



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C,  
tegen Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea  
Zorgverzekeringen N.V. te Zeist

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden  
budget (PGB), zorgverlening door ouders en oma, hoogte tarief

Zaaknummer : 201502413

Zittingsdatum : 11 mei 2016

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

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

---

1. Partijen

A, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde,

tegen

- 1) Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
  - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van het Keuze Zorg Plan (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Beter Voor Nu afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op toekenning van een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) ten behoeve van verzekerde (hierna: de aanspraak). Bij e-mailbericht van 4 september 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld over te gaan tot toekenning van een PGB vv op basis van 59 uur en 45 minuten, tegen een tarief van € 20,04 per uur.
- 3.2. Bij klachtenformulier van 31 augustus 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem en zijn moeder het hogere, zogenoemde formele tarief te betalen (hierna: het verzoek).
- 3.3. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brieven met dagtekening 14 februari 2015 (ontvangen op 19 januari 2016) en 9 februari 2016 (ontvangen op 15 februari 2016) medegedeeld verzoeker en zijn moeder voor het jaar 2015 alsnog het tarief voor formele zorgverleners te vergoeden. Voor het jaar 2016 hanteert de ziektekostenverzekeraar het voor beiden informele tarief.

- 3.5. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 maart 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 april 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.6. Bij brief van 7 maart 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 24 maart 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016030013) de commissie medegedeeld zich te onthouden van advies. De tarieven maken deel uit van de voorwaarden van de zorgverzekering en staan los van de inhoud van de te verzekeren prestaties, diagnose en indicatiestelling. De beoordeling van de hoogte van de tarieven ligt daarom niet op het terrein van het Zorginstituut. Een afschrift van de brief van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.7. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 mei 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
- 3.8. Verzoeker heeft de commissie op 17 mei 2016 een e-mailbericht met bijlagen gestuurd. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
- 3.9. Op 19 mei 2016 heeft verzoeker de commissie nogmaals een e-mailbericht met bijlagen gezonden. Hiervan is een afschrift aan de wederpartij gezonden.
- 3.10. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie, in vervolg op de behandeling ter zitting, op 25 mei 2016 een faxbericht doen toekomen met hierin de toezegging dat verzoeker en zijn moeder ook in 2016 in aanmerking komen voor het formele tarief. Een afschrift hiervan is aan verzoeker gestuurd met de vraag of het geschil hiermee is opgelost. Bij e-mailbericht van 7 juni 2016 heeft verzoeker hierop gereageerd. Een afschrift van zijn reactie is aan de wederpartij gezonden.
- 3.11. Van verzoeker zijn voorts op 24 en 28 juni 2016 e-mailberichten ontvangen. Ook hiervan zijn afschriften aan de wederpartij gestuurd.
- 3.12. Bij e-mailbericht van 28 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie geïnformeerd over de administratieve verwerking van de toezegging voor het jaar 2016. Een afschrift is aan de wederpartij gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende vermeld: *"De zorg voor onze zoon (...) betreft vele verpleegkundige handelingen. Hiervoor is een zorgplan opgemaakt van in totaal 63,45 uren. Omdat deze verpleegkundige zorg dagelijks geleverd dient te worden komt het neer op een gem. aantal uren (9) per dag. [Verzekerde] is een baby en hierom volledig afhankelijk (24/7) van zorg, waarvan 63,45 uren gespecialiseerde verpleegkundige zorg. Hierom hebben wij (ouders) besloten een gedeelte vd zorg in te kopen bij: Flexiekids (4 u p/w), oma (...) 14 u p/w, verpleegkundige HBO niv. 5, en door bedrijf van vader (medisch specialist) 11,45 uur p/w, dit alles naast de zorg van moeder 34 u p/w (natuurlijk persoon)".*
- 4.2. Verzekerde is bekend met een gecompliceerde gastroschisis en darmafsluitingen. De firma Flexiekids heeft een indicatie gesteld voor de verpleegkundige zorg, waarbij wordt uitgekomen op 63,45 uur per week. Het gaat hierbij om complexe verpleegkundige en niet-planbare medische handelingen en procedures die vrijwel elke dag moeten worden herhaald, waaronder centrale lijnzorg, stomazorg, sonde lijnzorg, wondzorg en het bereiden en toedienen van medicatie. Deze zorg duurt gemiddeld negen uur per dag, en kan derhalve niet door één persoon worden uitgevoerd. Verzoeker en zijn echtgenote hebben besloten de zorg over verschillende personen te verdelen. Enerzijds uit het oogpunt van kwaliteitsborging, anderzijds om de continuïteit van de zorg te kunnen

garanderen voor de periode dat dit nodig is (minimaal een jaar). Vanuit kostenaspect is hierbij bewust ervoor gekozen de natuurlijke persoon de meeste uren te laten draaien. Verzoeker is medisch specialist, en heeft hiervoor een BIG-registratie. Ook is hij geregistreerd als basisarts. Zijn moeder is geregistreerd als verpleegkundige. Beiden kunnen derhalve handelen als formeel zorgverlener. Verzoeker en zijn moeder zijn verplicht te handelen als medisch ingrijpen noodzakelijk blijkt.

