



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, zorg verleend door familielid

Zaaknummer : 201602092

Zittingsdatum : 10 mei 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon)

(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 te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C te D,
tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist, en
 - 3) Zilveren Kruis Ziektekostenverzekeringen N.V. te Amersfoort
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend twee sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op vergoeding van de kosten van Persoonlijke Verzorging, verleend door de thuiszorgorganisatie Bewust4Beter (hierna: de aanspraak). De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 1 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Verzoekster heeft lopende de procedure, op 17 november 2016, telefonisch medegedeeld de kwestie direct voor bindend advies te willen voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie). Bij brief van 16 november 2016, ontvangen op 21 november 2016, heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de Ombudsman Zorgverzekeringen kenbaar gemaakt.
- 3.4. Bij ongedateerde brief, door de commissie ontvangen op 18 november 2016, heeft verzoekster de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft

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

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 februari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 februari 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 maart 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 maart 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon 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. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 mei 2017 in persoon gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft ten aanzien van verzoekster verklaard: *"P: Mw. heeft een zelfzorgtekort mbt wassen/douchen. E: dementie, artrose in knieën, handen en schouders, hoge cholesterol, droge ogen, krampen in benen en bekken. S: Wanneer mw. krampen heeft dan is een warme douche het enige wat verlichting brengt. Mw. heeft de hele dag en nacht veel pijn. (...) P: Mw. heeft een zelfzorgtekort mbt medicatie. E: dementie, analfabeet. S: Mw. kan haar ogen niet zelf druppelen. Mw. moet 4 x druppelen (met tussenpose van anderhalf uur per keer). (...) P: Mw. heeft een zelfzorgtekort mbt aan/uittrekken van de steunkousen. E: Artrose, krachtsverlies in rechterhand. (...) P: Mw. heeft een zelfzorgtekort mbt transfers. E: artrose in knieën, veel pijn, krampen in benen en bekken. S: mw. heeft een stok voor binnenshuis, een rollator en rolstoel voor buitenshuis. (...) Ondersteunen met uitkleden, ondersteunen met douchen/wassen, ondersteunen met afdrogen, ondersteunen met aankleden, haar verzorgen, steunkousen aantrekken, 5x ogen druppelen (beide ogen met tussenpose van anderhalf uur) (...)".*
De wijkverpleegkundige heeft bij verzoekster een indicatie gesteld voor Persoonlijke Verzorging van 1300 minuten per week.
- 4.2. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 7 maart 2016 wees de ziektekostenverzekeraar deze aanvraag af, waarop verzoekster haar zorg heeft geregeld via de thuiszorgorganisatie Bewust4Beter. De ziektekostenverzekeraar heeft echter ook de declaraties van deze organisatie afgewezen, en wel op de grond dat verzoekster wordt verzorgd door een familielid. De betreffende afwijzing is in strijd met de verzekeringsvoorwaarden. Artikel 3.5 van de voorwaarden, dat door de ziektekostenverzekeraar in dit verband wordt aangehaald, heeft namelijk geen betrekking op de functies Verpleging en Persoonlijke Verzorging, maar op 'behandeling'. Bovendien is het nakomen van de zorgplicht door zorgaanbieders zonder inzet van familie in deze situatie, waarbij het gaat om zeer intensieve zorg, niet te realiseren.
- 4.3. Begin maart 2016 heeft Bewust4Beter bij de ziektekostenverzekeraar melding gemaakt van fraude door een ex-werknemer. Daarop is een bezoek gevolgd van twee medewerkers van de ziektekostenverzekeraar, aan wie volledige openheid van zaken is gegeven. Hierna is door de



ziektekostenverzekeraar een onderzoek gestart. Bewust4Beter wordt echter niet op de hoogte gesteld van de voortgang hiervan, en wordt eindeloos aan het lijntje gehouden. Alle cliënten die zijn verzekerd bij de ziektekostenverzekeraar, ook zij die niets met deze zaak van doen hebben, zijn al sinds februari 2016 niet meer betaald. Dit betekent dat de zorgverleners al geruime tijd geen loon meer hebben ontvangen, met alle gevolgen van dien. Alles loopt vast en mensen gaan failliet. De ziektekostenverzekeraar komt zijn zorgplicht niet na.



4.4. Ter zitting heeft verzoekster haar standpunt herhaald, waarbij door haar is benadrukt dat vanaf het moment waarop door Bewust4Beter melding werd gemaakt van de fraude door een ex-werknemer de vergoedingen door de ziektekostenverzekeraar zijn gestopt. Eerst in november 2016 volgde een brief van de ziektekostenverzekeraar met de toelichting dat de vergoedingen zijn gestopt omdat de zorg werd geleverd door een familielid.



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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar



5.1. In artikel 3.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat verzekerden voorafgaand aan het afnemen van zorg toestemming nodig hebben van de ziektekostenverzekeraar indien zij wensen dat een familielid in de eerste of tweede graad de zorg levert. In uitzonderlijke gevallen geeft de ziektekostenverzekeraar hiervoor toestemming, namelijk indien kan worden aangetoond dat het noodzakelijk is dat de behandeling wordt uitgevoerd door een familielid en dit niet door een andere zorgverlener kan gebeuren.



5.2. De zorg aan verzoekster wordt verleend door haar schoondochter. Gelet op het overgelegde zorgplan is het voor verzoekster niet noodzakelijk dat de zorg wordt uitgevoerd door een familielid in de eerste of tweede graad. Bovendien heeft verzoekster hiervoor vooraf geen toestemming gevraagd aan de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom besloten de ingediende nota's niet te vergoeden.



