



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door mevrouw C te D, tegen Menzis
Zorgverzekeraar N.V. en Menzis N.V., beide te Wageningen
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), verlaging budget ten opzichte van 2014
Zaaknummer : 201403122
Zittingsdatum : 7 oktober 2015

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

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door mevrouw C te D,
tegen

- 1) Menzis Zorgverzekeraar N.V. te Wageningen, en
- 2) Menzis N.V. te Wageningen,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering ZorgVerzorgd (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 FNV Zorg 2 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 FNV TandZorg 2 is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 14 november 2014 medegedeeld dat het persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) dat verzoekster tot en met december 2014 ontving ten laste van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) met ingang van 1 januari 2015 wordt verstrekt ten laste van de Zvw, en dat het budget ten opzichte van 2014 met 15 percent wordt verlaagd.
- 3.2. Verzoekster is het niet eens met de verlaging van het PGB vv, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft op dit verzoek niet gereageerd.
- 3.3. Hierop heeft verzoekster zich gewend tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft de klacht in behandeling genomen, en de ziektekostenverzekeraar bij brief van 13 maart 2015 verzocht om een reactie.
- 3.4. Bij brief van 14 april 2015 heeft verzoekster de Ombudsman Zorgverzekeringen gevraagd het dossier ter behandeling over te dragen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie). Bij brief van dezelfde datum heeft zij de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de verlaging van het PGB vv met 15 percent ongedaan te maken, en haar een vergoeding te verlenen op het niveau van het jaar 2014 (hierna: het verzoek).

- 3.5. Bij brief van 8 mei 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd op de brief van de Ombudsman Zorgverzekeringen. Hij heeft bij die gelegenheid medegedeeld zijn standpunt te handhaven. Deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 juli 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 juli 2015 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 juli 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. Bij brief van 1 oktober 2015 heeft verzoekster medegedeeld alsnog telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 oktober 2015 telefonisch medegedeeld in persoon te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 16 juli 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij e-mailbericht van 5 augustus 2015 heeft het Zorginstituut verzocht om uitstel voor het geven van advies. Dit uitstel is door de commissie verleend tot 14 september 2015. Bij e-mailbericht van 10 september 2015 heeft het Zorginstituut opnieuw verzocht om uitstel. Dit verzoek is niet ingewilligd. Besloten is de hoorzitting zonder voorlopig advies doorgang te laten vinden.
- 3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 oktober 2015 telefonisch respectievelijk in persoon gehoord.
- 3.11. Bij brief van 8 oktober 2015 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek binnen tien dagen het definitief advies uit te brengen. Binnen de gestelde termijn heeft de commissie niet van het Zorginstituut vernomen, waarna is besloten de kwestie zonder advies van het Zorginstituut af te doen.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster lijdt aan een ernstige en progressieve spierziekte (limb-girdle spierdystrofie). Zij heeft een indicatie voor persoonlijke verzorging Klasse 8 (20 tot 24.9 uur per week) en een indicatie voor verpleging Klasse 1 (1 tot 1.9 uur per week). Deze indicaties lopen af op 25 april 2015. Door de verlaging van het PGB vv met 15 percent wordt verzoekster ernstig getroffen in de realisering van haar zorg. Zij kan minder zorg inkopen dan waarvoor zij is geïndiceerd. Het gereduceerde bedrag is niet voldoende om de werkzaamheden van haar zorgverleners te bekostigen. De kans is dan ook groot dat deze hun werk voor verzoekster binnenkort zullen moeten neerleggen.
- 4.2. Op dit moment bestaat in de Zvw geen wettelijke basis voor het PGB vv. Met de verwerping door de Eerste Kamer van het wetsvoorstel 33 362 (Wet verbod verticale integratie) in december 2014, is ook het in het voorstel opgenomen artikel 13a Zvw (de wettelijke verankering van het PGB vv in de Zvw) niet van kracht geworden. De Minister van VWS heeft in haar brief van 18 december 2014 toegelicht dat het PGB vv al een wettelijke basis heeft in de huidige Zvw, namelijk in artikel 11 in combinatie met artikel 13. Een korting van 15 percent op het budget is in strijd met de zorgplicht die de ziektekostenverzekeraar volgens artikel 11 Zvw heeft. Op basis van dit artikel heeft verzoekster recht op zorg waaraan zij behoefte heeft. De hoeveelheid zorg waaraan verzoekster behoefte heeft, blijkt uit de gestelde indicatie. Uit de zorgplicht van artikel 11 Zvw volgt verder dat de ziektekostenverzekeraar bij het nemen van een beslissing jegens een verzekerde steeds verplicht is tot het maken van een evenredige belangenafweging. Bij verzoekster heeft geen individuele

belangenafweging plaatsgevonden. Bij een juiste en evenredige afweging van de betrokken belangen en de geschetste omstandigheden van verzoekster, had de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid niet tot een verlaging van het PGB vv kunnen besluiten.

- 4.3. Zorgverzekeraars Nederland (ZN), belangenorganisatie Per Saldo en het Ministerie van VWS hebben bestuurlijke afspraken gemaakt over de invulling van het PGB vv onder de Zvw. Deze bestuurlijke afspraken zijn ondanks de verwerping van het wetsvoorstel 33 362 nog steeds geldig. Uit die bestuurlijke afspraken kan het volgende worden afgeleid.
- In de eerste plaats is in artikel 3.1 van de bestuurlijke afspraken overeengekomen dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een PGB vv dient te verstrekken dat haar in staat stelt de geïndiceerde wijkverpleging van (niet-gecontracteerde) zorgaanbieders te betrekken. Uit artikel 5.1 blijkt in de tweede plaats dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is een PGB vv te verstrekken tegen een toereikend budget voor een bepaalde tijdsperiode dan wel een aantal uren tegen een toereikend tarief.
- In artikel 8.3 van de bestuurlijke afspraken is een overgangsregeling opgenomen voor PGB-houders zoals verzoekster, die op 31 december 2014 een geldig indicatiebesluit en een PGB vv voor verzorging hadden. Bepaald is dat zij hun recht op zorg in de vorm van een PGB vv onder de Zvw behouden voor de duur van de indicatie, uiterlijk tot en met 31 december 2015. Over een algemene budgetkorting van 15 percent is niets opgenomen in de bestuurlijke afspraken.
- 4.4. Voorts is het volgende van belang. Het van toepassing zijnde 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar vermeldt niets over een budgetverlaging van 15 percent. Ook kan deze korting op geen enkele wijze worden afgeleid uit enige passage in de toepasselijke polisvoorwaarden. Daarnaast is het nog maar de vraag of dit reglement de rechtsverhoudingen tussen partijen kan beheersen. In de eerste plaats dient het reglement te worden beschouwd als een eenzijdige wijziging van de zorgverzekeringsovereenkomst, welke wijziging zonder overleg en zonder expliciete goedkeuring van verzoekster aan haar is opgelegd. In de tweede plaats geldt dat de inhoud en strekking van een aantal in het reglement opgenomen bepalingen onredelijk bezwarend, in strijd met de zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar en in strijd met andere wettelijke rechten en plichten is.
- 4.5. In dit kader kan een vergelijking worden gemaakt met vaste jurisprudentie ten aanzien van het PGB vv op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Verzoekster wijst hierbij op een uitspraak van de Centrale Raad van Beroep van 30 maart 2011 (ECLI:NL:CRVB:2011:BQ1178). Hieruit volgt dat een PGB vv van een dusdanige omvang moet zijn, dat de budgethouder in staat wordt gesteld tot het inkopen van voldoende zorg. Hoewel deze jurisprudentie op een andere wet ziet, is zij ook in de onderhavige procedure van belang en kan zij analoog worden toegepast. De achterliggende gedachte van beide PGB-regelingen is namelijk dat het PGB vv toereikend dient te zijn om de geïndiceerde zorg te kunnen inkopen. Door de ziektekostenverzekeraar is niet aannemelijk gemaakt dat verzoekster, ondanks de budgetkorting van 15 percent, nog voldoende zorg kan inkopen in verhouding tot de gestelde indicatie. Ook om deze redenen is de korting ten onrechte aangebracht.
- 4.6. Verzoekster vindt de termijn tussen de aankondiging van de budgetverlaging en de ingangsdatum hiervan te kort om andere afspraken met haar zorgverleners te kunnen maken. Niet eerder dan bij brief van 14 november 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster geïnformeerd over de budgetverlaging, die is ingegaan op 1 januari 2015.
- 4.7. Ter zitting is toegelicht dat het enerzijds gaat over de vraag of de ziektekostenverzekeraar een korting van 15 percent mocht toepassen, en anderzijds of is gekeken naar de individuele situatie van verzoekster. De korting van 15 percent is niet geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering. De tarieven die door de ziektekostenverzekeraar zijn genoemd, zijn uitgesloten in verband met de overgangsregeling. De individuele belangenafweging die de ziektekostenverzekeraar in het kader van zijn zorgplicht moet maken, heeft niet plaatsgevonden. De brief die aan verzoekster is verstuurd, is zeer algemeen.

Inmiddels heeft verzoekster een verlenging gekregen van haar indicatie, voor een zelfde aantal uren.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Verzoekster ontving in 2014 krachtens de AWBZ van een daartoe aangewezen zorgkantoor een PGB vv op basis van een door het CIZ gestelde indicatie. Zij was voor 'Begeleiding individueel' ingedeeld in Klasse 3, voor 'Persoonlijke verzorging' in Klasse 8 en voor 'Verpleging' in Klasse 1. De bijbehorende bedragen waren € 10.282,--, € 31.698,-- en € 3.817,-- per jaar, respectievelijk € 28,17, € 86,84 en € 10,46 per dag. Hierop was een eigen bijdrage van toepassing van € 2.575,33 per jaar/ € 7,06 per dag.
- 5.2. Met ingang van 1 januari 2015 is de AWBZ komen te vervallen. De aanspraak op persoonlijke verzorging en verpleging - al dan niet in de vorm van een PGB vv - is voor een deel van de verzekerden overgeheveld naar de Zvw. Dat betekent dat verzoekster per 1 januari 2015 haar aanspraak op persoonlijke verzorging en verpleging uitsluitend nog te gelde kan maken jegens de ziektekostenverzekeraar, op grond van de gesloten zorgverzekeringsovereenkomst. Ondanks dat het wetsvoorstel dat strekte tot invoering van artikel 13a Zvw het niet heeft gered, hebben de gezamenlijke zorgverzekeraars te kennen gegeven in hun modelpolissen toch de mogelijkheid van een PGB vv voor persoonlijke verzorging en verpleging op te nemen. De randvoorwaarden voor de aanspraak op het PGB vv zijn geregeld in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Dit reglement is grotendeels gebaseerd op de bestuurlijke afspraken tussen ZN, VWS en Per Saldo.
- 5.3. Op grond van artikel 8.3 van het reglement behield verzoekster tot 25 april 2015 (de dag dat de indicatie afliep) haar recht op zorg in de vorm van een PGB vv, ook als zij hiervoor op grond van het reglement niet in aanmerking zou komen. Uit artikel 8.3 volgt evenwel niet dat verzoekster haar PGB vv in volle omvang behield. Omtrent de hoogte van het PGB vv wordt in het reglement niets bepaald. Bij brief van 14 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij van 1 januari tot en met 25 april 2015 aanspraak heeft op een PGB vv voor persoonlijke verzorging van € 8.489,02 voor de gehele periode / € 73,82 per dag en voor verpleging van € 1.202,58 voor de gehele periode / € 10,46 per dag. Onder de AWBZ ontving verzoekster - na aftrek van haar eigen bijdrage van € 7,06 per dag - voor verpleging en persoonlijke verzorging gezamenlijk € 90,24 per dag. Verzoekster ontvangt thans derhalve ten laste van de Zvw slechts 6,6 percent minder per dag dan onder de AWBZ.
- 5.4. Verzoekster klaagt zich erover dat in het reglement geen basis is te vinden voor een budgetverlaging. Van een werkelijke budgetverlaging is echter geen sprake. Van verlaging zou sprake zijn als verzoekster ook al in 2014 van de ziektekostenverzekeraar een PGB vv ontving. Dit is echter niet het geval. Er is eerder sprake van een budgetvervanging. Hiervoor hoeft in het reglement geen grondslag aanwezig te zijn. De vraag is enkel of de ziektekostenverzekeraar een voldoende hoog PGB vv aan verzoekster heeft verleend. De ziektekostenverzekeraar meent dat hij - door aan verzoekster een PGB vv toe te kennen dat 93,4 percent bedraagt van hetgeen zij onder de AWBZ te besteden had - aan verzoekster een toereikend budget heeft verstrekt, waarmee zij in staat moet worden geacht de geïndiceerde zorg in te kopen. De periode van 14 november 2014 tot 1 januari 2015 was volgens de ziektekostenverzekeraar lang genoeg voor verzoekster om zich op het lagere bedrag in te stellen.
- 5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de korting feitelijk geen 15 percent bedraagt, maar 6,6 percent, dit vanwege de eigen bijdrage. Verzoekster probeert de zaak in een publiekrechtelijk kader te trekken, maar het gaat om privaatrecht. Verzoekster ontving voorheen een PGB vv ten laste van de AWBZ. Dit betreft een andere wet, waaraan een andere rechtspersoon uitvoering gaf. In de huidige situatie gaat het om de Zvw. Er is geen strijd met de redelijkheid en billijkheid, gezien de geringe korting die is toegepast.

Er is voorts veel bandbreedte in de gestelde indicatie. De minimum- en maximumuren zorg die verzoekster nodig heeft, liggen ver uiteen. Zij moet met meer argumenten komen om aan te tonen dat het vergoede bedrag te laag is. Er wordt niet gekort, er wordt alleen minder betaald. De overgangsregeling is alleen getroffen om te voorkomen dat houders van een PGB vv direct allemaal moesten worden geherindiceerd. Het idee was dat dit een kortdurende situatie zou zijn.

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 A17 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de met ingang van het jaar 2015 toegepaste verlaging van het PGB vv onder de Zvw met 15 percent ongedaan te maken, en verzoekster een vergoeding te verlenen op het niveau van het jaar 2014.

8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

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

8.2. De zorgverzekering betreft een naturapolis, zodat de verzekerde in beginsel is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering.

8.3. In de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat. De betreffende bepaling luidt, voor zover hier van belang:

“Welke zorg

U heeft recht op verpleging en verzorging. Onder verpleging en verzorging wordt verstaan: zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, die

- a. verband houdt met de behoefte aan huisartsenzorg of medisch specialistische zorg of een hoog risico daarop,*
- b. niet gepaard gaat met verblijf, en*
- c. geen kraamzorg betreft. (...)*

Persoonsgebonden budget

Een Persoonsgebonden budget (Pgb) is een geldbedrag waarmee u zelf verpleging en verzorging kunt inkopen. Als u recht heeft op verpleging en verzorging kunt u bij Menzis mogelijk ook vergoeding van die zorg vragen in de vorm van een Persoonsgebonden budget. In het Verzekeringsreglement kunt u lezen wanneer u hiervoor in aanmerking kunt komen, wat uw verantwoordelijkheden daarbij zijn en hoe het Pgb wordt betaald. U kunt het Verzekeringsreglement op onze website vinden. (...)

Welke zorgaanbieder

U kunt naar een verpleegkundige of een verzorgende met minimaal opleidingsniveau 3 in dienst van een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZI) is toegelaten voor verpleging en verzorging (thuiszorginstelling) of die is toegelaten voor verblijf, verpleeg- of verzorgingshuis of een instelling voor gehandicaptenzorg, die extramurale zorg levert.

Medisch specialistische verpleging thuis

Als u verpleging en verzorging nodig heeft in opdracht en onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist, kunt u naar een verpleegkundige in dienst van een Instelling voor medisch specialistische zorg (ziekenhuis of ZBC), revalidatie-instelling of een instelling die op grond van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) is toegelaten voor verpleging (thuiszorgorganisatie). Menzis heeft zorgaanbieders gecontracteerd. U kunt uit deze zorgaanbieders kiezen. Op www.menzis.nl/zorgvindervindt u een overzicht van zorgaanbieders die met Menzis een overeenkomst hebben gesloten. (...)

Overgangsrecht

Als u op 31 december 2014 recht had op verpleging en verzorging op grond van een geldig indicatiebesluit AWBZ waarvan de geldigheidsduur nog niet is verstreken, dan blijft u hierop recht houden tot het einde van de indicatie of – als dat eerder is – tot uiterlijk 31 december 2015. U mag de zorg blijven ontvangen van dezelfde zorgaanbieder. Als deze zorgaanbieder geen overeenkomst heeft met Menzis is de vergoeding het bedrag van de nota tot een maximum van 100% van het tarief dat Menzis gemiddeld voor verpleging en verzorging heeft gecontracteerd. ”

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

"Vaststelling van de hoogte van het PGB vv (...)

5.1 Voor de vaststelling van de hoogte van uw PGB gaan wij uit van de uren verpleging en/of verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd. Menzis stelt de hoogte van het PGB vast op basis van de volgende tarieven:

- persoonlijke verzorging PGB € 27,42 per uur;*
- verpleging PGB € 50,08 per uur.*

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

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

"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 natuurlijke personen. Voor formele zorgaanbieders kunt u maximaal declareren:

- voor persoonlijke verzorging PGB € 35,70 per uur;*
- voor verpleging PGB € 52,85 per uur.*

Voor zorg geleverd door natuurlijk[e] 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,--. Deze maximumtarieven zijn alleen op u van toepassing als u niet onder de overgangsregeling valt. (...)"

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

"8.1 Het kan zijn dat u voor 1 januari 2015 al een AWBZ PGB had voor de functies persoonlijke verzorging en verpleging waarbij de geldigheid van die indicatie doorloopt in 2015. Als dit het geval is, dan is het onderstaande op u van toepassing. (...)

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

8.5 De artikelen 2, 3, 4 en 5 zijn niet van toepassing als u onder deze overgangsregeling valt. (...)"

- 8.7. De bepaling van de zorgverzekering met betrekking tot verpleging en verzorging, en de artikelen 5, 7 en 8 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' zijn volgens de voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.8. Artikel 11, lid 1, onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.
Verpleging en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv.
Het PGB vv is als zodanig (nog) niet bij wet geregeld.
- 8.9. 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. Door verzoekster is gesteld dat sprake is van een door de ziektekostenverzekeraar toegepaste korting. De commissie merkt hierover op dat in financiële termen inderdaad kan worden gesproken van een korting, aangezien de vergoeding in 2015 - althans voor zover het de periode vóór de herindicatie betreft - lager is dan in 2014, terwijl het aantal geïndiceerde uren gelijk is gebleven. Juridisch gezien is er evenwel aanleiding dit te nuanceren. In 2014 werd het PGB vv immers verstrekt ten laste van de AWBZ, op basis van een subsidieregeling. Aan deze aanspraak is met ingang van 1 januari 2015 een eind gekomen. Het betreft derhalve geen korting op het PGB vv onder de AWBZ. Vanwege het karakter van de regeling kon deze per direct worden beëindigd, zonder wettelijke overgangsregeling.
Met ingang van 1 januari 2015 is de dekking van de zorgverzekering op dit punt uitgebreid. De stelling van verzoekster dat deze uitbreiding eenzijdig heeft plaatsgevonden en dat zij hiermee niet heeft ingestemd, treft geen doel. Ook valt niet in te zien waarom een uitbreiding van de verzekerde prestaties onredelijk bezwarend zou kunnen zijn. Het enige bezwaar dat verzoekster hiertegen zou kunnen hebben, zou namelijk de eventuele verhoging van de premie kunnen zijn in verband met de uitbreiding van de dekking. Zulks is door haar echter niet aangevoerd.
Voor zover de stellingen ertoe strekken dat de wijziging niet had mogen plaatsvinden, valt niet in te zien welk doel verzoekster hiermee beoogt. Als gezegd, is de wettelijke aanspraak op grond van de AWBZ vervallen. Voortzetting van de zorgverzekering onder de in 2014 geldende voorwaarden en tegen de toen geldende premie - zo daar al een grond toe bestaat - zou enkel tot gevolg hebben dat verzoekster in het geheel niet in aanmerking komt voor een PGB vv. De commissie passeert de betreffende stellingen daarom en zal zich beperken tot de vraag of het de ziektekostenverzekeraar is toegestaan het tarief vast te stellen op € 73,82 per dag voor persoonlijke verzorging respectievelijk € 10,46 per dag voor verpleging. Ten aanzien hiervan wordt het volgende overwogen.
- 9.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar, waarin de hoogte van de vergoeding van zorg in het kader van het PGB vv is geregeld, niet is gebaseerd op regelgeving. Hoewel het beoogde artikel 13a

Zww inderdaad (nog) niet is ingevoerd, betekent dit niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis heeft, aangezien deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zww.

- 9.3. In de regelgeving, noch in de bestuurlijke afspraken die zijn gemaakt door ZN, Per Saldo en het Ministerie van VWS ten aanzien van het PGB vv, is iets geregeld over de hoogte hiervan. Verzoekster heeft aangevoerd dat in artikel 5.1 van de afspraken is bepaald dat het moet gaan om een toereikend budget. Het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' bepaalt het tarief dat door de ziektekostenverzekeraar maximaal wordt vergoed, en dat volgens deze toereikend is. Hierbij geldt hetzelfde tarief voor alle verzekerden. Aangezien de ziektekostenverzekeraar op veel onderdelen van de zorgverzekering de hoogte van de vergoeding bepaalt - gedacht kan bijvoorbeeld worden aan diverse hulpmiddelen -, en niet is geregeld wat de minimale hoogte van het PGB vv moet zijn, ligt het in de rede dat de ziektekostenverzekeraar de hoogte hiervan vastlegt in het reglement. Aldus kan een (aspirant) verzekerde hiervan kennis nemen en de vergoeding betrekken in zijn keuze de verzekering aan te gaan onderscheidenlijk voort te zetten dan wel over te stappen naar een andere zorgverzekeraar. Indien hierbij wordt betrokken dat de onder de AWBZ verschuldigde eigen bijdrage met ingang van 1 januari 2015 is vervallen, moet worden geconcludeerd dat de in het reglement genoemde tarieven in het algemeen als toereikend kunnen worden beschouwd. Zoals hiervoor is overwogen, is verzoekster contractueel gebonden aan het reglement en kan hetgeen hierin is opgenomen met betrekking tot de vergoeding haar worden tegengeworpen.
- 9.4. Rest de vraag naar de reikwijdte van de overgangsregeling, zoals opgenomen in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging'. In artikel 5.1 is geregeld dat de vergoeding voor persoonlijke verzorging € 27,42 per uur bedraagt, en voor verpleging € 50,08 per uur. Artikel 8.5 van het reglement bepaalt evenwel dat artikel 5.1 niet van toepassing is in het geval een verzekerde valt onder de overgangsregeling. Deze overgangsregeling houdt volgens de artikelen 8.1 en 8.3 van het reglement in dat iemand die vóór 1 januari 2015 een PGB vv had ten laste van de AWBZ voor de functies persoonlijke verzorging en verpleging, de indicatie hiervoor tot het einde van de geldigheid hiervan dan wel uiterlijk tot 31 december 2015 behoudt. De commissie is van oordeel dat het zelfde dient te gelden voor het tarief, aangezien hier niets over is geregeld in de voorwaarden van de zorgverzekering of het reglement. Aangezien verzoekster een PGB vv had vóór 1 januari 2015, en de indicatie eerst op 25 april 2015 afliep, kan de ziektekostenverzekeraar de beperking in de hoogte van het te vergoeden tarief haar voor zover het genoemd tijdvak betreft niet tegenwerpen. Met ingang van de hernieuwde indicatiestelling zijn de maximale vergoedingen uit het reglement op verzoekster van toepassing geworden. Hierbij wordt opgemerkt dat de door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde vergoedingen van € 73,82 per dag voor persoonlijke verzorging en € 10,46 voor verpleging voor de commissie niet zijn te herleiden tot de bedragen die zijn genoemd in het reglement.
- 9.5. De commissie merkt ter toelichting nog op dat artikel 7.11 van het reglement - dat niet is uitgesloten van toepassing in artikel 8.5 van het reglement - in afwijking van artikel 5.1 van het reglement als maximaal te vergoeden tarieven € 35,70 per uur noemt voor persoonlijke verzorging en € 52,85 per uur voor verpleging. Dit artikel heeft evenwel betrekking op de wijze van declareren ("Hoe kunt u declareren?"), terwijl artikel 5.1 op de hoogte van de tarieven ziet ("Vaststelling van de hoogte van het pgb vv"). Bovendien zou artikel 8.5 van het reglement een dode letter zijn, indien de maximering van de tarieven bij wijze van overgangsregeling op basis van dit artikel wordt uitgesloten, en op grond van artikel 7.11 toch weer - in een andere vorm - van toepassing blijft. Deze bepaling kan de ziektekostenverzekeraar dan ook niet baten. Bij een hernieuwde indicatiestelling heeft verzoekster aanspraak op het voor haar meest gunstige tarief dat is genoemd in artikel 7.11 van het reglement.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. Aangezien het verzoek wordt toegewezen ten laste van de zorgverzekering, behoeft de aanvullende ziektekostenverzekering geen verdere bespreking.



Conclusie



9.7. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen onder 9.4 en 9.5 is overwogen.



9.8. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen onder 9.4 en 9.5 is overwogen.



10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.



Zeist, 19 oktober 2015,



A.I.M. van Mierlo

