



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A, als wettelijk vertegenwoordiger van B, beiden te C, tegen Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. te Tilburg

Zaak : Verpleging en verzorging, Persoonsgebonden Budget (PGB), Medisch Specialistische Verpleging Thuis (MSVT), hoogte tarief, coulance

Zaaknummer : 201601613

Zittingsdatum : 22 februari 2017

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. drs. P.J.J. Vonk en mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(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, hierna te noemen: verzoekster, als wettelijk vertegenwoordiger van B, hierna te noemen: verzekerde, beiden te C,

tegen

Delta Lloyd Zorgverzekering N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Genoemde verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

De eveneens ten behoeve van verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering TandenGaaf 100% tot EUR 500 is niet in geschil en blijft om die reden verder 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 (hierna: PGB vv) voor Medisch Specialistische Verpleging Thuis (hierna: MSVT) ten behoeve van verzekerde, op basis van het formele tarief (hierna: de aanspraak). Bij brief van 25 mei 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat uit coulantie tot 1 juli 2016 een PGB vv wordt toegekend op basis van het formele tarief voor 9,59 uur per dag.

3.2. Bij brief van 9 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster drie opties gepresenteerd, te weten (i) een kinderverpleegkundige van Kids2Care levert de zorg aan verzekerde thuis, waarbij verzoekster voor de zorg die zij daarnaast zelf levert het informele tarief van € 23,-- per uur mag declareren voor maximaal 40 uren per week, (ii) verzoekster blijft de zorg zelf leveren, waarbij uit coulantie een inkomen van € 70.000,-- per jaar wordt toegekend, en (iii) verzekerde wordt opgenomen in een instelling.

3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 22 juni 2016 aan verzoekster medegedeeld dat in beginsel de coulantieregeling op grond waarvan zorg wordt gedeclareerd op basis van het professioneel tarief, wordt stopgezet per 1 augustus 2016, maar dat is besloten dat door haar van 1 augustus 2016 tot en met 31 december 2016 maximaal € 5.833,-- per maand mag worden gedeclareerd, hetgeen op jaarbasis € 70.000,-- is.

-  3.4. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 3 augustus 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
-  3.5. Verzoekster heeft zich nadien tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen gewend. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft verzoekster bij brief van 24 augustus 2016 medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
-  3.6. Bij e-mailbericht van 14 oktober 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering (hierna: het verzoek).
-  3.7. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailberichten van 14 oktober 2016 en 16 november 2016 aanvullende informatie gezonden.
-  3.8. 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.
-  3.9. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 23 december 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 28 december 2016 aan verzoekster gezonden.
-  3.10. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 8 januari 2017 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 16 januari 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
-  3.11. Verzoekster heeft de commissie bij e-mailbericht van 27 januari 2017 aanvullende informatie gezonden. Een afschrift hiervan is aan de wederpartij gestuurd.
-  3.12. Bij brief van 28 december 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 2 februari 2017 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016139532) bij wege van voorlopig advies aan de commissie medegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben, aangezien het geschil geen betrekking heeft op de te verzekeren prestaties zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Het geschil betreft de bepalingen inzake de hoogte van de vergoeding. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 7 februari 2017 aan partijen gezonden.
-  3.13. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 februari 2017 in persoon gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
-  3.14. Bij brief van 24 februari 2017 heeft de commissie het Zorginstituut afschriften van de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken gezonden met het verzoek mede te delen of deze aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 6 maart 2017 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen en de nagekomen stukken geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. Verzekerde is ernstig ziek. Zij heeft 24 uren per dag complexe zorg nodig en heeft dan ook een indicatie voor 168 uren MSVT. De zorg die verzekerde krijgt bestaat uit volledige infusie, steriele voeding via de bloedbaan, vocht en medicatie via de bloedbaan en regelmatig kuren via de bloedbaan. Verzekerde heeft een stoma, wonden, contracturen en een katheter, en zij is verlamd.

