de geldigheid van de overige aanspraken op 1 januari 2009 is komen te vervallen, zal moeten worden beoordeeld of verzoeker op basis van de zorgverzekering voor 2009 aanspraak kan maken op de vorengenoemde “ondersteunende begeleiding algemeen”, “ondersteunende begeleiding dagprogramma” en “verblijf langdurig”. Hierbij is van belang dat de wetgever heeft bepaald dat artikel 2.10 Bzv, welke bepaling ziet op verblijf - en die in artikel 38 lid 3 van de zorgverzekering nader is uitgewerkt, zo begrijpt de commissie - blijkens de toelichting (Stb 389, 2005, p. 45) zo dient te worden uitgelegd dat indien het gaat om verblijf in combinatie met medisch-specialistische zorg, het verblijf na 365 dagen ten laste van de AWBZ komt. Derhalve dient de vraag te worden beantwoord of de functie “verblijf langdurig”, waarvoor verzoeker op grond van de overgangsregeling 2008 een PGB Experimentele GGZ ontving, heeft te gelden als verblijf waar artikel 38 lid 3 van de zorgverzekering betrekking op heeft. De “ondersteunende begeleiding algemeen” en “ondersteunende begeleiding dagprogramma” volgen de uitkomst van het “verblijf langdurig”, omdat de beide eerstgenoemde vormen van zorg naar hun aard dáár worden verleend waar de verzekerde verblijft.
- 9.8. Artikel 1 van de zorgverzekering bepaalt dat onder verblijf wordt verstaan een opname met een duur van 24 uur of langer. Onder opname dient volgens diezelfde bepaling te worden verstaan een opname in een ziekenhuis of revalidatie-instelling, indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis of revalidatie-instelling kunnen worden geboden.
- 9.9. De commissie overweegt dat op 1 januari 2009 voor verzoeker onmogelijk was aan deze voorwaarde te voldoen wegens gebrek aan een adequate intramurale setting. Het feit dat de zorgverzekeraar op een later moment wel een alternatief heeft aangegevoerd – nog afgezien van de vraag of dit alternatief voldoende adequaat is in de situatie van verzoeker - doet aan deze constatering niet af. Voorts lijkt verzoeker de dupe te worden van twee verschillende regelingen. Enerzijds heeft hij op grond van de overgangsregeling het recht om onder de functie verblijf gebruik te maken van thuisverplaatste zorg onder verantwoordelijkheid van de behandelaar, in casu de kinder- en jeugdpsychiater, ten laste van de zorgverzekering gedurende de eerste 365 dagen. Anderzijds blijkt uit artikel 38 lid 3 van de zorgverzekering dat eerst een opname van 365 dagen moet hebben plaatsgevonden om van verblijf in combinatie met medisch-specialistische zorg te kunnen spreken op grond waarvan, na ommekomst van deze termijn, aanspraken ingevolge de AWBZ ontstaan. Een redelijke uitleg van voormelde bepalingen - die recht doet aan de onderhavige situatie - houdt in dat de thuisverplaatste zorg onder verantwoordelijkheid en zorg van de behandelaar, in casu de kinder- en jeugdpsychiater, ten laste van de zorgverzekering gedurende de eerste 365 dagen dient te worden beschouwd als verblijf in combinatie met medisch-specialistische zorg. Dit betekent dat met ingang van 1 januari 2009 geen aanspraak meer bestaat op “verblijf langdurig” krachtens de zorgverzekering. In het verlengde hiervan heeft hetzelfde te gelden voor de “ondersteunende begeleiding algemeen” en “ondersteunende begeleiding dagprogramma”.

## **Werking privaatrecht**

- 9.10. Vaststaat dat verzoeker met ingang van 1 januari 2009 op basis van de CIZ-indicatie die op 31 december 2007 geldig was - met een geldigheidsduur tot 24 april 2009 voor zover het de "ondersteunende begeleiding algemeen", "ondersteunende begeleiding dagprogramma" en "verblijf langdurig" betreft - gebruik had kunnen maken van de mogelijkheid terug te stromen in de AWBZ. Door artikel 39 lid 2 van de zorgverzekering 2008 buiten toepassing te laten is aan verzoeker de mogelijkheid ontnomen van zijn rechten op grond van de AWBZ gebruik te maken na 31 december 2008. Aangezien de commissie haar bevoegdheid ontleent aan de tussen partijen geldende zorgverzekering is zij in beginsel niet bevoegd zich over de gevolgen hiervan uit te spreken.
- 9.11. Ter zitting hebben partijen kenbaar gemaakt dat zij het gewenst vinden dat er een einde aan dit geschil komt, dat hen al sinds april 2009 verdeeld houdt en hebben zij de commissie verzocht op dit punt eveneens een bindend advies te geven. Gelet op de vraag in kwestie aanvaardt de commissie deze opdracht en overweegt zij dien-aangaande als volgt.
- 9.12. Uitsluitend voor zover op grond van artikel 39 lid 2 in samenhang met artikel 38 lid 3 van de zorgverzekering 2008 en de CIZ-indicatie zoals die op 31 december 2007 gold, reparatie van de aanspraken uit de AWBZ met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2009 onmogelijk is, lijdt verzoeker schade. Deze mogelijke schade is het rechtstreekse gevolg van het feit dat de zorgverzekeraar artikel 39 lid 2 ten onrechte buiten toepassing heeft gelaten, hetgeen aan de zorgverzekeraar als professionele partij kan worden toegerekend.
- 9.13. Aangezien de omvang van de schade niet op basis van objectieve gegevens kan worden vastgesteld, zal de commissie de schade in goede justitie schatten. Zij sluit daarbij aan bij het nader commentaar van de zorgverzekeraar van 25 augustus 2011. Hieruit blijkt dat voor het jaar 2009 ten behoeve van verzoeker een PGB-AWBZ ter grootte van € 72.125,84 is uitgekeerd voor de zorgverlening ten huize van de verzorgster van verzoeker. Voor de jaren 2010 en 2011 schat de commissie de schade per jaar op hetzelfde bedrag van € 72.125,84, te verminderen met de reeds onder de noemer van het PGB-AWBZ uitgekeerde bedragen over die perioden. Voorts is zij van oordeel dat verzoeker in de gelegenheid is een nieuw PGB-AWBZ aan te vragen voor de periode na 31 december 2011, zodat de zorgverzekeraar voor schade die ontstaat na die datum niet langer tot vergoeding is gehouden.

### **Conclusie**

- 9.14. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek met betrekking tot 2008 betreft dient te worden toegewezen voor zover het op "ondersteunende begeleiding algemeen", "ondersteunende begeleiding dagprogramma" en "verblijf langdurig" ziet, en voor 2009, 2010 en 2011 met inachtneming van het onder 9.13 gestelde. De "activerende begeleiding algemeen" blijft na ommekomst van de vervaldatum, te weten 24 april 2008, voor rekening van verzoeker.
- 9.15. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld aan verzoeker te vergoeden.
10. Het bindend advies

- 10.1. De commissie wijst het verzoek met inachtneming van het onder 9.14 gestelde toe.
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden een bedrag ad € 37,--.

Zeist, 7 december 2011,

Voorzitter