

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202401861

Partijen

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

en

- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 6 mei 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 3 juni 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 5 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 11 augustus 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 oktober 2025 door twee leden van de commissie gehoord. De beslissing op het verzoek zal worden genomen door deze twee leden en een derde lid, welk laatste lid kennisneemt van het gehele dossier, inclusief de aantekeningen van de hoorzitting. Deze aantekeningen zijn ook ter kennisname aan partijen gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Alles Verzorgd Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV Extra (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om deze reden verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster is al enige tijd aangewezen op zorg, die zij bekostigt met een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Omdat haar eerdere PGB vv afliep heeft zij door een wijkverpleegkundige een nieuwe indicatie laten stellen. De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld van 20 minuten Verpleging en 6 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Namens verzoekster is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een PGB vv op basis van dit aantal uren, met een ingangsdatum van 19 augustus 2024 en een einddatum van 26 augustus 2029.

- 2.3. Bij brief van 12 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat aan haar een PGB vv wordt toegekend op basis van 20 minuten Verpleging en 5 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 14 juni 2024 tot en met 13 juni 2026.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 1 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is (i) de ingangsdatum van het PGB vv te stellen op 26 augustus 2024 en (ii) niet alleen bij de eerste aanvraag voor een PGB vv, maar ook bij een herindicatie, de mogelijkheid te bieden om te kiezen voor een latere ingangsdatum, zoals bepaald in artikel 5.2 van het Reglement PGB Verpleging en Verzorging van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.2. Verzoekster heeft in haar verzoek aan de commissie van 6 mei 2025 verklaard dat zij al jaren een PGB vv ontvangt. De indicatie van 26 augustus 2022 zou eindigen op 26 augustus 2024. De ziektekostenverzekeraar attendeerde haar met zijn brief van 18 mei 2024 erop dat zij, indien nodig, tijdig een nieuwe aanvraag moest doen. De complete aanvraag, met gewenste ingangsdatum 26 augustus 2024, is door de ziektekostenverzekeraar op 14 juni 2024 ontvangen. Pas op 12 augustus 2024 kreeg verzoekster bericht over de toekenning van het PGB vv. Het aantal uren was lager dan geïndiceerd en de periode korter. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de vorige indicatie voor twee jaren geldt, maar in feite is het 1 jaar en 9 maanden. In de klacht van 9 september 2024 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar gevraagd om betere communicatie over de looptijd van de indicatie, een ingangsdatum van 26 augustus 2024, en – idealiter - toekenning van het PGB vv voor een periode van 5 jaren.
- 3.3. In de klacht van 14 oktober 2024 heeft verzoekster daarnaast aangevoerd dat artikel 5.2 van het toepasselijke Reglement PGB Verpleging en Verzorging (hierna: het reglement) een latere ingangsdatum in geval van herindicatie mogelijk maakt. Dat dit enkel bij een eerste aanvraag geldt, volgt niet uit het reglement. Het is vreemd om met 8 weken terugwerkende kracht een PGB vv op basis van een lager aantal uren toe te kennen, terwijl er in dat tijdvak al zorg op grond van de eerdere (hogere) indicatie is verleend en betaald. De ervaring leert dat de beoordeling van een nieuwe indicatie altijd langer duurt dan 6 weken. Verzoekster kan niet het risico lopen dat zij zelf zorg moet bekostigen na de einddatum van de vorige indicatie omdat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag op basis van een herindicatie nog niet heeft beoordeeld.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop aangevoerd dat enkel in een voetnoot bij de aanvraag voor het PGB vv staat vermeld dat een ingangsdatum in de toekomst alleen mogelijk is bij een eerste aanvraag. Men leest makkelijk over een voetnoot heen. Door dit alleen in een voetnoot op te nemen wordt een verzekerde dan ook onvoldoende geïnformeerd. Verzoekster verwijst naar de prejudiciële vragen aan de Hoge Raad in de zaak ECLI:NL:PHR: 2021:758. Een verzekeraar is verplicht om op een duidelijke en begrijpelijke wijze informatie te verstrekken. Een enkele verwijzing naar een voetnoot is dit niet. Er is sprake van oneerlijke handelspraktijken. Verzoekster verwijst hierbij naar artikel 6:230m van het Burgerlijk Wetboek. De ziektekostenverzekeraar heeft op geen enkele wijze geconcretiseerd wanneer het PGB vv na een herindicatie ingaat. Dit had hij duidelijk kunnen maken in de brief van 18 mei 2024 waarin verzoekster werd geïnformeerd over het aflopen van de op dat moment geldende indicatie. Het is belangrijk dat bij het sluiten van een overeenkomst, zoals die met betrekking tot een PGB vv, de voorwaarden duidelijk zijn. Verzoekster verkeerde in een onzekere periode na het indienen van de aanvraag voor een nieuw PGB vv. Zij wist niet of en hoeveel uren er zouden worden toegekend, maar maakte intussen wel gebruik van de

