



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg
Zaak : Verpleging en verzorging, Persoonsgebonden Budget (PGB), hoogte tarief
Zaaknummer : 201602201
Zittingsdatum : 22 februari 2017

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

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

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, 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 Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst 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 zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv), op basis van het formeel tarief (hierna: de aanspraak).
- 3.2. De zorgverzekeraar heeft op 11 december 2015 aan verzoeker een akkoordverklaring voor een PGB vv afgegeven, inhoudende toekenning van vijftien uren en negen minuten verpleging per week, en vier uren en 41 minuten persoonlijke verzorging per week. De einddatum van de akkoordverklaring is 31 december 2016. Verzoeker is tegen deze beslissing opgekomen, in die zin dat hij toekenning van het formele tarief voor de geïndiceerde uren wenst, niet alleen voor het jaar 2016, maar ook voor de jaren daarna (hierna: de aanspraak).
- 3.3. Bij brief van 2 juni 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat bij wijze van tegemoetkoming een bedrag van € 3.797,74 wordt betaald, zijnde het extra bedrag dat zijn echtgenote voor het jaar 2016 aan persoonlijke verzorging zou mogen declareren als zij wordt aangemerkt als formele zorgverlener.
- 3.4. Verzoeker heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 1 augustus 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven, in die zin dat het PGB vv wordt toegekend op basis van het informeel tarief.
- 3.5. Bij klachtenformulier van 28 september 2016 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).
- 3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 11 januari 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 13 januari 2017 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. 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.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 18 januari 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 26 januari 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.10. 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.
- 3.11. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 22 februari 2017 in persoon gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend dermatoloog en verpleegkundig specialist blaarziekten van het Universitair Medisch Centrum Groningen hebben op 28 september 2015 over verzoeker het volgende verklaard: *"[Verzoeker] is bij ons bekend met Recessieve Dystrofische Epidermolysis bullosa. Dit is een ernstige, zeldzame, erfelijke huidaandoening waarbij er ten gevolge van gering trauma als stoten en wrijven, of vaak zelfs spontaan, blaren en wonden ontstaan, zowel op de huid als in de slijmvliezen. De oorzaak van deze erfelijke aandoening ligt in de aanmaak van collageen 7. Epidermolysis bullosa (EB) is een chronische ziekte en tot op heden is er geen genezing mogelijk. Gedurende het gehele leven zal de patiënt met EB last blijven houden van blaren en wonden. De behandeling is gericht op het zoveel mogelijk voorkomen van nieuwe blaren, ontstane wonden te verzorgen, wondgenezing te bevorderen en infecties te vermijden. Daarnaast is de behandeling gericht op het reduceren van bijkomende symptomen zoals vermoeidheid, pijn, beperkingen in mobiliteit en beperkingen in activiteiten. De huidafwijkingen hebben dagelijks intensieve verzorging nodig, in de vorm van een badbeurt en een verbandwissel. Tijdens de badbeurt wordt verband losgeweekt, de wonden worden gereinigd en de huid wordt verzorgd door desinfectans en olie aan het badwater toe te voegen. Douchen is geen alternatief in de situatie van [verzoeker], omdat hierbij de stralen van de douchekop te pijnlijk zijn voor de huid die voor een deel ontveld is. (...) Om u een beeld te geven, in Nederland zijn er ongeveer 750 patiënten met Epidermolysis bullosa, waarvan ca. 15 met de ernstige vorm die [verzoeker] heeft. (...)"*.
- 4.2. Verzoeker heeft dagelijks verpleging en verzorging nodig. De zorg moet 24 uur per dag beschikbaar zijn, zodat bijvoorbeeld bij optredende pijn gelijk kan worden gehandeld. Eén keer per dag dient verzoeker van top tot teen te worden verzorgd. De taken die minst genomen iedere dag moeten worden gedaan zijn het verwijderen van verband, het verzorgen van de wonden en het aanbrengen van nieuw verband. Daarnaast zijn er de onverwachte taken, zoals het verzorgen van blaren en bloedingen, hulp bij het doorlekken, extra wondverzorging, het geven van een voetbad bij ernstige pijn en ontstekingen, en het op zijn plek houden van het verband bij aan- en uitkleden en beweging gedurende de dag. Op het gebied van persoonlijke verzorging heeft verzoeker hulp nodig bij het aan- en uitkleden. Voorts is hulp nodig bij het uit de verpakking halen van medicijnen, het aannemen of pakken van dingen en bij allerlei dagelijkse handelingen zoals het bereiden van voedsel. Verzoeker kan slechts kleine en lichte handelingen uitvoeren. Hij heeft een beperkte handfunctie, kan zeer korte afstanden lopen, kan niet bukken en tillen, kan niet te lang zitten en staan en duldt geen wrijving op zijn lichaam.

De echtgenote van verzoeker levert de noodzakelijke verpleging en verzorging. Verzoeker ontvangt hiervoor een PGB vv. De zorgverzekeraar hanteert echter vanaf 1 januari 2016 het informeel tarief, en verzoeker kan zich hierin niet vinden.

- 4.3. In het 'Aanvraagformulier PGB vv' is onder andere het volgende vermeld: "(...) *ontstaan wonden niet planbaar, kan ook in de nacht gebeuren (...) wonden/blaren kunnen ook spontaan ontstaan ook gedurende de nacht. Wonden zijn zeer pijnlijk. (...) PV: wassen/douchen/kleden ochtend en avond 40 min per dag. VP: geplande wondzorg 100 min per dag. VP: ongeplande wondzorg meerdere keren per dag 30 min per dag. (...)*"
- 4.4. De zorgverzekeraar heeft in de brief van 2 juni 2016 zijn fouten erkend. Zowel de casemanager als de directie wilde coulance betrachten. De casemanager was voornemens voor het kalenderjaar 2016 verzoeker tegemoet te komen in verpleging en verzorging. De directie is hiermee niet akkoord gegaan, en heeft alleen ingestemd met een tegemoetkoming voor persoonlijke verzorging ten bedrage van € 3.797,74. De zorgverzekeraar heeft in de betreffende beslissing (van 1 augustus 2016) toegelicht dat onder meer in de besluitvorming is meegenomen dat een persoon met een diploma voor Helpende niveau 2 wel bevoegd is persoonlijke verzorging uit te voeren, maar niet om verpleegkundige handelingen te verrichten. Met betrekking hiertoe merkt verzoeker op dat het feit dat bij het onderscheid tussen een formele en informele zorgverlener doorslaggevend is of iemand eerste- of tweedegraads familielid is oneerlijk uitpakt. Een AGB-code zegt immers iets over iemands deskundigheid, maar een eerste of tweedegraads familielid met AGB-code heeft nimmer recht op het formele tarief. Daarnaast licht de zorgverzekeraar in zijn beslissing van 1 augustus 2016 toe dat is meegewogen dat een hogere vergoeding van eenmalig een extra bedrag van € 30.000,-- geenszins in verhouding staat tot de situatie van verzoeker. Hiertoe merkt verzoeker op dat de zorgverzekeraar kennelijk wel tot € 30.000,-- kan en mag vergoeden. Gekozen is echter voor een vergoeding van € 3.797,74. De wijze waarop de keuze wordt gemaakt om in het ene geval wel € 30.000,-- toe te kennen, en in het andere geval niet, is volgens een telefonische toelichting van de zorgverzekeraar 'natte vingerwerk'. Verzoeker wenst dat in zijn geval ook voor de verpleging het formele tarief wordt toegekend. Zijn echtgenote staat ingeschreven in het Handelsregister en beschikt over een SBI-code 88. Het verschil tussen het toegekende tarief voor persoonlijke verzorging en het genoemde bedrag van € 30.000,-- is circa € 26.000,-- en dit dient te worden vergoed. Als tweede mogelijke oplossing voor de kwestie noemt verzoeker de erkenning van zijn echtgenote als formele zorgverlener tot en met 31 december 2020. Hetgeen de zorgverzekeraar in zijn brieven vermeldt, is onjuist en ook de registraties van de gevoerde telefoongesprekken zijn inhoudelijk niet correct.
- 4.5. Ter zitting is door verzoeker het volgende ter aanvulling aangevoerd. De zorgverzekeraar deelde in het antwoord op het eerste bezwaar mede dat personen die geen BIG-registratie hebben, geen zorg mogen verlenen. Er werd toen gesteld dat het voor de echtgenote van verzoeker mogelijk was een opleiding te volgen, zodat zij aan de voorwaarden voldeed. In december 2015 wisten verzoeker en zijn echtgenote dat een onderscheid zou worden gemaakt tussen formele en informele zorgverleners, maar er is destijds niet gezegd dat voor de echtgenote van verzoeker het informele tarief zou gelden. Pas later kwam aan het licht dat het er om ging dat zij een familiërelatie had met verzoeker. Verzoeker heeft diverse malen telefonisch contact gehad met de zorgverzekeraar. Zijn echtgenote heeft de opleiding gevolgd, en toen was er ineens het onderscheid op grond van de bestaande familiërelatie. De eerste keer vond het contact met de zorgverzekeraar plaats via chat en werd gesproken over een AGB-code. Het eerste declaratieformulier is goedgekeurd en uitbetaald op basis van het formele tarief. Later werd gezegd dat dit niet klopte en werden excuses aangeboden. Het bedrag dat onterecht zou zijn betaald, is vervolgens in mindering gebracht op het nog uit te keren bedrag. De zorgverzekeraar heeft gezegd dat niet meer dan € 30.000,-- op basis van coulance kan worden vergoed, omdat de echtgenote van verzoeker geen toereikende onvoldoende papieren zou hebben. Verzoeker vindt dit vreemd. Uiteindelijk heeft de zorgverzekeraar besloten tot een coulancevergoeding van € 3.700,--, en niet van € 30.000,--, terwijl dit wel kon. In de polisvoorwaarden wordt niet gesproken over partners, maar

over bloed- en aanverwanten. Bloed- en aanverwanten in de eerste of tweede graad zijn informele zorgverleners. Door de minister worden partners apart genoemd.

Voorts heeft verzoeker gesteld dat het beschikbare budget niet toereikend is. Er is bijna geen geld voor boodschappen. Zijn echtgenote kan niet fulltime werken, omdat zij voor verzoeker moet zorgen.

Een andere manier voor het inrichten en verlenen van de zorg is er niet.

Verzoeker voelt zich door de zorgverzekeraar als een nummer behandeld.

4.6. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de zorgverzekeraar

5.1. Met ingang van 1 januari 2015 is verpleging en verzorging onderdeel geworden van de zorgverzekering (artikel 2.10 Bzv). Vanaf die datum ontvangt een verzekerde de geïndiceerde zorg van de zorgverzekeraar. De verzekeringsvoorwaarden zijn van toepassing. In artikel B.26. van de zorgverzekering is bepaald dat recht bestaat op verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en voor zover dit verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.4 Bzv of een hoog risico op die zorg. In artikel B.26. van de zorgverzekering is ook de mogelijkheid opgenomen voor wijkverpleging een PGB aan te vragen. De nadere voorwaarden hiervoor staan in het 'Reglement PGB vv'.

In het 'Reglement PGB vv' is een overgangsregeling opgenomen. Als een verzekerde direct voorafgaand aan 1 januari 2015 een PGB AWBZ had voor verpleging en verzorging, behield diegene het recht op zorg in de vorm van een PGB vv op grond van de Zorgverzekeringswet, zolang de oude AWBZ indicatie in 2015 niet verliep, maar uiterlijk tot en met 31 december 2015.

In het 'Reglement PGB vv 2015' betrof artikel 7.13 het onderscheid tussen een formele en een informele zorgverlener, en de bijbehorende tarieven. In het jaar 2015 had nog discussie kunnen bestaan of iemand die valt onder de familiekring, doch met een kwalificatie van een formele zorgverlener, in aanmerking kon komen voor het formeel tarief. Echter, in 2015 kregen zowel formele als informele zorgverleners hetzelfde maximumtarief betaald, omdat de genoemde voorwaarden voor het toepassen van het tarief van € 20,-- per uur voor natuurlijke personen nog niet van kracht waren, aangezien nog geen Algemene Maatregel van Bestuur gold.

Per 1 januari 2016 is het reglement hierop aangepast. In artikel 7.1 van het 'Reglement PGB vv 2016' is het volgende opgenomen:

"Informele zorgverleners zijn zorgverleners die:

- uw partner of een familielid 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 zorgverlenende organisatie in het Handelsregister."*

Hieruit volgt dat een partner, óók als die een BIG-registratie heeft en/of ingeschreven staat in het Handelsregister, als informele zorgverlener moet worden gezien, en dat voor zorg die door deze partner wordt verleend een maximum uurtarief van € 23,-- geldt.

Voorname bepaling uit het reglement komt overeen met artikel 5.22 van de Wet langdurige zorg, voorheen de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

5.2. Verzoeker had in 2015 een PGB op basis van de overgangsregeling.

Op 20 oktober 2015 is een aanvraag voor een PGB vv van verzoeker ontvangen. Op 11 december 2015 is aan verzoeker een akkoordverklaring gestuurd voor het jaar 2016, zulks op basis van de indicatie die is gesteld op 14 oktober 2015 en die nog doorliep. In de akkoordverklaring staat duidelijk vermeld dat een *maximumbudget* geldt conform het aantal geïndiceerde uren. Bij het berekenen van een maximumbudget moet men uitgaan van de mogelijke situatie dat voor alle geïndiceerde zorg een formele zorgverlener wordt ingeschakeld. De achtergrond hiervan is dat iemand, ondanks eventuele plannen bij het aanvragen van een PGB vv om een familielid of partner in te schakelen, alsnog kan besluiten de zorg geheel of gedeeltelijk bij een formele zorgverlener in te kopen. Bij het inschakelen van informele zorgverleners voor het maximum aantal uren blijft er derhalve budget over. Gelet op de bewoordingen van het maximumbudget alsook de daarbij gegeven uitleg, mocht verzoeker redelijkerwijs niet erop vertrouwen dat voor zijn echtgenote het

formeel tarief gold. Verder stond in de akkoordverklaring dat voor het onderscheid tussen formele en informele zorgverleners moest worden gekeken in het 'Reglement PGB vv'. Als verzoeker dit niet heeft gedaan, heeft hij daarmee een financieel risico genomen.

- 5.3. De echtgenote van verzoeker is conform het 'Reglement PGB vv 2016' een informele zorgverlener, en geen formele zorgverlener. Artikel 7.1 van genoemd reglement omschrijft het verschil tussen formele en informele zorgverleners duidelijk, alsook waarop dit verschil is gebaseerd. Het feit dat de echtgenote van verzoeker BIG-geregistreerd is en is ingeschreven in het Handelsregister, maakt dit niet anders. Een partner is volgens het 'Reglement PGB vv 2016' per definitie een informele zorgverlener, zodat aanspraak bestaat op het informeel tarief. De zorgverzekeraar acht de vergoeding in geval van een partner met een dergelijke kwalificatie en registratie ook passend, en verwacht niet dat de regelgeving op dit punt wordt aangepast. Het is uiteraard vervelend dat het lagere tarief een grote achteruitgang in het inkomen van verzoeker en zijn echtgenote betekent. Op basis hiervan kan echter niet worden geconcludeerd dat het tarief niet passend is. De zorgverzekeraar benadrukt dat het 'Reglement PGB vv 2016' deel uitmaakt van de verzekeringsovereenkomst met verzoeker. Bovendien is dit reglement beoordeeld en goedgekeurd door de Nederlandse Zorgautoriteit.
- 5.4. Verzoeker heeft op 15 maart 2016 een chatgesprek gehad met een medewerker van de zorgverzekeraar. In dit gesprek is hem medegedeeld dat zijn echtgenote wordt gezien als formele zorgverlener omdat zij de juiste opleiding heeft gevolgd, is ingeschreven in het Handelsregister en een AGB-code heeft. Deze mededeling klopt echter niet. Een partner (of familielid in de eerste of tweede graad) wordt per 1 januari 2016 immers altijd aangemerkt als informele zorgverlener. De zorgverzekeraar betreurt het dat verzoeker verkeerd is geïnformeerd en heeft hiervoor zijn excuses aangeboden. Daarnaast is besloten aan verzoeker een tegemoetkoming te verlenen, gelet op de verkeerde informatie die hem is gegeven. De tegemoetkoming is vastgesteld op een bedrag van € 3.797,74. Dit is het bedrag dat voor de echtgenote van verzoeker voor persoonlijke verzorging extra zou mogen worden gedeclareerd in 2016 als zij zou worden aangemerkt als formele zorgverlener. Deze tegemoetkoming is zeer klantvriendelijk. Een hogere tegemoetkoming in de vorm van een eenmalige betaling van € 30.000,- staat niet in verhouding tot de gemaakte fout. Daarbij komt dat een persoon met een diploma voor Helpende niveau 2 wel bevoegd is persoonlijke verzorging uit te voeren, maar niet bevoegd is verpleegkundige handelingen te verrichten. De echtgenote van verzoeker mag wel verpleegkundige handelingen bij hem verrichten, maar zij doet dit dan niet op basis van haar opleiding, diploma en registratie. Overigens heeft verzoeker van de zorgverzekeraar het bericht gekregen dat ten onrechte € 1.270,01 teveel is betaald ter zake van een PGB vv declaratie, en hem is verzocht dit bedrag terug te betalen. Afsproken is dat deze vordering in mindering wordt gebracht op de tegemoetkoming. Zodoende is € 2.527,93 aan verzoeker uitbetaald.
- 5.5. De zorgverzekeraar stelt dat de voorwaarden van het 'Reglement PGB vv 2016' duidelijk zijn. De nota's van 2016 zijn tegen het informeel tarief van € 23,- vergoed. Verzoeker heeft overigens zelf ook - op juiste wijze - de declaratieformulieren voor zorg van een natuurlijk persoon met een tarief van € 1,92 per vijf minuten ingediend. Verzoeker mocht redelijkerwijs niet ervan uitgaan dat vanaf 1 januari 2016 de zorg tegen een hoger tarief bij zijn echtgenote kon worden ingekocht - zoals in 2015 het geval was. Daarbij zijn er, naast het chatgesprek van 15 maart 2016, vele andere contactmomenten geweest waarbij verzoeker wel juist is geïnformeerd en hij is gewezen op het informeel tarief van € 23,- per uur. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar verzocht een uitzondering te maken, in die zin dat zijn echtgenote wordt aangemerkt als formele zorgverlener. De zorgverzekeraar heeft dit intern besproken en besloten hiertoe niet over te gaan. Verzoeker en zijn echtgenote kunnen zich aldus ook instellen op de situatie per 2017. Dat de beslissing van de zorgverzekeraar teleurstellend is voor verzoeker is begrijpelijk. Zeker gezien het feit dat de veranderingen ten aanzien van informele zorgverleners in 2015 nog niet waren uitgekristalliseerd en de echtgenote van verzoeker heeft geïnvesteerd in een opleiding en registratie. Echter, de aard van de zorgverzekering is zo dat niet alleen de dekking elk jaar kan wijzigen, maar ook de nadere vergoedingsvoorwaarden en de tarieven. Het 'Reglement PGB vv 2016' is tijdig en ruim voor aanvang van het jaar 2016

gepubliceerd. Bovendien is op 7 december 2015 telefonisch aan verzoeker bevestigd dat voortaan het informeel tarief voor de zorgverlening door zijn echtgenote zou gaan gelden.

Ten overvloede merkt de zorgverzekeraar op dat het verschil tussen informele en formele zorgverleners in het landelijk (model)reglement is opgenomen en ook wordt toegepast door andere verzekeraars. Het is dus niet zo dat door over te stappen naar een andere verzekeraar, kan worden bewerkstelligd dat de zorg tegen het hogere tarief wordt vergoed.

- 5.6. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar herhaald dat in 2016 als informele zorgverleners worden aangemerkt de partner of bloed- en aanverwanten in de eerste en tweede graad. Er is steeds de juiste informatie gegeven, op één keer na, en daarom is een coulancevergoeding verleend. Voorts heeft de zorgverzekeraar gesteld dat de opmerkingen van verzoeker over de toegekende bedragen niet relevant zijn, omdat het coulance betreft. Overigens bestaat voor een aanvullende coulancevergoeding geen ruimte. Er is al veel gedaan om verzoeker en zijn echtgenote tegemoet te komen. Tot slot heeft de zorgverzekeraar aangevoerd dat verzoeker gebruik kan maken van andere zorgverleners.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel A.22. van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, in die zin dat de echtgenote van verzoeker als formele zorgverlener wordt erkend over de periode zoals opgenomen in de indicatiestelling, ten laste van de zorgverzekering.

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 zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in hoofdstuk B van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel B.26. van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op wijkverpleging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het BesluitZorgverzekering of een hoog risico op die zorg.

*De zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement.
(…)*

Overgang

Als u op 31 december 2014 op grond van een indicatie voor AWBZ zorg al verpleging of verzorging geleverd kreeg, kunt u zo lang die indicatie doorloopt of tot uiterlijk 31 december 2015 wijkverpleging blijven ontvangen, zonder dat u van zorgverlener hoeft te wisselen.

Voorwaarden

Algemeen

In bepaalde gevallen kunt u voor wijkverpleging ook een PGB (Persoons Gebonden Budget) aanvragen bij ons. In het Reglement PGB Verpleging & Verzorging, wat deel uit maakt van deze verzekeringsvoorwaarden leest u daar meer over.

Zorgverlener

Algemeen

De wijkverpleegkundige zorg wordt verleend door zorgverleners (beroepskrachten) die bevoegd en bekwaam zijn voor die handelingen die zij uitvoeren en kunnen dit desgevraagd aantonen. De verpleegkundigen (niveau 4 en 5) zijn daarnaast BIG-geregistreerd. Voorbehouden handelingen worden volgens de geldende kaders en normen uitgevoerd. De verpleegkundig specialist of verpleegkundige niveau 5 die de indicatie heeft gesteld, is continue betrokken bij de zorgverlening en bewaakt of de indicatie en het zorgplan, en daarmee de ingezette zorg nog passen bij de zorgvraag. Bij twijfel over de legitimiteit van handelen van een zorgmedewerker kan contact opgenomen worden met onze afdeling Zorgservice.

(...)

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. De hoogte van het tarief hangt af van de zorgverlener naar wie u gaat. Zie hiervoor artikel A.20.

(...)"

- 8.4. Artikel A.20.3. van de zorgverzekering luidt:

"A.20.3. PGB (Persoons Gebonden Budget)

De bepalingen in artikel A.20.2. over tarieven zijn niet van toepassing op wijkverpleging (artikel B.26.) als dit verleend wordt op basis van een PGB (Persoons Gebonden Budget) volgens het Reglement PGB Verpleging & Verzorging."

- 8.5. Artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2015' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 2 Doelgroep pgb vv

Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb vv. U komt in aanmerking voor het pgb vv als:

(...)

2. U langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. Hierbij zijn de functiebeperkingen niet veroorzaakt door normale verouderingsprocessen.

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger (ouder, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt o.a. in contracten afsluiten en controleren met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten;
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw wettelijk vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap.
- dat u in staat bent de zorgverleners die u heeft gecontracteerd op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg."

- 8.6. Artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2015' van de zorgverzekeraar luidt:

"Artikel 3 Toegang tot het pgb verpleging en verzorging

Hebt u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort u tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én kiest u er bewust voor om geen gebruik te maken van zorgverleners die door ons zijn gecontracteerd? Dan kunt u in aanmerking komen voor een pgb vv. Hiermee kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb vv. Hierbij moet uw zorgvraag aansluiten bij een of meer van de volgende voorwaarden:

- u hebt vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;*
- u hebt zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;*
- u hebt zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;*
- er is een noodzaak voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."*

8.7. Artikel 4.8 van het 'Reglement PGB vv 2015' luidt, voor zover hier van belang:

"4.8 Toekennen pgb vv

- Uw aanvraag voor een pgb vv wordt beoordeeld aan de hand van het PGB aanvraagformulieren-set en eventueel een bewust keuze gesprek. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3, krijgt u toestemming voor een pgb vv. Wanneer u toestemming krijgt voor een pgb vv ontvangt u een schriftelijke akkoordverklaring 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 goedgekeurd. 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 akkoordverklaring, ingaat. Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december.*
- In de schriftelijke akkoordverklaring die wij u toesturen leggen wij de looptijd van uw pgb vast. Hierbij houden wij rekening met uw indicatie."*

8.8. Artikel 7 van het 'Reglement PGB vv 2015' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 7 Hoe kunt u declareren?

(...)

*7.13 Voor de besteding van het budget, 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. Voor formele zorgverleners kunt u maximaal het tarief onder 5.1 declareren. Voor zorg geleverd door natuurlijk personen geldt het door de minister van VWS vastgestelde maximum tarief, zoals opgenomen in de Algemene Maatregel van Bestuur op basis van artikel 13 lid 3 van de Zorgverzekeringswet, ter grootte van € 20,- per uur, onder voorbehoud van inwerkingtreding.
(...)"*

8.9. Artikel 10 van het 'Reglement PGB vv 2015' van de zorgverzekeraar betreft de begripsbepalingen. Hierin zijn de begrippen 'formele zorgverlener' en 'natuurlijk persoon' als volgt gedefinieerd:

"Formele zorgverlener

Zorgverlener die persoonlijke zorg levert zoals bedoeld in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Dit zijn zowel natuurlijke personen als rechtspersonen die beroepsmatig of bedrijfsmatig zorg verlenen en voldoen aan de hieronder opgesomde kwalificaties:

- Deze formele zorgverlener is ingeschreven in het register van de Kamer van Koophandel.*

- Verpleegkundigen met de volgende diploma's: A, B of Z, MBO-V, HBO-V of diploma verpleegkundige met niveau 4 en 5 vallen onder deze categorie. Zij moeten daarbij een geldige inschrijving in het BIG-register hebben.

- Daarnaast wordt ook de Helpende Zorg en Welzijn (niveau 2) en Verzorgende Individuele Gezondheidszorg (niveau 3) als formele zorgverlener aangemerkt.

- Uit te breiden met professionals met een andere opleiding dan hierboven opgesomd, nader door de zorgverzekeraar te bepalen, waaronder diploma Pedagogisch Werker (S)PW (niveau 2, 3, 4), Medewerker maatschappelijke zorg MMZ (niveau 3 en 4) en Medewerker Gehandicaptenzorg (niveau 3 en 4).

Al deze zorgverleners moeten bevoegd (geschoold) en bekwaam (praktijkvaardig) zijn om de verpleegkundige en/of verzorgende zorgverlening uit te voeren op grond van de voor hun geldende wet en regelgeving.

Daarbij geldt dat alleen zorgverleners die feitelijk de zorg verlenen bij de verzekerde in aanmerking komen voor deze typering van formele zorgverlener. Hierdoor worden rechtspersonen en ZZP-ers die andere zorgverleners inzetten dan uit bovenstaande opsomming is toegestaan, uitgesloten, als vallend onder de definitie van formele zorgverlener, zoals hierboven is bedoeld.

Natuurlijk persoon

Natuurlijk persoon die niet beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent in het kader van het pgb verpleging en verzorging en die niet valt onder de definitie van formele zorgverlener."

- 8.10. De artikelen A.20.3. en B.26. van de zorgverzekering en het 'Reglement PGB vv 2015' van de zorgverzekeraar zijn volgens artikel A.2. van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.11. 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.
Het PGB vv was ten tijde van het geschil als zodanig niet bij wet geregeld.
- 8.12. 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 zorgverzekeraar 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 Volksgezondheid, Welzijn en Sport is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.

- 
- 9.2. Verzoeker heeft bij de zorgverzekeraar een aanvraag ingediend voor een PGB vv. Op het betreffende aanvraagformulier is 14 oktober 2015 ingevuld als ingangsdatum van de indicatie. De einddatum van de indicatie is 14 oktober 2020. Blijkens het datumstempel op het aanvraagformulier heeft de zorgverzekeraar dit ontvangen op 20 oktober 2015. Ingevolge artikel 4.8 van het 'Reglement PGB vv 2015' van de zorgverzekeraar is de ingangsdatum van het PGB vv de datum waarop de zorgverzekeraar de compleet ingevulde en ondertekende aanvraag van een verzekerde heeft goedgekeurd. De toekenning van een PGB vv wordt door de zorgverzekeraar schriftelijk aan de betrokken verzekerde bevestigd. In die schriftelijke akkoordverklaring is (onder andere) de periode van toekenning van het PGB vv opgenomen. De zorgverzekeraar heeft op 11 december 2015 aan verzoeker een akkoordverklaring gezonden. Hierin is opgenomen dat een PGB vv is toegekend voor de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 december 2016. De commissie vermag de ingangsdatum van 1 januari 2016 niet in te zien. De ingangsdatum van de indicatie is immers 14 oktober 2015 en de akkoordverklaring is afgegeven op 11 december 2015. Op basis van artikel 4.8 van het 'Reglement PGB vv 2015' zou 11 december 2015 als ingangsdatum van het PGB vv dienen te gelden. Echter, het is de commissie opgevallen dat tussen de ontvangst van het aanvraagformulier door de zorgverzekeraar (op 20 oktober 2015) en het toekennen van het PGB vv (11 december 2015) geruime tijd zit. Waarom een dermate lange periode voor de beoordeling van de aanvraag van verzoeker nodig was, is door de zorgverzekeraar niet toegelicht. Integendeel, de zorgverzekeraar heeft bevestigd dat de aanvraag die op 20 oktober 2015 door hem werd ontvangen compleet was. De commissie is dan ook van oordeel dat als ingangsdatum van het PGB vv 20 oktober 2015 dient te worden gehanteerd. De zorgverzekeraar kan namelijk de consequenties van vertragingen door zijn interne proces en werkwijze niet zonder meer afschuiven op een verzekerde, i.c. verzoeker.
- Gelet op het voorgaande zijn dan ook de verzekeringsvoorwaarden 2015 en het 'Reglement PGB vv 2015' van de zorgverzekeraar van toepassing voor de beoordeling van het onderhavige geschil.
- 
- 9.3. Tussen partijen staat niet ter discussie dat verzoeker aanspraak heeft op een PGB vv, en dat is voldaan aan de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement PGB vv 2015' van de zorgverzekeraar. Hetgeen partijen verdeeld houdt is of de echtgenote van verzoeker door de zorgverzekeraar dient te worden aangemerkt als formele zorgverlener en of verzoeker daardoor voor de kalenderjaren 2015 en verder - de indicatiestelling loopt tot en met 14 oktober 2020 - aanspraak kan maken op de hogere vergoeding. De commissie overweegt dienaangaande als volgt.
- 
- 9.4. In het 'Reglement PGB vv 2015' van de zorgverzekeraar wordt in artikel 7.13 onderscheid gemaakt tussen formele zorgverleners en natuurlijke personen. Deze begrippen zijn uitgewerkt in de begripsbepalingen in artikel 10 van bedoeld reglement. Verzoeker heeft gesteld dat zijn echtgenote is ingeschreven in het Handelsregister en dat zij beschikt over een AGB-code. De zorgverzekeraar heeft dit bevestigd: in zijn brieven van 2 juni 2016 en 1 augustus 2016 aan verzoeker is vermeld dat zijn echtgenote de juiste opleiding heeft gevolgd, dat zij is ingeschreven in het Handelsregister en dat zij een AGB-code/BIG-registratie heeft. Bovendien heeft de zorgverzekeraar erkend dat tot het jaar 2016 de echtgenote van verzoeker als formele zorgverlener werd aangemerkt. Voor het jaar 2016 is verwezen naar het 'Reglement PGB vv 2016', echter dit treft gelet op hetgeen is overwogen onder 9.2 geen doel. De commissie stelt daarom vast dat de echtgenote van verzoeker voldoet aan de eisen die gelden om te worden aangemerkt als formele zorgverlener. Derhalve bestaat aanspraak op vergoeding van het formeel tarief in het kader van het PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.
- 
- 9.5. De commissie merkt verder op dat het voorgaande niet geldt tot en met 14 oktober 2020, maar tot en met 31 december 2016, de einddatum die op de akkoordverklaring is vermeld. Voor het jaar 2017 zijn andere voorwaarden van toepassing en dient de zorgverzekeraar op basis hiervan een nieuwe beoordeling uit te voeren. Te gelden heeft in ieder geval dat verzoeker thans op de hoogte is van de voor 2016 gerealiseerde wijziging ter zake van het onderscheid tussen formele en informele zorgverleners.
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 



Coulance

- 
- 9.6. De zorgverzekeraar heeft eerder besloten aan verzoeker een onverplichte tegemoetkoming te verlenen, inhoudende dat voor persoonlijke verzorging voor het jaar 2016 aanspraak bestaat op het formele tarief. Gelet op het vorenoverwogene, heeft verzoeker evenwel recht heeft op het formele tarief voor zowel persoonlijke verzorging als verpleging voor het jaar 2016. Onder verrekening van een door hem te betalen bedrag is ter zake van de persoonlijke verzorging aan verzoeker € 2.527,93 uitgekeerd, zodat de aanvulling tot het formele tarief voor verpleging nog dient plaats te vinden.
- 

Conclusie

- 
- 9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, in die zin dat verzoeker voor de periode van 20 oktober 2015 tot en met 31 december 2016 aanspraak heeft op het formele tarief voor persoonlijke verzorging en verpleging, onder aftrek van de verleende, en deels verrekende onverplichte vergoeding van € 3.797,74.
- 
- 9.8. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
- 
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek gedeeltelijk toe op de wijze als onder 9.7 is omschreven.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 22 maart 2017,



H.A.J. Kroon