Verder vinden kleinere dagelijkse handelingen plaats, zoals het druppelen van de ogen, vernevelen, inhaleren, spalken, lichamelijke verzorging, en begeleiding bij transfers, het leren op school en sociale contacten. Verzekerde heeft niet planbare zorg nodig, ook in de nacht en verzoekster levert deze zorg. In dat kader vindt zeer intensieve samenwerking met de behandelend artsen plaats. Verzoekster is uitgebreid geschoold en getoetst in het Radboud UMC (hierna: Radboud), zowel in theorie als in de praktijk.

De zorg die verzekerde nodig heeft, is zo complex dat alle gecontracteerde thuiszorgorganisatie in een straal van vijftig kilometer van het woonadres van verzoekster en verzekerde de hulpvraag hebben afgewezen. Zodoende kan en mag niemand buiten de muren van een academisch ziekenhuis voor verzekerde zorgen.

Verzoekster en verzekerde leven in een uitzonderlijke, maar goedlopende thuissituatie. Verzekerde heeft in deeltijd regulier onderwijs en op vakantie gaan met haar is mogelijk, omdat verzoekster altijd aanwezig is. Het is zelfs zo dat, doordat verzoekster zoveel zorg kan en mag verlenen, verzekerde zelden in het ziekenhuis wordt opgenomen.

Verzoekster heeft in november 2015 een aanvraag voor een PGB vv ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Zij wenst de complexe en risicovolle zorg aan haar dochter te leveren tegen een vergoeding op basis van het professionele tarief gedurende 36 uren per week. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag coulanchehalve goedgekeurd voor de eerste drie maanden van het jaar 2016. Vervolgens is dit steeds met een maand verlengd. In april 2016 heeft een huisbezoek plaatsgevonden. Daarbij werd gezegd dat de situatie was onderschat. Nadien hebben enkele telefoongesprekken met de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden. Op 6 juni 2016 werd aan verzoekster medegedeeld dat de vergoeding drastisch werd verlaagd. Hierop heeft verzoekster bij herhaling aan de orde gesteld dat zij niet kan rondkomen van dit 'salaris'. Daarbij heeft zij gewezen op de zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar.

Vanuit de zorgadviseurs van de ziektekostenverzekeraar kwam het voorstel om Kids2Care Zuid-Nederland de zorg aan verzekerde te laten verlenen. Echter, verzoekster en verzekerde wonen in Oost-Nederland, waar deze organisatie niet werkzaam is. Telefonisch contact met Kids2Care maakte ook duidelijk dat de zorg niet kon worden geboden. Desondanks heeft de ziektekostenverzekeraar hieraan vastgehouden en heeft hij een overleg met Kids2Care en verzoekster ingepland. De coulanchevergoeding stopte echter al per 1 augustus 2016 en eerst op 6 september 2016 heeft bedoeld overleg plaatsgevonden.

Kids2Care is nog immer bezig met het vinden van iemand die de zorg kan leveren aan verzekerde. In de tussentijd wordt van verzoekster geëist dat zij 732 uren MSVT per maand levert, en slechts 253,6 uren betaald krijgt. De ziektekostenverzekeraar houdt zich niet aan zijn zorgplicht. Verklaard wordt dat Kids2Care de zorg kan leveren, maar vanuit die organisatie is nog niemand voorgedragen. Steeds wordt gehamerd op het informele tarief en het maximum van 40 uren per week. Het onderhavige geval is echter zeer uitzonderlijk. De conclusie kan geen andere zijn dan dat de ziektekostenverzekeraar van verzoekster eist dat zij 478,4 uren per maand gratis risicovolle en complexe zorg aan verzekerde levert en voorbehouden handelingen verricht.

Verzoekster stelt verder dat zij maandenlang aan het lijntje is gehouden door de ziektekostenverzekeraar. Steeds werd haar verteld dat de situatie werd onderzocht. Ook is geen contact opgenomen met de behandelend kinderarts van verzekerde, terwijl dit wel is toegezegd. Verzoekster kan de noodzakelijke zorg aan verzekerde verlenen tegen het formele tarief, en dit is veel goedkoper dan de zorg te laten verlenen door een thuiszorgorganisatie of ziekenhuis. Bovendien worden opnames voorkomen. Verzoekster benadrukt dat het voor haar onmogelijk is te solliciteren en te gaan werken (buitenshuis), omdat zij niet weg kan bij verzekerde. Zodoende is er geen mogelijkheid een hoger inkomen te genereren.