zorg. Verzoekster heeft materieel geen nadeel geleden; zij is uitgekomen met de uren zorg die zij had. Als wordt uitgegaan van de gewenste ingangsdatum geeft dit veel rust bij de aanvrager en dit is niet in het nadeel van de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft naar haar zeggen geen belang bij vernietiging of buiten werking stelling van de bepaling in het reglement. Het gaat haar erom dat voor de toekomst duidelijk is hoe deze moet worden gelezen. De bepaling in het reglement moet zwaarder wegen dan een voetnoot in de aanvraag.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de ingangsdatum van het PGB vv door hem terecht is vastgesteld op 14 juni 2024. Hij heeft hiertoe aangevoerd, in zijn reactie van 5 augustus 2025 aan de commissie, dat het uitgangspunt bij het vaststellen van de ingangsdatum volgens artikel 5.2 van het reglement de ontvangstdatum is van de volledige aanvraag. Op verzoek kan er gekozen worden voor een latere ingangsdatum, maar dit geldt enkel voor verzekerden die nog geen PGB vv hebben en niet voor een herindicatie. Dit blijkt ook uit de voetnoot bij de in te vullen ingangsdatum op het aanvraagformulier. De gedachte hierachter is dat de Zorgverzekeringswet recht geeft op zorg die aansluit bij de actuele zorgbehoefte. Met het stellen van een indicatie wordt de actuele zorgbehoefte bepaald. De gestelde indicatie is geldig totdat met een volgende indicatie de zorgbehoefte van dat moment wordt vastgesteld. Zodra een nieuwe indicatie is gesteld, is de oude niet langer actueel en geldig. De zorgbehoefte van verzoekster is met de indicatie van 14 juni 2025 in kaart gebracht en vastgelegd. Haar indicatie uit 2022 was daarmee niet langer actueel en geldig. Daardoor is het niet mogelijk om voor de periode van 14 juni 2024 tot 26 augustus 2024 nog een PGB vv toe te kennen op grond van die voorgaande indicatie. De ziektekostenverzekeraar heeft, zoals vermeld in de heroverweging van 1 oktober 2024, gekeken naar de uren zorg die zijn gedeclareerd en die nog zijn te verwachten, en hij heeft geconcludeerd dat er geen aanleiding is de ingangsdatum aan te passen, omdat er voor verzoekster geen onaanvaardbare financiële gevolgen zijn.
- 4.2. In artikel 5.12 van het reglement staat dat de ziektekostenverzekeraar een PGB vv toekent voor maximaal twee jaren. Als binnen deze periode een nieuwe indicatie wordt gesteld, zal de eerdere toekenning korter zijn dan de maximale duur van twee jaren. De standaard toekenningsduur van een PGB vv is twee jaren zodat de ziektekostenverzekeraar de rechtmatigheid en doelmatigheid van het zorgbudget goed kan blijven toetsen. Een langere looptijd vergroot het risico op niet passende zorg en onrechtmatige uitgaven. Alleen bij een stabiele, chronische zorgbehoefte kan een uitzondering worden gemaakt en kan de looptijd op vijf jaren worden gesteld. Bij verzoekster is het laatste niet aan de orde, omdat haar zorgbehoefte (nog) niet stabiel is en onduidelijk is of haar verblijf buiten de Fokuswoning op termijn gelijk blijft. Ook ontbreken voldoende evaluatiemomenten in het zorgplan.
- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat de onzekerheid die volgt bij een herindicatie, inherent is aan de keuze voor het financieren van Verpleging en Persoonlijke Verzorging door middel van een PGB vv. Een verzekerde wordt in staat gesteld om zelf de zorg te organiseren en te financieren. Naast vrijheid brengt dit verplichtingen met zich. Verzoekster heeft tijdig een nieuwe aanvraag voor een PGB vv ingediend. Dit maakt de looptijd van het voorgaande PGB vv korter. De onzekere periode tussen de ingangsdatum van het nieuwe PGB vv en de einddatum van het voorgaande PGB vv heeft voor verzoekster geen financieel nadeel opgeleverd. De ziektekostenverzekeraar ziet dan ook geen aanleiding om, in afwijking van het reglement en de voetnoot op het aanvraagformulier, te kiezen voor een andere oplossing. Het uitgangspunt van artikel 5.2 is duidelijk. De ingangsdatum van het nieuwe PGB vv is de datum waarop de complete aanvraag is ontvangen. Dat een andere ingangsdatum mogelijk is, geeft geen garantie. De ziektekostenverzekeraar erkent dat het vollediger zou zijn als de voetnoot ook in artikel 5.2 wordt opgenomen en zal dit intern bespreken. Het uitgangspunt van de Zorgverzekeringswet is, als gezegd, dat de zorg passend is bij de actuele zorgvraag. Het tijdstip van