Verzoeker merkt verder op dat het tarief dat hij rekent vanuit zijn bedrijfsvoering een stuk hoger ligt dan het tarief dat de ziektekostenverzekeraar vergoedt voor een formele zorgverlener. Dit is enerzijds geen probleem, gezien de belangen van verzoeker als vader van verzekerde, maar anderzijds geldt dat hij de uren niet kan inzetten voor zijn reguliere bedrijfsvoering.

- 4.3. De ziektekostenverzekeraar vergoedt slechts het tarief voor een natuurlijk persoon. Dit betekent dat verzoeker en zijn moeder wel de plicht hebben medisch in te grijpen, maar hiermee niet het recht hebben op het formele tarief. Verder is de ziektekostenverzekeraar kennelijk van mening dat het redelijk is dat 93 procent van de zorg die aan verzekerde wordt verleend, wordt gegeven door natuurlijke personen. Gelet op zijn complexe problematiek is dit allerm minst wenselijk.
- 4.4. Ter zitting is door verzoeker de medische situatie van verzekerde uitgebreid toegelicht. Verder is door hem benadrukt dat door het hanteren van het informele tarief in deze situatie, zorgverlening door gespecialiseerde familieleden vrijwel onmogelijk wordt gemaakt. Daarnaast worden door het ontkennen van de juridische positie van verzoeker en zijn moeder als formele zorgverleners de rechten van verzekerde niet gewaarborgd. Als alles informeel blijft, betekent dit dat verzekerde niet de toegang heeft tot het medisch tuchtcollege. Verzoeker heeft voorts opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar een rommelige administratie voert. Soms wordt het formele tarief aan hem vergoed, en andere keren het informele tarief. Het verschil bestaat uit een vergoeding van € 20,- dan wel € 60,- per uur. Verder heeft verzoeker medegedeeld een brief te hebben van de ziektekostenverzekeraar, met hierin de verklaring dat het PGB vv tegen het formele tarief wordt toegekend tot 31 augustus 2016.
- 4.5. Bij e-mailbericht van 28 juni 2016 heeft verzoeker verklaard dat hij duidelijkheid wenst over enkele zaken. De huidige zorgmachtigingen zijn op geen enkele wijze onderbouwd of gespecificeerd. Verzoeker vraagt zich af wie er vanuit deze machtigingen betaald dienen te worden, met welk tarief is gerekend en onder welke voorwaarden hij kan declareren. Voorts staan op dit moment nog steeds declaraties open. De ziektekostenverzekeraar heeft zich niet uitgelaten over de toepassing van het formele MSVT-tarief waaronder verzekerde valt (het tarief voor personen onder de 18 jaar). Verder heeft nog geen terugbetaling plaatsgevonden van alle onrechtmatig toegepaste kortingen op de declaraties, alsmede van het entreegeld van € 37,-. Ook heeft verzoeker niet de toezegging gekregen dat de ziektekostenverzekeraar naderhand geen bedragen zal terugvorderen omdat uit een controle achteraf blijkt dat de administratie niet juist is. Tot slot heeft verzoeker gesteld dat de aanvraag voor de machtiging voor het PGB vv vanaf 1 januari 2017 binnen enkele maanden zal plaatsvinden. Verzoeker wenst niet weer hetzelfde debat te moeten aangaan met de ziektekostenverzekeraar, en vraagt daarom ook een uitspraak over het tarief dat met ingang van die datum zal gelden.
- 4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Aan verzekerde is met ingang van 1 september 2015 een PGB vv toegekend op basis van 59 uur en 45 minuten, tegen een tarief van € 20,04 per uur. De resterende uren (vier uur verpleging), die worden verleend door Flexiekids, kunnen rechtstreeks door deze organisatie bij de ziektekostenverzekeraar worden gedeclareerd.

