



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en
Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), hoogte budget, aantal uren
Zaaknummer : 201600775
Zittingsdatum : 19 oktober 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis 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 aanvraag was verzoeker 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 verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend vier sterren 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). De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Aanvullend Tand twee sterren is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op verhoging van het persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) naar veertien uren per week. Bij brief van 29 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld de hoogte van het PGB vv niet te wijzigen. Het aantal toegekende uren blijft hiermee zeven per week.
- 3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 24 maart 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij brief van 26 mei 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog te verhogen naar veertien uren per week (hierna: het verzoek).
- 3.5. 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.

- 
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 augustus 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 augustus 2016 aan verzoeker gezonden.
- 
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 22 augustus 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 
- 3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 
- 3.9. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 
- 3.10. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 19 oktober 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.

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, verklaard: *"De zorg wordt geleverd door mijn vrouw. Mijn vrouw is tevens zorgprof(...)essional"*. Op het formulier is de naam van de indicierend wijkverpleegkundige vermeld. Het aantal door deze geïndiceerde uren is veertien per week.
- 
- 4.2. Verzoeker is bekend met functionele dissociatieve neurologische symptomen. Hij heeft pijn in het gehele lichaam, en heeft last van trillen van armen, handen en benen. Ook heeft hij spasmen in zijn armen en benen, uitval van benen en armen, heeft hij soms geen gevoel in de voeten, is zijn spraak vertraagd, en heeft hij geheugen- en concentratieproblemen. Verder heeft hij slaapproblemen, darmproblemen, problemen met zijn lichaamstemperatuur, en is hij bekend met astma/COPD en PTSS.
- 
- 4.3. Verzoeker heeft hulp nodig bij het opstaan en naar bed gaan, het begeleiden van en naar de badkamer, het wassen, tandenpoetsen, aan- en uitkleden, de toiletgang, het eten en drinken en het aanreiken van medicatie. Hij wordt hierbij geholpen door zijn echtgenote, die hij door en door kent en vertrouwt als geen ander. Verzoeker is in zijn jeugd mishandeld en misbruikt, en wenst daarom niet door iedereen te worden aangeraakt. Vanwege zijn PTSS heeft verzoeker moeite om met mensen om te gaan. Dit leidt soms tot agressie. Zijn echtgenote kan hierop goed inspelen. Zij is werkzaam in de zorgsector, en kan hem de benodigde zorg te allen tijde leveren.
- 
- 4.4. Verzoeker heeft voorts een klacht voorgelegd bij de ziektekostenverzekeraar over de opgestelde voorwaarden in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging'. Hij stelde voor hierin een aanpassing te doen omdat deze voorwaarden negatief zijn voor verzekerden, en positief voor de ziektekostenverzekeraar. Het onderscheid tussen een informele en een formele zorgaanbieder is puur een kostenbesparende verandering voor de ziektekostenverzekeraar. De partner van verzoeker werd in 2015 aangemerkt als een formele zorgaanbieder, maar in 2016 als een informele zorgaanbieder. Alleen een verpleegkundige op niveau vijf mag nog formele zorg leveren. Deze verpleegkundigen doen echter hetzelfde als iemand met een MBO-opleiding verzorging in een verzorgingshuis of ziekenhuis.