de indicatiestelling is het moment waarop de actuele zorgvraag wordt bepaald, en het PGB vv moet daarop aansluiten.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over verpleging en verzorging en het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld in artikel 3.21 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het PGB vv is een financieringsvorm die nader is uitgewerkt in het reglement van de ziektekostenverzekeraar. Een verzekerde heeft aanspraak op verpleging en verzorging voor zover het gaat om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Verder moet sprake zijn van een geneeskundige context en dient de verzekerde op de zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs te zijn aangewezen. Tot slot kunnen partijen afspraken hebben gemaakt over de doelmatigheid.
Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster voldoet aan de genoemde voorwaarden en dat zij recht heeft op een PGB vv. Partijen verschillen van mening over de ingangsdatum van het PGB vv en de looptijd. Over de ingangsdatum is – voor zover relevant – in het reglement het volgende opgenomen.

“5. Het toekennen van een pgb

2. De ingangsdatum van het pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag, inclusief eventuele bijlagen, hebben ontvangen. Deze datum is vermeld op de toekenningsverklaring. Op uw verzoek kunnen wij het pgb ook per een latere datum in laten gaan.
3. Als de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken, kunt u uw pgb alleen behouden door opnieuw een pgb aan te vragen. U moet dan een volledige nieuwe aanvraag bij ons indienen zoals omschreven in artikel 4. Uw nieuwe pgb gaat op zijn vroegst in op de datum waarop wij uw volledig ingevulde aanvraag hebben ontvangen. Neem daarom op tijd vóór de einddatum van uw huidige toekenningsverklaring contact op met uw indicierend wijkverpleegkundige.
(...)
9. Als u een nieuwe aanvraag heeft ingediend omdat er een herindicatie is gesteld, herberekenen wij uw pgb op basis van deze nieuwe aanvraag. Het nieuwe pgb wordt berekend per de ingangsdatum van de nieuwe toekenning, zoals beschreven in de artikelen 5.2 en 5.3.”