- 5.2. De ziektekostenverzekeraar vergoedt aan professionele zorgverleners die tevens de rol hebben van vader, moeder, opa of oma het informele tarief, omdat deze als eerste of tweedegraads familieleden een informele relatie hebben met het kind dat wordt verzorgd. Daarbij is de ouder van een kind met een PGB vv ook zijn wettelijk vertegenwoordiger, zodat deze verantwoordelijk is voor het sluiten van overeenkomsten met zorgverleners, waarbij wordt afgesproken welke zorg wordt geleverd en hoeveel hiervoor wordt betaald. Omdat het niet wenselijk is dat familieleden met elkaar of met zichzelf moeten onderhandelen over de prijs, heeft de ziektekostenverzekeraar het tarief vastgesteld op € 20,04 (tarief 2015). Een en ander is geregeld in artikel 3.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar voert het beleid dat indien de zorg wordt geleverd door bloed- of aanverwanten in de eerste en/of tweede graad, de zorgaanbieders als natuurlijke personen/ informele zorgaanbieders worden aangemerkt en niet als formele zorgaanbieders, ongeacht hun kwalificaties. De ziektekostenverzekeraar handhaaft dit standpunt, maar heeft - gelet op de omstandigheden van het geval - coulancehalve besloten voor 2015 het tarief te verhogen en dit gelijk te stellen met het tarief dat mag worden gedeclareerd door formele zorgaanbieders. In tegenstelling tot het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2015', regelt het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016' duidelijk dat familieleden in de eerste en tweede graad worden aangemerkt als informele zorgverleners, ongeacht hun kwalificaties.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat voor 2015 een vergoeding is verleend op basis van coulance. De brief van 9 februari 2016 heeft betrekking op deze toestemming. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar is nog steeds dat sprake is van een PGB vv op basis van het informele tarief. Het PGB vv op basis van het formele tarief heeft waarschijnlijk betrekking op Flexiekids. Het PGB vv is bedoeld om zorg in te huren. Er worden dan afspraken gemaakt met zorgaanbieders. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen familieleden als informele zorgaanbieders aan te merken, omdat de patiënt dan geen onderhandelingsruimte heeft, en een vast tarief geldt. Het komt vaker voor dat familieleden de zorg verlenen, zodat het hier niet gaat om een unieke specifieke situatie, waarbij aanleiding bestaat het formele tarief te vergoeden.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij faxbericht van 25 mei 2016 aan de commissie medegedeeld dat het PGB-budget tot en met 31 december 2016 wordt verhoogd op basis van het tarief voor formele zorgverleners. Het betaalde entreegeld van € 37,- zal door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker worden vergoed.
- 5.6. Bij e-mailbericht van 28 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie medegedeeld dat over de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 augustus 2016 een nabetaling zal plaatsvinden, en dat over de periode van 1 september 2016 tot en met 31 december 2016 een nieuw PGB wordt toegekend.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en 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 verzoeker en zijn moeder voor de kalenderjaren 2016 en 2017 het tarief voor een formele zorgverlener te vergoeden, 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 zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 39 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 28 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging 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.*

*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 3.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering luidt:

**"Kosten van behandeling die uzelf of een familielid uitvoert**

*U mag niet uzelf behandelen of doorverwijzen en de kosten daarvan declareren op uw eigen verzekering. U heeft geen recht op deze zorg. Wilt u dat uw partner, een gezinslid en/of een familielid in de eerste of tweede graad u behandelt? En wilt u dit declareren? Dan moeten wij u vooraf toestemming hebben gegeven. Wij doen dit alleen in uitzonderlijke gevallen. Er is sprake van een uitzonderlijk geval als u kunt aantonen dat het noodzakelijk is dat de behandeling uitgevoerd moet worden door een familielid en niet door een andere zorgverlener kan worden uitgevoerd."*

8.5. Artikel 7.1 van het 'Achmea Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016' luidt, voor zover hier van belang:

*"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 (...)"

8.6. De artikelen 3.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering, 28 van de zorgverzekering en 7.1 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar 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).

8.7. 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.

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.

8.8. 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.

Niet in geschil is dat verzekerde aanspraak heeft op het PGB vv. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of verzoeker en zijn moeder door de ziektekostenverzekeraar dienen te worden aangemerkt als formele zorgverleners en of zij als zodanig voor de kalenderjaren 2016 en 2017 een hogere vergoeding moeten ontvangen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

9.2. Vast staat dat verzoeker en zijn moeder familieleden van verzekerde in de eerste en tweede graad zijn, als bedoeld in artikel 7.1 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016'. Gelet op genoemd reglement dienen zij dan ook - ongeacht hun kwalificaties - te worden aangemerkt als informele zorgverleners. Daarom bestaat aanspraak op een vergoeding van € 23,- per uur voor verzoeker en voor zijn moeder.

Aangezien de wetgever geen nadere regels heeft gesteld aan het PGB vv, is hetgeen hierover is bepaald in de verzekeringsvoorwaarden en het tussen de verzekeringnemer en de ziektekostenverzekeraar geldende reglement, leidend. Verzoeker is - als wettelijk vertegenwoordiger van verzekerde - met het afsluiten van de zorgverzekering gebonden aan bedoelde voorwaarden en


het reglement, zodat hetgeen hierin is bepaald hem kan worden tegengeworpen. Verzoeker heeft voor zichzelf en zijn moeder dan ook geen aanspraak op de vergoeding zoals die geldt voor formele zorgverleners, ten laste van de zorgverzekering.