4.5. Ter zitting is door verzoeker ter aanvulling aangevoerd dat het is begonnen met een indicatie voor zeven uur. Met de wijkverpleegkundige is afgesproken dat een half jaar werd gekeken of dit voldoende was. Dat bleek niet het geval, zodat verzoeker samen met de wijkverpleegkundige een aanvraag in heeft gediend voor veertien uur. Zelf kwam hij met zijn vrouw uit op ruim 17 uur. De wijkverpleegkundige ging akkoord met 14 uur en heeft de indicatie daarvoor afgegeven. De ziektekostenverzekeraar vond dit teveel, en heeft constant de aanvraag terug gestuurd, want men vond dat het niet onderbouwd was. De aanvraag was hetzelfde als bij de zeven uur. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar hierover meerdere malen gesproken, totdat hij de afdeling PGB niet meer te spreken kon krijgen. Er werd gezegd dat hij niet mocht worden doorverbonden. In die gesprekken werd ook naar voren gebracht dat hij de wijkverpleegkundige onder druk zou hebben gezet om de indicatie van veertien uur af te geven. De wijkverpleegkundige heeft aangegeven dat dit niet het geval is. Zij vond dat de druk vanuit de ziektekostenverzekeraar kwam. Door de wijkverpleegkundige was verzoeker gezegd dat hij zelf op papier moest zetten waarvoor hij de zorg gebruikt. Het format daarvoor heeft hij ook van de wijkverpleegkundige gekregen. Het hele plan is in samenspraak met de wijkverpleegkundige opgesteld. Later kwam de wijkverpleegkundige nogmaals langs, samen met haar casemanager. Toen hebben zij allerlei rekenmodules uit de kast gehaald om alles op de minuut nauwkeurig op papier te zetten. Men kwam bij de tweede indicatiestelling uit op 10,5 uur, en toen was de beschikking al afgegeven door de ziektekostenverzekeraar, voordat het zorgplan überhaupt klaar was.

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. Verzoeker heeft een indicatie voor Verpleging en Verzorging in de eigen omgeving, en komt in aanmerking voor de zorg als bedoeld in artikel 28 van de zorgverzekering. Het PGB vv is geen vorm van zorg op zich, maar is een leveringsvorm voor zorg in de verschillende domeinen. Verzoeker heeft gekozen voor zorg in de vorm van het PGB vv. De zorg wordt aan hem verleend door zijn echtgenote, die door de ziektekostenverzekeraar wordt aangemerkt als natuurlijk persoon, als bedoeld in artikel 3.5 van de zorgverzekering. Verzoeker heeft sinds 20 juli 2015 een indicatie voor zeven uren Persoonlijke Verzorging per week, en wenst een verhoging van het aantal uren tot veertien per week. Hiervoor heeft hij op 10 november 2015 een aanvraagformulier ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Op 11 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker een toekenningsbeschikking gestuurd, echter tot een maximum van zeven uren Persoonlijke Verzorging per week.

5.2. Op 28 december 2015 heeft een medewerker van de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact opgenomen met de indicerende wijkverpleegkundige. Tijdens dit gesprek heeft de wijkverpleegkundige toegelicht dat zij dubbele uren heeft geïndiceerd naar aanleiding van een gesprek met verzoeker. Er is geen sprake van een nieuwe beoordeling. Verzoeker heeft aan de wijkverpleegkundige medegedeeld uren te kort te komen om de Persoonlijke Verzorging goed en gedegen te laten uitvoeren. Verder waren er volgens hem nieuwe indicaties bij gekomen, zoals astma en COPD. De wijkverpleegkundige heeft de gestelde indicatie na het gesprek met de ziektekostenverzekeraar ingetrokken, en heeft één en ander in een e-mailbericht van 29 december 2015 nader toegelicht. Op 4 juli 2016 heeft opnieuw een telefoongesprek met de wijkverpleegkundige plaatsgevonden. Zij heeft tijdens dit gesprek nogmaals bevestigd dat de indicatie van veertien uren per week destijds op onjuiste gronden is gesteld, en dat niet goed is gekeken naar de zorgbehoefte. De wijkverpleegkundige heeft samen met een collega bij verzoeker een huisbezoek afgelegd, en heeft op 19 juli 2016 een zorgplan opgesteld. Hieruit blijkt dat de zorgbehoefte van verzoeker is vastgesteld op 10,5 uur. De ziektekostenverzekeraar heeft in het nader commentaar van 1 augustus 2016 medegedeeld dat aan de hand van het nieuwe zorgplan aan verzoeker 10,5 uren per week voor Persoonlijke Verzorging worden toegekend. Er bestaat geen indicatie voor veertien uren per week.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat op 26 juli 2016 een e-mail is gestuurd met betrekking tot het zorgplan, en toen is dit gelijk verwerkt. De e-mail kwam van de wijkverpleegkundige en dit betreft het nieuwe zorgplan. Het is binnengekomen op 25 juli 2016 en doorgestuurd op 26 juli 2016. Het PGB is vervolgens verstrekt met ingang van 21 juli 2016. De wijkverpleegkundige heeft richting de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de veertien uur niet juist was. De verhoging van zeven naar veertien uren was onvoldoende onderbouwd. Bovendien bleek dat de indicatiestelling telefonisch had plaatsgevonden; de wijkverpleegkundige is op dat moment niet langs geweest. Het zorgplan zat niet bij de tweede aanvraag, deze aanvraag betrof alleen een verdubbeling van de veertien uur. Verzoeker maakte ook bezwaar tegen het feit dat zijn echtgenote niet als formele zorgverlener werd aangemerkt. In 2015 is dit nog uitgekeerd omdat het niet duidelijk in het reglement stond, maar voor 2016 geldt dit niet meer. Nadat werd gevraagd om een onderbouwing, kwam de mededeling dat het zorgplan door verzoeker was opgesteld en dat de wijkverpleegkundige niet was langs geweest.