- 4.2. De behandelend arts van het Radboud UMC heeft op 31 maart 2015 een 'Uitvoeringsverzoek tot voorbehouden handelingen' ten behoeve van verzekerde aan verzoekster afgegeven.
- 4.3. Verzoekster heeft op het aanvraagformulier PGB vv het volgende vermeld: "(...) *Het is niet mogelijk [verzekerde] toe te vertrouwen aan wisselende mensen + extreem complexe zorg die door thuiszorg en/of ziekenhuis niet logistiek te realiseren is. Daarnaast moet zorg ook op wisselende tijden, plaatsen en 24u per dag doorgaan. (...)*"

- 4.4. De Belastingdienst heeft op 17 november 2016 geoordeeld dat verzoekster de werkzaamheden met betrekking tot het PGB vv van verzekerde in dienstbetrekking verricht, en dat zij zodoende is verzekerd voor de werknemersverzekeringen ten aanzien van de werkzaamheden die zij in het kader van de toegekende MSVT-uren voor verzekerde verricht.
- 4.5. Verzoekster verwijst naar recente (e-mail)communicatie met de ziektekostenverzekeraar, waaruit onder meer blijkt dat de ziektekostenverzekeraar ontkent dat Kids2Care Zuid-Nederland niet meer bestaat, en waarin hij verklaart dat de coulanceregeling (ook) voor het jaar 2017 is toegepast.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster herhaald dat zij zorgaanbieders in de buurt van haar woonplaats heeft benaderd, maar dat dit zonder resultaat is geweest. Hierna heeft zij de ziektekostenverzekeraar gevraagd de zorg zelf te mogen leveren gedurende 36 uren per week. Verzoekster heeft toegelicht dat zij geen BIG-registratie heeft. Voorts heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de coulancevergoeding niet kan worden vergeleken met een inkomen uit loondienst, omdat de afdrachten heel anders zijn. Zij moet zelf zorgen voor een verzekering tegen ziekte en arbeidsongeschiktheid, bij werkloosheid ontvangt zij geen WW-uitkering, en er wordt geen pensioen opgebouwd. De vaste lasten van verzoekster bedragen € 2.000,-- per maand, en na aftrek hiervan houdt zij € 150,-- over. Als de ziektekostenverzekeraar een hogere vergoeding zou toekennen, kan bijvoorbeeld huishoudelijke hulp worden ingehuurd. Verzoekster wenst te worden betaald voor 36 uren professionele zorg per week, hetgeen neerkomt op ongeveer een ton per jaar. Tot slot heeft verzoekster gesteld dat opname van verzekerde geen reële optie is. De benodigde zorg wordt namelijk alleen in academische centra geboden. Het ziekenhuis zou extra personeel moeten aantrekken, terwijl verzoekster een groot deel van de zorg levert, ook in het ziekenhuis. Zij is hierin geschoold, aangezien er anders een kinderarts voor moet komen. Er bestaat recht op 168 uren MSVT. Het systeem is gebaseerd op een vader en een moeder die ieder een deel van de zorg leveren. Verzoekster is echter alleenstaand. Er wordt inmiddels al drie jaar gezocht naar een passende oplossing, maar er is niemand voorgedragen die de zorg kan leveren aan verzekerde. Verzoekster levert thans de noodzakelijke zorg aan verzekerde. Zij wenst geen verpleegkundige over de vloer te krijgen die alleen op een pop heeft geoefend.

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. Met ingang van 1 januari 2015 valt verpleging en verzorging thuis onder de zorgverzekering. Dit is geregeld in artikel 2.10 Bzv.

Artikel B.26. van de zorgverzekering regelt de aanspraak op wijkverpleging. Een verzekerde heeft recht op verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en die verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.4 Bzv of een hoog risico op die zorg. De nadere voorwaarden die gelden voor wijkverpleging zijn opgenomen in het 'Reglement PGB vv 2016'.