- 9.3. Met betrekking tot hetgeen verzoeker heeft opgemerkt aangaande het tarief dat hij rekent vanuit zijn bedrijfsvoering, tekent de commissie aan dat het PGB vv is bedoeld als een middel om de verzekerde zelf zorg te laten inkopen en niet als een compensatie- of inkomensvoorziening voor de zorgverlener.  
Voorts wijst de commissie erop dat de stelling van verzoeker dat de ziektekostenverzekeraar het kennelijk redelijk acht dat 93 percent van de zorg die aan verzekerde wordt verleend wordt gegeven door natuurlijke personen, geen doel treft. Er is ten behoeve van verzekerde een indicatie gesteld en deze is bepalend. De geïndiceerde zorg kan in natura worden afgenomen. Ook is mogelijk dat op basis van het PGB vv overeenkomsten worden gesloten met zorgverleners van buiten de directe familie, die dan aanspraak hebben op het tarief dat bij hun kwalificaties hoort. Dat verzoeker en zijn moeder niet in aanmerking komen voor het hogere tarief heeft niet met hun onderscheiden kwalificaties te maken - deze staan niet ter discussie - maar met de onder 9.2 beschreven regeling in het toepasselijke reglement. De hieruit voortvloeiende lagere vergoeding doet aan de gestelde indicatie en de op basis hiervan te verlenen zorg niet af.  
Voor zover de zorgen van verzoeker ten aanzien van de juridische positie van verzekerde inderdaad van overwegende aard zijn, geldt dat ook hieraan kan worden tegemoet gekomen door te kiezen voor zorg in natura of - in geval van een PGB vv - het contracteren van zorgverleners van buiten de directe familie.
- 9.4. Gelet op de toekenningsbeschikkingen van 22 juni 2016, waarin een PGB vv aan verzekerde wordt toegekend van € 111.782,67 respectievelijk € 51.571,49, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten voor het kalenderjaar 2016 alsnog een vergoeding te verlenen op basis van het formele tarief. Ook het entreegeld van € 37,- zal door de ziektekostenverzekeraar worden vergoed. De commissie zal in die beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet treden.
- 9.5. Het onderhavige bindend advies kan geen betrekking hebben op het kalenderjaar 2017, aangezien voor dat jaar nog geen aanvraag en een (mogelijke) afwijzing hiervan, alsmede een heroverweging door de ziektekostenverzekeraar, hebben plaatsgevonden. De commissie is daarom niet bevoegd van dit deel van het verzoek kennis te nemen.
- 9.6. Ten aanzien van de door verzoeker gevraagde toezegging dat de ziektekostenverzekeraar naderhand geen bedragen zal terugvorderen omdat uit een controle achteraf blijkt dat de administratie niet juist is, geldt het volgende.  
Het is aan de budgethouder of diens wettelijk vertegenwoordiger de verplichtingen die voortvloeien uit de verzekeringsovereenkomst en het toepasselijke reglement na te komen. Indien door de ziektekostenverzekeraar bij een controle wordt vastgesteld dat dit niet is gebeurd, staat de mogelijkheid van sancties - waaronder terugvordering - open. Van de ziektekostenverzekeraar kan niet worden gevergd dat hij op voorhand afstand doet van zijn bevoegdheden ter zake. Daarbij valt niet in te zien waarom dit in de situatie van verzoeker anders zou moeten zijn. Onduidelijk is waarom verzoeker meent dat naar aanleiding van de toekenning van het formele tarief over het kalenderjaar 2016 er tevens een wijziging zou moeten optreden in zijn verplichtingen, in het kader van het PGB vv, als wettelijk vertegenwoordiger van verzekerde.  
Anderzijds mag van de ziektekostenverzekeraar wel worden verwacht dat hij een gespecificeerd overzicht aan verzoeker verstrekt, waaruit blijkt welke bedragen tot nu toe zijn betaald in het kader van het PGB vv en welke bedragen ter zake van welke periode met welk bedrag worden gecorrigeerd.


#### **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**

- 9.7. Aangezien het PGB vv voor het kalenderjaar 2016 op basis van het formele tarief door de ziektekostenverzekeraar is toegezegd, en de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering voor het kalenderjaar 2017 nog niet bekend zijn, zodat de commissie aan




 de eventuele aanspraken die alsdan bestaan thans niet kan oordelen, heeft de aanvullende ziektekostenverzekering geen verdere bespreking.

**Conclusie**

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

10. Het bindend advies

 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 juli 2016,

  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
 A.I.M. van Mierlo