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 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 verhogen naar veertien uren Persoonlijke Verzorging 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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 39 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 28 van de 'Aanspraken en vergoedingen' 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 'Aanspraken en vergoedingen Basis Zeker' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving aanspraak op verpleging en verzorging.

U heeft aanspraak 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 Achmea Reglement PGB verpleging en

verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons aanvragen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor aanspraak

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 4.8 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"4.8 Toekennen pgb vv

- 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 toestemmingsbrief, 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.
- De ingangsdatum van het pgb vv is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. De toekenning van het pgb vv wordt schriftelijk aan u bevestigd. Op uw verzoek kunnen wij het pgb vv ook op een latere datum in laten gaan.
- Ontvangt u al zorg in natura of heeft u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg op het moment dat u een aanvraag voor een pgb vv indient? Dan moet u deze zorg zelf beëindigen, voordat het pgb vv, zoals opgenomen in de toestemmingsbrief, ingaat. Het pgb vv wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van dat jaar.
- In de schriftelijke toestemmingsbrief die wij u toesturen leggen wij de looptijd van uw pgb vv vast. Hierbij houden wij rekening met uw indicatie."

- 8.5. Artikel 5.1 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"5.1 Voor de vaststelling van de hoogte van uw pgb vv gaan wij uit van de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd. Uw budget wordt samengesteld op basis van tarieven voor formele zorgverleners en het tarief voor natuurlijke personen.

De maximum tarieven zijn als volgt:

- Formele zorgverlener: persoonlijke verzorging pgb ad € 3,21 per 5 minuten
- Formele zorgverlener: verpleging pgb ad € 5,07 per 5 minuten
- Natuurlijk persoon ad € 1,67 per 5 minuten

Voor zorg geleverd door natuurlijke personen geldt het door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vastgestelde maximum tarief, zoals opgenomen in de Algemene Maatregel van Bestuur op basis van artikel 13 a lid 3 van de Zorgverzekeringswet, ter grootte van € 20,- per uur, onder voorbehoud van inwerkingtreding. Voor de besteding van dit pgb vv verwijzen wij naar artikel 7.11."

- 8.6. Artikel 6.5 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"De indicerende verpleegkundige is verantwoordelijk voor indicatiestelling. De indicerende verpleegkundige is niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die u inkoopt met uw pgb vv."

- 8.7. Artikel 7.11 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' luidt:

"Voor de besteding van het pgb vv, declaratie en vergoeding van de zorg worden verschillende tarieven gehanteerd vanwege het onderscheid in geleverde zorg door formele zorgverleners in de zin van dit reglement en zorg geleverd door natuurlijke personen. De maximum tarieven zijn als volgt:

- *Formele zorgverlener: persoonlijke verzorging pgb ad € 3,21 per 5 minuten*
- *Formele zorgverlener: verpleging pgb ad € 5,07 per 5 minuten*
- *natuurlijk persoon ad € 1,67 per 5 minuten"*

- 8.8. Artikel 28 van de 'Aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering en de artikelen 4.8, 5.1, 6.5 en 7.11 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' 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).

- 8.9. 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.

- 8.10. 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. Gelet op artikel 5.1 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar wordt voor de vaststelling van de hoogte van het PGB vv uitgegaan van de uren Persoonlijke Verzorging en Verpleging die de wijkverpleegkundige heeft geïndiceerd. Volgens artikel 6.5 van genoemd reglement is de indicierend verpleegkundige verantwoordelijk voor de indicatiestelling.
- Vast staat dat met het op 9 november 2015 ingevulde 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging', door de wijkverpleegkundige een indicatie is gesteld voor veertien uren Persoonlijke Verzorging per week, met een ingangsdatum van 1 december 2015 en een einddatum van 1 december 2020. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband aangevoerd dat dit document door verzoeker is ingevuld. De indicierend wijkverpleegkundige heeft echter haar handtekening onder het document geplaatst, en aldus de verantwoordelijkheid genomen voor

hetgeen hierin is verwoord, waaronder het aantal geïndiceerde uren, namelijk veertien uren per week.

9.3. Omdat de ziektekostenverzekeraar kennelijk van mening was dat het aantal geïndiceerde uren te hoog was vastgesteld dan wel dat dit aantal uren onvoldoende was onderbouwd, heeft deze op 28 december 2015 telefonisch contact opgenomen met de wijkverpleegkundige. Laatstgenoemde heeft bij e-mailbericht van 29 december 2015 verklaard dat zij op basis van een mededeling van verzoeker dat het aantal uren niet toereikend was en "er nieuwe diagnoses bij waren gekomen", de indicatie van veertien uren per week heeft gesteld. Vervolgens heeft een nieuw huisbezoek plaatsgevonden, en is door de wijkverpleegkundige op 19 juli 2016 een zorgplan opgesteld, waarin een indicatie is gesteld voor 10,5 uren Persoonlijke Verzorging per week.

9.4. Aangezien het de verantwoordelijkheid is van de wijkverpleegkundige de indicatie te stellen, dient deze zich ervan te verzekeren te beschikken over alle benodigde informatie, alvorens over te gaan tot het stellen van een (her)indicatie.
Naar de commissie begrijpt, is de wijkverpleegkundige aan de hand van een vraag van verzoeker of het mogelijk was het aantal uren te verhogen, overgegaan tot herindicatie. In zijn e-mailbericht van 26 oktober 2015, gericht aan de wijkverpleegkundige, merkt verzoeker op dat hij niet uitkomt met het budget dat hem op dat moment ter beschikking stond, maar noemt hij geen nieuwe diagnose of aandoening. Volgens de wijkverpleegkundige heeft hierna een gesprek plaatsgevonden met verzoeker, waaruit is gebleken dat verzoeker bekend is met astma en COPD. Reeds in het in eerste instantie opgestelde zorgplan, dat is gevoegd bij het e-mailbericht van 27 april 2016, wordt echter vermeld dat verzoeker bekend is met deze aandoeningen. Dit vormde voor de wijkverpleegkundige derhalve geen nieuwe informatie ten tijde van de herindicatie.

9.5. Naar de commissie begrijpt, heeft de ziektekostenverzekeraar naar aanleiding van de herindicatie contact opgenomen met de wijkverpleegkundige, waarna laatstgenoemde het aantal uren Persoonlijke Verzorging heeft vastgesteld op 10,5 uren per week. De commissie is van oordeel dat, gelet op het onder 9.4 overwogene, grond bestond voor een zodanige aanpassing, zodat verzoeker met ingang van 21 juli 2016 aanspraak heeft op het hierbij behorende PGB vv.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

Wijziging 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar

9.7. Verzoeker heeft nog aangevoerd dat hij het niet eens is met de wijziging in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar van 2016 ten opzichte van 2015. In het bijzonder is hij van mening dat het verschil in de hoogte van het tarief tussen een formele en een informele zorgaanbieder hem niet kan worden tegengeworpen. Dienaangaande overweegt de commissie dat verzoeker zich met het afsluiten van de zorgverzekering en het jaarlijks stilzwijgend verlengen daarvan heeft geconformeerd aan de voorwaarden van de zorgverzekering en het hierbij behorende 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Hetgeen hierin is bepaald, kan verzoeker daarom door de ziektekostenverzekeraar worden tegengeworpen.

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, 2 november 2016,

J.A.M. Strens-Meulemeester