5.3. Gelet op het bepaalde in het document 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van de Beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) dient bij het indiceren van zorg die onder de Zvw kan worden gedeclareerd, altijd eerst te worden gekeken naar de rol van familie. Zorg die familie kan uitvoeren, wordt niet gezien als zorg die binnen de Zvw kan worden geïndiceerd dan wel gedeclareerd. Verder volgt uit het beroepsprofiel van de verzorgende IG, MBO-verpleegkundige en HBO-verpleegkundige dat "het kennen van grenzen van het persoonlijke en professionele handelen (persoonlijke en beroepsmatige verantwoordelijkheid)" aanwezig wordt geacht bij voornoemde beroepsgroepen. Vanuit professioneel oogpunt is het niet wenselijk deze persoonlijke en professionele grenzen door elkaar te laten lopen, en zorg te verlenen aan de directe familie. Om die reden is de ziektekostenverzekeraar van mening dat Zvw-zorg niet door de directe familie dient plaats te vinden.
Onder de term 'behandeling' in artikel 3.5 van de zorgverzekering dient ook Persoonlijke Verzorging en Verpleging te worden verstaan.



5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald en ter aanvulling aangevoerd dat na de door Bewust4Beter gedane melding van fraude een onderzoek is gestart naar de door deze organisatie ingediende declaraties. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat de zorg aan verzoekster feitelijk werd verleend door een familielid.



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

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, 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 naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 39 van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 28 van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging in de eigen omgeving bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"In artikel 16, 17, en 29 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden. U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat. (...)

*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. De artikelen 3.5 van de 'algemene voorwaarden' en 28 van de 'verzekerde zorg' van de zorgverzekering 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).

8.6. 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 is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv.

Artikel 13 Zvw regelt de aanspraak op vergoeding indien de verzekerde kiest voor een zorgaanbieder die niet door de zorgverzekeraar is gecontracteerd.

- 8.7. 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 overweegt in de eerste plaats dat in de door partijen overgelegde stukken een afschrift van een door verzoekster ondertekende akte van cessie aanwezig is, waarin verzoekster haar vorderingen op de ziektekostenverzekeraar cedeert aan Bewust4Beter. Ter zitting hebben partijen verklaard dat deze akte van cessie als niet ingebracht in de procedure moet worden beschouwd. Dit heeft tot gevolg dat het in casu een geschil tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar betreft, ten aanzien waarvan de commissie bevoegd is.
- 9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van Persoonlijke Verzorging en Verpleging, ten laste van de zorgverzekering. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag of de door verzoekster ter zake gedeclareerde nota's van de thuiszorgorganisatie Bewust4Beter voor vergoeding in aanmerking komen. Dienaangaande overweegt de commissie het volgende.
- 9.3. Vast staat dat verzoekster wordt verzorgd door haar schoondochter, die kennelijk werkzaam is bij dan wel voor thuiszorgorganisatie Bewust4Beter. Dit betreft een familielid in de tweede graad, zodat verzoekster voor de aan haar verleende zorg, op grond van artikel 3.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering, toestemming van de ziektekostenverzekeraar nodig had alvorens deze zorg af te nemen. Niet gebleken is dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar heeft verzocht om toestemming. Bovendien is niet aannemelijk geworden dat het noodzakelijk is dat de schoondochter van verzoekster aan laatstgenoemde de benodigde zorg verleent. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op vergoeding van de kosten van de betreffende zorg ten laste van de zorgverzekering.
- 9.4. Door verzoekster is aangevoerd dat artikel 3.5 van de algemene voorwaarden ziet op 'behandeling', en derhalve niet op de functies 'Persoonlijke Verzorging' dan wel 'Verpleging'. Het begrip 'behandeling' dient volgens de commissie echter ruim te worden genomen, en ziet op geneeskundige verzorging dan wel op (be)handelingen gericht op herstel. Hieronder dienen ook Persoonlijke Verzorging en Verpleging te worden geschaard. Het argument van verzoekster faalt derhalve.
Hetzelfde geldt voor de ter zitting door verzoekster ingenomen stelling ter zake van de tijd die is gelegen tussen de door de zorgaanbieder in maart 2016 gedane fraudemelding en de afwijzing op grond van artikel 3.5 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering in november van dat jaar. Door de ziektekostenverzekeraar is in dit verband toegelicht dat hij na de fraudemelding een onderzoek is gestart naar alle door de betreffende zorgaanbieder gedeclareerde nota's. Hij heeft gevraagd per cliënt op te geven wie de zorgverleners zijn en of sprake is van een familierelatie in de eerste of tweede graad. Indien geen bijzonderheden zouden worden

geconstateerd, zouden de rekeningen van deze cliënten in behandeling worden genomen. Dat de ziektekostenverzekeraar lopende dit onderzoek betaling van de ingediende declaraties heeft opgeschort, acht de commissie niet onredelijk. Uit het onderzoek is vervolgens naar voren gekomen dat de zorg in het onderhavige geval feitelijk werd geleverd door een familielid. De commissie ziet niet in waarom de ziektekostenverzekeraar dit argument niet zou mogen hanteren; de aanleiding tot het onderzoek en het enkele tijdsverloop staan hieraan niet in de weg.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor Persoonlijke Verzorging en Verpleging, zodat het verzoek niet ten laste van die verzekering kan worden toegewezen.

Conclusie

- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 mei 2017,

H.A.J. Kroon