In artikel 7.1 van het 'Reglement PGB vv 2016' is omschreven wie als informele zorgverleners worden aangemerkt:

- zorgverleners die de partner of een familielid in de 1e of 2e graad zijn, en/of
- zorgverleners die 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
- zorgverleners die 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 ouders, ook als zij een BIG-registratie hebben en/of ingeschreven staan in het Handelsregister, als informele zorgverlener worden gezien.

Het maximum uurtarief voor informele zorgverleners is € 23,--.

In het informatiebulletin dat op 28 oktober 2015 naar verzoekster is gestuurd, is verwezen naar het 'Reglement PGB vv 2016' dat op 1 januari 2016 in werking trad.

- 5.2. Verzekerde krijgt vanaf 1 januari 2015 de geïndiceerde zorg van de ziektekostenverzekeraar. Bij brief van 23 december 2014 is aan verzoekster medegedeeld dat zij van 1 januari 2015 tot 1 mei 2015 dezelfde tarieven mocht berekenen als die golden in 2014 onder de AWBZ. Op 16 april 2015 is schriftelijk aan verzoekster de telefonische toezegging bevestigd voor een hogere vergoeding voor de zorg die zij levert aan verzekerde. Er is akkoord gegeven voor het berekenen van *"een vergoeding die is gebaseerd op het jaarsalaris van een zeer ervaren, als zzp'er werkende verpleegkundige"*. Op 11 mei 2015 is aan verzoekster medegedeeld dat deze toezegging werd ingetrokken omdat de overgangsregeling was verlengd tot 1 september 2015, waardoor het uurloon kon worden berekend dat tot 1 mei 2015 gold. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 december 2015 een brief aan verzoekster gestuurd waarin wordt medegedeeld dat haar voorstel om 36 uren per week te declareren op basis van het formele tarief, grondig moest worden onderzocht. Daarom is een tijdelijke akkoordverklaring voor 36 uren per week voor drie maanden afgegeven, waarbij het formele tarief mocht worden berekend. Op 3 maart 2016 is schriftelijk aan verzoekster medegedeeld dat deze coulancregeling was verlengd tot 1 mei 2016. Vervolgens is op 11 mei 2016 schriftelijk medegedeeld dat de coulancregeling naar aanleiding van het huisbezoek werd voortgezet tot 1 juni 2016, en op 25 mei 2016 dat deze was verlengd tot 1 juli 2016. Op 9 juni 2016 is aan verzoekster een brief gestuurd waarin haar drie (telefonisch besproken) opties zijn voorgelegd. De *eerste* optie was dat een verpleegkundige van Kids2Care de zorg aan verzekerde zou leveren. De *tweede* optie was dat verzoekster de zorg aan verzekerde volledig zelf bleef leveren, waarbij zij (in 2016) uit coulancre een jaarsalaris van € 70.000,-- mocht declareren bij een werkweek van 36 uren. De *derde* optie was dat verzekerde zou worden opgenomen in een instelling, waarbij de ziektekostenverzekeraar verzoekster kon begeleiden en ondersteunen. In de brief van 22 juni 2016 is aan verzoekster medegedeeld dat de coulancregeling op basis waarvan zij 36 uren per week mocht declareren tegen het formele tarief, zou stoppen per 1 augustus 2016. Dit is ook telefonisch met verzoekster besproken. Tevens is in de brief vermeld dat, gezien de uitzonderlijke situatie van verzekerde, is besloten dat voor de periode van 1 augustus 2016 tot en met 31 december 2016 een maandtarief van € 5.883,-- mag worden gedeclareerd door verzoekster voor de zorg die zij aan verzekerde levert. Dit komt op jaarbasis neer op € 70.000,-- en is meer dan het tarief dat volgens het Reglement PGB vv 2016 mag worden gedeclareerd.
- 5.3. Verzoekster heeft verklaard niet genoeg te verdienen om rond te komen. Zij wenst het formele tarief te mogen declareren voor de zorg die zij aan verzekerde levert. Hiertoe merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het onderscheid tussen formele en informele zorgverleners duidelijk is omschreven in artikel 7.1 van het 'Reglement PGB vv 2016', dat deel uitmaakt van de verzekeringsovereenkomst met verzoekster. Ook is toegelicht waarop het verschil tussen de tarieven is gebaseerd. Het feit dat verzoekster uitgebreid geschoold en getoetst is door het Radboud UMC, maakt niet dat zij aan de voorwaarden voldoet om als formele zorgverlener te worden aangemerkt. Daarbij komt dat ook als verzoekster ingeschreven zou staan in het BIG-register, zoals een formele zorgverlener, zij nog niet het tarief voor een formele zorgverlener zou mogen declareren omdat verzekerde familie in de eerste graad is. Een ouder is volgens het 'Reglement PGB vv 2016' per definitie een informele zorgverlener. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoekster zich in een zeer lastige situatie bevindt als zij niet kan rondkomen van het informele tarief en zij haar dochter niet alleen kan laten om te gaan werken zodat zij financieel wel kan rondkomen. Daarom zijn aan verzoekster ook andere opties voorgelegd (de brief van 9 juni 2016). Op 6 september 2016 heeft een gesprek tussen verzoekster, Kids2Care en de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden om te kijken wat voor verzoekster kan worden gedaan. De uitkomst van dit gesprek is dat is afgesproken dat Kids2Care gaat proberen een kinderverpleegkundige te werven. Het is de ziektekostenverzekeraar gebleken dat thans nog geen kinderverpleegkundige via Kids2Care aan het werk is bij verzoekster. Na 30 september 2016 heeft blijkbare geen contact meer plaatsgevonden tussen verzoekster en Kids2Care. Tevens heeft verzoekster gesteld dat indien zij de zorg tegen het formele tarief levert, de zorg nog altijd goedkoper is dan wanneer deze door een instelling of een ziekenhuis moet worden geleverd. Dat de kosten van professionele hulp hoger kunnen zijn dan de kosten van zorgverleners op

basis van een PGB vv tegen een formeel tarief is helder, maar dit kan geen invloed hebben op de beslissing van de ziektekostenverzekeraar.

De ziektekostenverzekeraar is van mening dat hij aan zijn zorgplicht heeft voldaan door verzoekster verschillende opties te bieden en de coulanceregeling te verlengen tot en met 31 december 2016, zodat zij zich op de nieuwe situatie kon instellen. Geconcludeerd is dat verzoekster als informele zorgverlener niet het tarief voor een formele zorgverlener kan declareren.

Ten overvloede merkt de ziektekostenverzekeraar op dat in de akkoordverklaringen duidelijk is vermeld dat het genoemde budget een *maximumbudget* is. Bij het berekenen van een maximumbudget moet worden uitgegaan van de mogelijke situatie dat voor alle geïndiceerde zorg een formele zorgverlener wordt ingeschakeld. Dit kan bijvoorbeeld komen doordat betrokkene, ondanks eventuele plannen bij het aanvragen van een PGB vv om een familielid of partner in te schakelen, alsnog besluit de zorg geheel of gedeeltelijk bij een formele zorgverlener (zoals opgenomen in het 'Reglement PGB vv 2016') in te kopen. Bij het inschakelen van informele zorgverleners voor het maximum aantal uren, blijft er dus budget over. Dit betekent echter niet dat extra zorguren mogen worden ingekocht met het budget dat 'overblijft'.

Tot slot merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het verschil tussen informele en formele zorgverleners in het landelijk reglement is opgenomen en ook wordt toegepast door andere zorgverzekeraars. Het is dus niet zo dat door over te stappen kan worden bewerkstelligd dat de zorg door een andere zorgverzekeraar wel tegen het hogere tarief wordt vergoed.