- 6.3. De commissie stelt vast dat verzoekster een indicatie had voor 20 minuten Verpleging en 6 uren en 55 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 26 augustus 2022 tot 26 augustus 2024. Verzoekster heeft tijdig een nieuwe indicatie laten stellen omdat de voorgaande bijna zou aflopen. De indicierend wijkverpleegkundige heeft, volgens het verpleegkundig deel van de aanvraag, op 12 juni 2024 een indicatie gesteld op basis van 20 minuten Verpleging en 6 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 19 augustus 2024 tot en met 26 augustus 2029. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 augustus 2024 verzoekster geïnformeerd dat aan haar een PGB vv is toegekend op basis van 20 minuten Verpleging en 5 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode 14 juni 2024 tot en met 13 juni 2026.
- 6.4. Vooropgesteld wordt dat verzoekster heeft verklaard dat zij tussen 12 juni 2024 en 25 augustus 2024 geen zorg heeft genoten die niet door de ziektekostenverzekeraar is vergoed. De commissie overweegt ten aanzien van het verzoek dat het voor een verzekerde met een PGB vv belangrijk is dat een herindicatie wordt gesteld voordat de voorgaande indicatie afloopt. Dit met het oog op de continuïteit van de zorgverlening, en gegeven het feit dat rekening moet worden gehouden met de beoordeling van de aanvraag door de verzekeraar. Hiermee zal altijd enige tijd zijn gemoeid, zo ook in dit geval. Tegen die achtergrond kan de commissie verzoekster volgen in haar stelling dat zij na 14 juni 2024 nog steeds verplichtingen had ten opzichte van haar zorgverleners; verplichtingen die zij was aangegaan op grond van de voorgaande toekenning van het PGB vv. Anderzijds heeft de ziektekostenverzekeraar een punt als hij stelt dat een door de indicierend wijkverpleegkundige gestelde indicatie, ook in het kader van een herindicatie in verband met afloop van een eerder verleend PGB vv, moet worden geacht de actuele situatie weer te geven. Kennelijk was de zorgbehoefte van verzoekster sinds 2022 afgenomen. De commissie merkt in dit verband op dat een wijziging in de zorgbehoefte als regel aanleiding vormt een herindicatie te vragen. Dit is niet alleen zo als de zorgbehoefte toeneemt, maar evengoed bij een afname. In de situatie van verzoekster is die afname overigens gering.
- 6.5. Onder deze omstandigheden is doorslaggevend hetgeen partijen met elkaar zijn overeengekomen. Gelet op artikel 5.2 van het reglement is de ingangsdatum van het PGB vv de datum waarop de complete aanvraag is ontvangen. Een nieuw gestelde indicatie vervangt een eerdere indicatie, ook als de einddatum hiervan nog niet was bereikt, en die voorgaande indicatie eventueel zag op een groter aantal uren, zo volgt uit artikel 5.9. De logica hiervan valt in te zien, mede tegen de achtergrond van hetgeen onder 6.4. is overwogen. Van een verzekeraar kan immers niet worden verlangd dat hij bij een inmiddels afgenomen zorgbehoefte, die niet heeft geleid tot een tussentijdse herindicatie, een PGB vv blijft uitkeren op basis van de oorspronkelijk gestelde - hogere - indicatie. Dit verklaart ook waarom door een verzekerde bij een eerste aanvraag wél kan worden gekozen voor een latere ingangsdatum. Een latere – in dat geval aansluitende – ingangsdatum van het PGB vv is voorts geen probleem indien sprake is van een stabiele zorgbehoefte. Hieruit volgt dat de in artikel 5.2 van het reglement opgenomen mogelijkheid moet worden gezien als een ‘kan’-bepaling, waarbij de ziektekostenverzekeraar een bepaalde beoordelingsvrijheid toekomt. Hoewel de ziektekostenverzekeraar heeft toegegeven dat het vollediger zou zijn om de tekst uit de voetnoot ook in het artikel zelf op te nemen, is de bepaling naar het oordeel van de commissie niet onduidelijk. De verwijzing door verzoekster naar artikel 6:230m BW en de prejudiciële vragen aan de Hoge Raad treft dan ook geen doel. Met het oog op het voorgaande is de door de ziektekostenverzekeraar bij de toekenning van het PGB vv bepaalde ingangsdatum van 14 juni 2024 – met het bijbehorende (lagere) aantal uren – juist en moet ook het tweede onderdeel van het verzoek worden afgewezen.
- 6.6. Waar het de duur van het PGB vv betreft, is door de ziektekostenverzekeraar onweersproken gesteld dat de zorgbehoefte van verzoekster (nog) niet stabiel is en dat onduidelijk is of haar

verblijf buiten de Fokuswoning op termijn gelijk blijft. Daarmee is naar het oordeel van de commissie voldoende onderbouwd waarom het PGB vv niet is toegekend voor de maximale periode van vijf jaren, maar voor twee jaren.

Slotsom

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 december 2025,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering