



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), hoogte tarief
Zaaknummer : 201501894
Zittingsdatum : 20 april 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. H.A.J. Kroon)

(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: verzoekster, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Vrij Polis (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 Univé Extra Zorgpolis Beter 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 Univé Tand Beter Pakket is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (PGB vv) (hierna: de aanspraak). Bij brief van 8 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv wordt toegekend tot een bedrag van € 9.295,89 voor Verpleging en € 16.222,74 voor Verzorging.

3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van het toegekende PGB vv, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 18 juni 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster 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 e-mailbericht van 11 december 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar vader aan te merken als formele zorgverlener en verzoekster het bijbehorende uurtarief te vergoeden, 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 18 februari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 19 februari 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 21 februari 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 april 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.8. Bij brief van 19 februari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 4 maart 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016023295) de commissie medegedeeld zich te onthouden van advies. De tarieven maken deel uit van de voorwaarden van de zorgverzekering, en staan los van de inhoud van de te verzekeren prestaties, diagnose en indicatiestelling. De beoordeling van de hoogte van de tarieven ligt daarom niet op het terrein van het Zorginstituut. Een afschrift van de brief van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 april 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op de brief van het Zorginstituut.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 4.1. De wijkverpleegkundige heeft bij verzoekster een indicatie gesteld voor zes uren Verpleging per week en 15,5 uren Persoonlijke Verzorging per week. Zij heeft hierover het volgende verklaard: *“Contacten onderhouden en overal aan meedoen is niet makkelijk, vanwege pijnklachten en de beperkingen als gevolg van het ziektebeeld. Psychische ondersteuning door professionals gewenst. (...) Mw woont bij haar ouders en krijgt mantelzorg van haar ouders en zusje. Mw zou graag zelfstandig wonen, maar dat is niet mogelijk zonder mantelzorg van haar familie (of anderen). (...) Mw heeft Pachyonychia Congenita (huidziekte met blaar- en eeltvorming m.n. op handpalmen en voetzolen, maar ook op andere plekken komt het voor). Verschillende experimentele operaties gehad, waaronder transplantatie in handpalm. Niet het gewenste resultaat. Ziektebeeld vraagt veel energie. Daardoor vermoeidheid, verminderd concentratievermogen en grote emotionele belasting. (...)”*
- 4.2. Verzoekster is bekend met Pachyonychia Congenita type 1, ook wel het syndroom van Jadassohn Lewandowski genoemd. Zij heeft een mutatie in KRT 16. Het gaat om een chronische, progressieve huidziekte met veel keratose aan handen en voeten en met veel blaarvorming en kloven. Hierdoor zijn er voortdurend pijnklachten. Verzoekster is rolstoelgebonden. Sinds 2004 heeft zij een indicatie voor Verpleging en Persoonlijke Verzorging. In 2009 is de indicatie verlengd tot en met 25 juni 2015. In 2004 is de vader van verzoekster minder gaan werken, en sindsdien heeft hij de verpleging van verzoekster voor zijn rekening genomen. Hij is geregistreerd als BIG-verpleegkundige. De verpleging en verzorging van verzoekster is specifiek, intensief en pijnlijk en dient op zeer onregelmatige tijdstippen plaats te vinden. Het inzetten van externe hulpverleners is derhalve niet mogelijk.
- 4.3. Op 22 april 2015 heeft een herindicatie plaatsgevonden, hetgeen ertoe heeft geleid dat de noodzaak van een uitbreiding van het aantal uren is vastgesteld. Op 3 juni 2015 is er contact geweest met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Na enkele vragen over het ziektebeeld en de toename van zorg, heeft zij laten weten dat de geïndiceerde uren akkoord en toegekend zijn. Zij wees echter op artikel 10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar, waarin is bepaald dat de vergoeding per uur voor een natuurlijk

persoon € 20,-- bedraagt. Aangezien de vader van verzoekster wordt gezien als natuurlijk persoon, wordt maximaal dit bedrag toegekend en niet de hogere vergoeding voor een formele zorgverlener.