5.4. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar bindend advies 201502413 van de commissie. Dit advies bevestigt zijn standpunt.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de derde optie, te weten een coulanchehalve aanvulling van het informele tarief tot € 70.000,-- per jaar, ook vanaf 1 januari 2017 is toegepast. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat wordt erkend dat de aard van de zorg complex is. Het betreft eigenlijk geen wijkverpleegkundige zorg meer, maar verplaatste medisch specialistische zorg. Wordt het aldus aangemerkt, dan is verzoekster daarmee niet geholpen. Dan bestaat immers geen recht meer op een PGB vv, maar komen de kosten voor rekening van het ziekenhuis. In principe zou het ziekenhuis de noodzakelijke zorg moeten kunnen leveren, maar vanuit kostenperspectief zal het ziekenhuis dit bezwaarlijk vinden. Een mogelijke andere oplossing was de inzet van een specialistisch verpleegkundige, maar dit is niet van de grond gekomen. Het idee is thans dat verzoekster de zorg levert tegen het informele tarief en met deskundige ondersteuning. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij de vraag opgeworpen welke vergoeding wel genoeg is voor verzoekster als € 70.000,-- niet voldoende is. In het PGB vv zit ruimte, en deze kan ook door iemand anders dan verzoekster worden ingevuld. Hierin ligt een mogelijke oplossing.

5.6. De ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar is gehouden de aanspraak alsnog in te willigen, in die zin dat aan verzoekster het tarief voor een formele zorgverlener wordt vergoed voor de uren 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde in beginsel kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van 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 Besluit Zorgverzekering 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.

“Intensieve kindzorg”

Voor verzekerden tot achttien jaar valt de verzorging alleen onder de dekking als sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap waarbij:

- sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
- vierentwintig uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

(...)

Voorwaarden

Algemeen

U moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. De te verlenen zorg, daaronder valt ook de indicatiestelling, moet doelmatig zijn.

Verpleegkundige handelingen en verzorgingshandelingen worden zoveel mogelijk gecombineerd uitgevoerd in één bezoek aan u. Indien de zorg voor u slechts bestaat uit het uitvoeren van verzorgingshandelingen, dan heeft u regelmatig contact met de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, om na te gaan of uw situatie gewijzigd is en eventueel de indicatie aan te passen.

Persoons Gebonden Budget

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.

Verpleegkundige zorg die uitgevoerd wordt onder verantwoordelijkheid en directe aansturing van een medisch specialist.

Als het gaat om verpleegkundige zorg die uitgevoerd wordt onder verantwoordelijkheid en directe aansturing van een medisch specialist, wordt de zorg verleend door een verpleegkundige onder

verantwoordelijkheid van een medisch specialist. De verpleegkundige moet BIG-geregistreerd zijn en in verband met de aandoening waarvoor de zorg nodig is, over voldoende bekwaamheid (bijvoorbeeld door periodieke (bij)scholing en instructiebijeenkomsten) beschikken.

Indicatiestelling

De indicatie voor wijkverpleegkundige zorg wordt gesteld door de verpleegkundig specialist (artikel 14, wet BIG, hbo-master) of een verpleegkundige niveau 5 (artikel 3, wet BIG, hbo-bachelor). Inhoudelijk moet de indicatiestelling voldoen aan het normenkader van V&VN. De indicatiestelling wordt verrat in een zorgplan.

De indicatie voor verpleegkundige zorg die uitgevoerd wordt onder verantwoordelijkheid en directe aansturing van een medisch specialist wordt gesteld door de medisch specialist.
(...)

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 die zorg betaald wordt met een PGB (Persoons Gebonden Budget) volgens het Reglement PGB Verpleging & Verzorging.

De vergoeding is nooit hoger dan de kosten van zorg die u werkelijk hebt gemaakt en aan u in rekening zijn gebracht."

- 8.5. Artikel 2 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar 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 u onder één of meerdere van de hieronderbeschreven doelgroepen valt:

1. U bent jonger dan 18 jaar en er sprake is van verpleging en/of verzorging door complexe somatische problematiek of door een lichamelijke handicap, en:
o er is behoefte aan permanent toezicht, of
o er moet 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar zijn. Deze zorg moet gepaard gaan met één of meer specifieke verpleegkundige handelingen;

Deze doelgroep wordt ook wel Intensieve Kindzorg genoemd.

2. U bent jonger dan 18 jaar en bent aangewezen op verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch specialistische zorg. Hiertoe dient u te beschikken over een indicatiestelling van de medisch specialist.
(...)"

- 8.6. Artikel 3 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Artikel 3 Toegang tot het pgb verpleging en verzorging

Om voor een pgb vv in aanmerking te komen, moet u voldoen aan de navolgende voorwaarden:

1. U bent in het bezit van een door een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort tot een van de doelgroepen zoals beschreven in artikel 2. Voor IKZ moet deze indicatie gesteld worden door een HBO-kinderverpleegkundige.

2. U bent in het bezit van een indicatie van de medisch specialist, als u jonger bent dan 18 jaar en aangewezen bent op medisch specialistische verpleging in de thuissituatie (MSVT).
3. U moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgverlener(s) die door ons zijn gecontracteerd. Dit noemen wij Zorg In Natura (ZIN). Indien u een combinatie wenst van Zorg In Natura met een pgb vv, dan mag de indicatie maar door één zorgverlener worden gesteld.
4. Uw zorgvraag moet aansluiten bij één of meer van de volgende voorwaarden. Uit de indicatie moet blijken dat:
- u vaak zorg nodig hebt op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties,
 - u zorg nodig hebt 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 zorg nodig hebt die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
 - er een noodzaak is voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

8.7. Artikel 7 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar luidt:

"Artikel 7 Hoe kunt u declareren?"

7.1 Voor de besteding van het budget, declaratie en vergoeding van de zorg worden verschillende tarieven gehanteerd voor informele zorgverleners en formele zorgverleners.

Informele zorgverleners zijn zorgverleners die:

- o uw partner of een familielid in de 1e of 2e graad zijn en/of
- o 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
- o geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister.

U kunt voor deze informele zorgverleners maximaal € 23,- per uur voor verpleging, verzorging of MSVT declareren.

Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de hieronder genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.

Persoonlijke verzorging	€ 38,56 per uur
Verpleging	€ 57,08 per uur
MSVT voor kinderen tot 18 jaar	€ 56,39 per uur
(...)	

7.11 De bij het budget genoemde bedragen zijn maximale bedragen voor een formele zorgverlener. Declareert uw zorgverlener een lager tarief, dan is het budget lager. Het aantal vermelde uren is het maximum aantal in te zetten uren gedurende de looptijd. Dit aantal uren mag niet overschreden worden. Mocht de zorgbehoefte tussentijds wijzigen, dan adviseren wij u om een nieuwe indicatie aan te vragen. Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het budget verpleging en verzorging wordt overschreden wordt niet door ons vergoed.
(...)"

8.8. De artikelen A.20.3. en B.26. van de zorgverzekering en het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel A.2. 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 vv 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 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. Tussen partijen staat niet ter discussie dat verzekerde aanspraak heeft op een PGB vv, en dat zodoende is voldaan aan de artikelen 2 en 3 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar. Hetgeen partijen verdeeld houdt is of verzoekster door de ziektekostenverzekeraar dient te worden aangemerkt als formele zorgverlener en of zij als zodanig voor het kalenderjaar 2016 en verder - de indicatiestelling bevat geen einddatum - aanspraak kan maken op de hogere vergoeding. De commissie overweegt dienaangaande als volgt.
- 9.3. Vast staat dat verzoekster een familielid in de eerste graad van verzekerde is, als bedoeld in artikel 7.1 van het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar. Gelet hierop dient zij dan ook - ongeacht haar kwalificaties - te worden aangemerkt als informele zorgverlener. Derhalve bestaat aanspraak op een vergoeding van maximaal € 23,-- per uur. Dit komt voor verzoekster neer op € 828,-- per week (36 x € 23,--), oftewel circa € 43.000,-- per jaar. Overigens gaat verzoekster bij de berekening van het te declareren tarief uit van 24-uurs zorg, echter van zorgverlening aan verzekerde gedurende 24 uur per dag door uitsluitend verzoekster kan geen sprake zijn. Zo dit al aan de orde zou zijn, hetgeen feitelijk onmogelijk is, dan is dit strijdig met de Arbeidsomstandighedenwet, die op verzoekster, nu zij naar eigen zeggen als werknemer wordt aangemerkt, van toepassing is. Aangezien de wetgever geen nadere regels heeft gesteld aan het PGB vv, is hetgeen hierover is bepaald in de verzekeringsvoorwaarden en het 'Reglement PGB vv 2016' leidend. Verzoekster is - als wettelijk vertegenwoordiger van verzekerde - met het afsluiten van de zorgverzekering gebonden aan bedoelde voorwaarden en het reglement, zodat hetgeen hierin is bepaald haar kan worden tegengeworpen. Verzoekster heeft derhalve geen aanspraak op het tarief zoals dit geldt voor formele zorgverleners in het kader van het PGB vv en/of vergoeding van meer dan 36 uren per week, ten laste van de zorgverzekering.
- 9.4. Dat de situatie van verzekerde uitzonderlijk is, maakt het voorgaande niet anders. De commissie heeft oog voor de bijzondere omstandigheden waarin verzekerde zich bevindt en de voor haar noodzakelijke zorg, alsook voor de situatie van verzoekster, maar dit maakt niet dat aan de inhoud van de verzekeringsvoorwaarden en het 'Reglement PGB vv 2016' van de ziektekostenverzekeraar kan worden voorbij gegaan.

Ook de stelling van verzoekster dat het inschakelen van professionele hulpverlening door een thuiszorgorganisatie of een ziekenhuis duurder is dan het aan haar toekennen van het formele tarief voor de zorg die zij aan verzekerde verleent, maakt het voorgaande niet anders. Hetgeen verzoekster heeft opgemerkt over de beschikbaarheid van zorg in natura behoeft geen bespreking, omdat daar haar nadrukkelijk is gekozen voor de mogelijkheid van een PGB vv. Indien verzoekster echter alsnog zou kiezen voor (gedeeltelijke) zorg in natura - zoals door de ziektekostenverzekeraar ter zitting is geopperd - is het aan de ziektekostenverzekeraar, uit hoofde van de op hem rustende zorgplicht, de noodzakelijke zorg te organiseren.

Coulance

- 9.5. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten tot een coulanceregeling, inhoudende dat verzoekster tot en met 31 december 2016 de aan verzekerde verleende zorg kan declareren tegen het tarief dat geldt voor een formele zorgverlener, met een maximum van € 70.000,-- per jaar. Naar de commissie begrijpt, wenst verzoekster ook na het kalenderjaar 2016 van deze regeling gebruik te maken. Dienaangaande overweegt de commissie dat een coulancebeslissing behoort tot het beleid van de ziektekostenverzekeraar en dat zij daarin niet kan treden. Dit kan slechts anders zijn indien sprake is van willekeur bij de toepassing van coulance, echter dit is in het onderhavige geval gesteld noch gebleken. Daarnaast geldt dat de ziektekostenverzekeraar tijdig en bij herhaling aan verzoekster heeft medegedeeld dat de coulanceregeling zou eindigen per 1 januari 2017, met dien verstande dat, naar de commissie thans begrijpt, de ziektekostenverzekeraar inmiddels ook voor 2017 - coulancehalve - een toezegging heeft gedaan. Aan verzoekster wordt zodoende ruimschoots de gelegenheid geboden de zorg aan verzekerde anders in te richten en/of anders te financieren. Het recht op een PGB vv vanaf 1 januari 2018 zal te zijner tijd moeten worden beoordeeld aan de hand van de aldan toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en het reglement.
- 9.6. De commissie geeft partijen in overweging op korte termijn met elkaar in overleg te treden over de toekomst. Door de ziektekostenverzekeraar is immers verklaard dat er - budgettaire - ruimte is, maar dat deze niet alleen door verzoekster kan worden ingevuld. Ook vanwege de belasting van verzoekster is dit op de langere termijn niet wenselijk. De oplossing kan er in zijn gelegen dat althans een deel van de zorg wordt geleverd door een specialistisch verpleegkundige.

Conclusie

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

Zeist, 22 maart 2017,

A.I.M. van Mierlo