- 4.4. Het PGB vv dat aan verzoekster was toegekend tot en met 25 juni 2015, voorzag in een maandelijks inkomen van € 3.760,--. Door de vergoeding te beperken tot € 20,-- per uur, wordt het maandbedrag gereduceerd tot € 1.720,--. Deze maatregel doet geen recht aan het beroep van verpleegkundige. Er is voorts geen verschil in tarief voor het uitoefenen van specialistische verpleegkundige zorg en het verlenen van persoonlijke verzorging. Concreet betekent dit dat er meer uren zijn geïndiceerd en worden ingezet, maar dat daar tegenover substantieel minder vergoeding staat. Verzoekster is van mening dat haar vader dient te worden uitbetaald volgens het tarief voor een formele zorgverlener.
- 4.5. Ten aanzien van de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat een bedrag van € 1.140,-- niet zou zijn verbruikt, merkt verzoekster op dat het gefactureerde uurtarief is gerelateerd aan het beschikbaar gestelde budget. Het gestelde dat een deel van het bedrag niet zou zijn verbruikt, is daarom zeer wrang.
- 4.6. Ter zitting is namens verzoekster aangevoerd dat zij tien jaar lang een PGB vv heeft ontvangen van Menzis. Met ingang van 2015 is dit overgegaan naar de ziektekostenverzekeraar, buiten haar om. Bij de herindicatie is het uurtarief gewijzigd in het tarief voor een natuurlijk persoon. Volgens verzoekster is dit ten onrechte gebeurd, aangezien dit tarief slechts 55 tot 60% van het vroegere tarief bedraagt. Haar vader is destijds minder gaan werken en verleent nu feitelijk professionele zorg tegen een te lage prijs. Dit heeft een grote impact op het gezin. Gevraagd wordt het professionele tarief toe te passen. Door de verlaging is verzoekster in een lastige positie gekomen. Er zijn andere verzekeraars die wel het professionele tarief vergoeden in deze situatie. De vader van verzoekster is als professionele zorgverlener verantwoordelijk. Het gaat hier om een progressieve aandoening. Op termijn zal dit mogelijk leiden tot een klinische behandeling. Voor het gezin is dit ingrijpend en voor de ziektekostenverzekeraar betekent het dat de kosten veel hoger zullen uitvallen.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoekster heeft een indicatie voor Verpleging en Persoonlijke Verzorging; aan haar is hiervoor een PGB vv toegekend. In het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar is geregeld dat een zorgaanbieder die niet beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent in het kader van het PGB vv en die niet valt onder de definitie van een formele zorgverlener, is aan te merken als natuurlijk persoon. Voorts is bepaald dat zorgverleners die een familiale relatie hebben met de cliënt (1e, 2e of 3e graad), ongeacht eventueel aanwezige diploma's, niet als formele zorgverleners worden beschouwd, maar als natuurlijke personen. Voor natuurlijke personen hanteert de ziektekostenverzekeraar een uurtarief van € 20,--.
- 5.2. Met de hernieuwde indicatiestelling door de wijkverpleegkundige valt verzoekster niet langer onder de overgangsregeling als bedoeld in artikel 8 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar, zodat de beperking in het tarief onverkort op haar van toepassing is.
- In reactie op een vraag daartoe door de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat hij niet de enige verzekeraar is die familieleden beschouwt als natuurlijke personen. De reden voor het opnemen van deze bepaling in het reglement heeft te maken met de planning van 2014. De ziektekostenverzekeraar heeft als eerste van alle zorgverzekeraars gecommuniceerd naar de (toen) toekomstige budgethouders. Omdat hij dit ruim op tijd wilde doen, heeft hij de definitie van een 'natuurlijk persoon' die Zorgverzekeraars Nederland op dat moment hanteerde, overgenomen in het reglement.
- Het gelijkstellen van een familielid aan een natuurlijk persoon komt overeen met het gestelde ten aanzien van de maximumtarieven zoals deze gelden onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Ook daarin is bepaald dat aan een zorgverlener geen hoger bedrag mag worden betaald dan € 20,-- per

uur, tenzij sprake is van formele zorgverlening. In dat geval mag de BIG-geregistreerde zorgverlener geen familie van de patiënt zijn.

- 5.3. Tot 25 juni 2015 had verzoekster een budget van € 6.710,-- voor Verpleging. Op dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar geen korting toegepast. Daarnaast had zij een budget van € 7.767,50 voor Persoonlijke Verzorging. Hierop is als gevolg van een eenmalig vastgestelde korting, een bedrag in mindering gebracht van € 776,75, waardoor het budget uitkwam op € 6.990,75. In totaal had verzoekster derhalve een budget van € 13.700,75, waarvan zij een bedrag van € 1.140,-- niet heeft verbruikt.

Indien de ziektekostenverzekeraar - conform de eerdere bindende adviezen van de commissie - zou overgaan tot het laten vervallen van de korting op het budget voor Persoonlijke Verzorging, zou dit geen concrete gevolgen hebben voor verzoekster, omdat zij van het aan haar toegekende bedrag al een deel niet heeft verbruikt. Er moet in de periode van 1 januari 2015 tot 25 juni 2015 daadwerkelijk meer zorg zijn ingekocht om van de hogere vergoeding gebruik te kunnen maken.

- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de definitie van een natuurlijk persoon komt van de overheid en de NZa. Is sprake van een familierechtelijke relatie, dan geldt het tarief voor een natuurlijk persoon. Dit strookt met de regeling in het kader van de Wlz. Nu wordt gevraagd een uitzondering te maken op het reglement. Daartoe overgaan betekent dat een ongewenst precedent wordt geschapen. In vergelijkbare gevallen zal dan immers ook moeten worden afgewezen, en hiertoe is de ziektekostenverzekeraar niet bereid.

- 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 de artikelen 10 van de zorgverzekering en 7 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 is gehouden de vader van verzoekster als formele zorgverlener aan te merken, en verzoekster het bijbehorende uurtarief te vergoeden, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

- 8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

- 8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 13 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Omschrijving

Uw recht op vergoeding van de kosten van verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. (...)

Persoonsgebonden budget (pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er). (...)

Bijzonderheden

- 1. De indicatie voor de verpleging en verzorging wordt gesteld door de verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland.*
- 2. Als u vóór 1 januari 2015 een indicatie voor verpleging en verzorging hebt van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), dan blijft u zorg ontvangen van dezelfde zorgaanbieder. Dit betekent niet dat de zorg precies hetzelfde is als de zorg die u gewend was te ontvangen."*

- 8.4. Artikel 5 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 5 Vaststelling van de hoogte van het pgb verpleging en verzorging

5.1 Voor de vaststelling van de hoogte van uw pgb verpleging en verzorging gaan wij uit van de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.

De maximum uurtarieven zijn als volgt:

- persoonlijke verzorging pgb door formele zorgaanbieders: € 38,56*
- verpleging pgb door formele zorgaanbieders: € 57,08*

Voor de besteding van dit budget verwijzen wij naar artikel 7.11. (...)"

- 8.5. Artikel 7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 7 Hoe kunt u declareren?

(...)

7.11 Voor de besteding van het budget, declaratie en vergoeding van de zorg worden verschillende tarieven gehanteerd vanwege het onderscheid in geleverde zorg door formele zorgaanbieders in de zin van dit reglement en zorg geleverd door natuurlijk personen.

Voor formele zorgaanbieders 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. Zolang de Minister geen Algemene Maatregel van Bestuur heeft vastgesteld hanteren wij het volgende maximum uurtarief voor verpleging en persoonlijke verzorging, uitgevoerd door natuurlijke personen: € 20,-. (...)"

- 8.6. Artikel 8 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 8 Overgangsregeling

(...)

8.3 U behoudt uw recht op zorg in de vorm van een pgb verpleging en verzorging zolang de geldigheidsduur van uw oude AWBZ indicatie in 2015 niet verloopt, maar uiterlijk tot en met 31 december 2015. (...)"

- 8.7. Artikel 10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Artikel 10 Begripsbepalingen

(...)

Formele zorgaanbieder

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

- *Deze formele zorgaanbieder 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 zorgaanbieder 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), Medewerker Agogisch Werker (AW niveau 4) en Medewerker Gehandicaptenzorg (niveau 3 en 4). Zorgverleners die geen familiale relatie hebben met de cliënt én beroepsmatig persoonlijke verzorging aanbieden maar niet over 1 van de hierboven genoemde opleidingseisen beschikken kunnen als formele zorgaanbieder aangemerkt worden. Al deze zorgaanbieders 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 zorgaanbieders die feitelijk de zorg verlenen bij de verzekerde in aanmerking komen voor deze typering van formele zorgaanbieder. Hierdoor worden rechtspersonen en ZZP-ers die andere zorgaanbieders inzetten dan uit bovenstaande opsomming is toegestaan, uitgesloten, als vallend onder de definitie van formele zorgaanbieder, zoals hierboven is bedoeld.*

Natuurlijk persoon

Zorgaanbieder 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 zorgaanbieder. Zorgverleners die een familiale relatie hebben met de cliënt (1e, 2e, 3e graad), ongeacht evt. aanwezige diploma's, worden niet als formele zorgaanbieder beschouwd. Zij worden als natuurlijk persoon, in de zin van dit Reglement, beschouwd. (...)"

- 8.8. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 5, 7, 8 en 10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2.9 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.9. Artikel 11 lid 1 onderdeel b 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 vergoeding van de kosten van 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 als zodanig ten tijde van het geschil 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.  Vast staat dat verzoekster tot de herindicatie op 25 juni 2015 viel onder de overgangsregeling als bedoeld in artikel 8.3 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar.
Door de ziektekostenverzekeraar is besloten tot een verlaging van het budget voor Persoonlijke Verzorging zoals verzoekster dit tot en met 31 december 2014 ten laste van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ, thans: Wet langdurige zorg, Wlz) ontving. De commissie heeft in een eerder bindend advies (vgl. GcZ 19 oktober 2015, 201403120) overwogen dat de ziektekostenverzekeraar onder de overgangsregeling is gehouden de tarieven van het jaar 2014 te handhaven. Vast staat echter dat het budget dat aan verzoekster was toegekend (dat wil zeggen het budget ná verlaging) niet door haar is opgebruikt. Wat hiervan de oorzaak is geweest kan in het midden blijven. Omdat op basis van het indemniteitsbeginsel geen kosten kunnen worden vergoed voor zorg die niet daadwerkelijk is genoten, heeft verzoekster geen aanspraak op verhoging van het budget, en zal de commissie dit punt verder laten rusten.
- 9.3.  Vanaf de herindicatie op 25 juni 2015 heeft verzoekster geen aanspraken meer zoals die van toepassing waren ten tijde van de overgangsregeling. De beperking in de hoogte van de tarieven voor formele zorgverleners en natuurlijke personen, als bedoeld in de artikelen 5.1 en 7.11 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' is daarom in haar situatie sindsdien onverkort van toepassing.
Verzoekster heeft aangevoerd dat haar vader BIG-geregistreerd is, en derhalve optreedt als formele zorgverlener. Artikel 10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar bepaalt evenwel dat zorgverleners die een familiale relatie hebben met de cliënt (eerste, tweede en derde graad), ongeacht eventueel aanwezige diploma's, niet als formele zorgaanbieder, maar als natuurlijk persoon worden beschouwd. De vader van verzoekster dient derhalve te worden aangemerkt als natuurlijk persoon, zodat gelet op artikel 7.11 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' aanspraak bestaat op een vergoeding van maximaal € 20,-- per uur.
- 9.4.  Met het afsluiten van de verzekering is verzoekster contractueel gebonden aan het reglement, zodat het hierin gestelde haar kan worden tegengeworpen. Dat zij voorheen een hoger tarief ontving, brengt geen hogere aanspraak met zich, omdat het PGB vv destijds werd verstrekt op basis van andere regelgeving, en verzoekster tussen 1 januari 2015 en 25 juni 2015 nog onder de in het reglement opgenomen overgangsregeling viel. Of andere verzekeraars een ander beleid voeren ten aanzien van zorg verleend door familieleden kan verzoekster niet baten, aangezien de ziektekostenverzekeraar niet kan worden gehouden aan beleid van een andere verzekeraar. Ook hetgeen verzoekster heeft gesteld met betrekking tot de inkomenspositie van haar vader en de waardering voor zijn beroep, kan niet leiden tot een andere uitkomst.

 Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.5.  De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen dekking voor verpleging en verzorging, zodat het verzoek niet op basis 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, 11 mei 2016,



A.I.M. van Mierlo