



# ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden  
budget (PGB), verlaging budget ten opzichte van 2014

Zaaknummer : 201403120

Zittingsdatum : 30 september 2015



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



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

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



2. De verzekeringssituatie

- 
- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basispolis (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 Comfortpolis 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).



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 ultimo 2014 ontving ten laste kwam van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en dat het PGB vv dat met ingang van 1 januari 2015 wordt verstrekt ten laste komt van de Zvw. Voorts is haar medegedeeld dat de hoogte van het PGB vv voor het jaar 2015 is vastgesteld op basis van het in 2014 verstrekte budget verminderd met 12,5 percent.
- 
- 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. Bij brief van 7 januari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 
- 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 12,5 percent ongedaan te maken, en haar een vergoeding te verlenen op het niveau van het jaar 2014 (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 10 juli 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 16 juli 2015 aan verzoekster gezonden.
- 
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 29 juli 2015 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 september 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 
- 3.8. 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.
- 
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 30 september 2015 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
- 
- 3.10. Bij brief van 1 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 is bekend met een gecompliceerd ziektebeeld, bestaande uit onder meer een combinatie van slechtiendheid, reuma en hartproblemen. Zij heeft een indicatie voor verpleging en verzorging voor de omvang van vijf uren per week tot eind maart 2015. Door de verlaging van het budget met 12,5 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 door haar zorgverlener te bekostigen. De kans is dan ook groot dat deze zijn werk voor verzoekster binnenkort zal moeten neerleggen. De zorgverlener kan het zich niet veroorloven verzoekster zorg te verlenen zonder een financiële vergoeding die in verhouding staat tot de werkzaamheden gedurende vijf uren per week.
- 
- 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) 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. De korting van 12,5 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 en hieruit 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 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, 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. Verzoekster behoort tot die groep. Tot slot is in de bestuurlijke afspraken niets opgenomen over een algemene budgetkorting van 12,5 percent. Reeds om het voorgaande is de korting ten onrechte toegepast.
-  4.4. Voorts is het volgende van belang. Het van toepassing zijnde 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget 2015' vermeldt niets over een budgetverlaging van 12,5 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 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 12,5 percent, nog voldoende zorg kan inkopen in verhouding tot de gestelde indicatie. Ook om deze redenen is de korting ten onrechte toegepast.
-  4.6. In de heroverweging van 7 januari 2015 stelt de ziektekostenverzekeraar dat het de bedoeling is dat verzoekster andere afspraken maakt met haar zorgverlener, zodat zij ondanks de budgetverlaging toch voldoende zorg kan inkopen. De enige andere 'afspraak' die verzoekster kan maken, bestaat uit het laten leveren van dezelfde zorg als voorheen, tegen een gereduceerd tarief. Zulks is echter niet mogelijk. Verder vindt verzoekster de termijn tussen de aankondiging van de budgetverlaging en de ingangsdatum hiervan te kort om andere afspraken met haar zorgverlener 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. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat verzoekster in de loop van 2015 een herindicatie krijgt, waarna zij niet langer te maken zal hebben met de korting van 12,5 percent. De hoogte van het budget wordt dan berekend op basis van de geïndiceerde uren en de tarieven van de zorgverlener(s). Vanaf de herindicatie zal aan verzoekster een PGB vv worden verstrekt conform de gestelde indicatie. Verzoekster vindt het opmerkelijk dat de huidige indicatie door de ziektekostenverzekeraar niet als leidend wordt beschouwd bij het bepalen van de hoogte van het

PGB vv, maar de toekomstige indicatie wel. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar willekeurig, onbehoorlijk en onzorgvuldig handelt jegens verzoekster door een PGB vv te verstrekken dat niet verenigbaar is met de gestelde indicatie en de hieraan verbonden kosten.

- 4.8. Ter zitting is aangevoerd dat de zaak in twee onderdelen uiteenvalt. In de eerste plaats gaat het om de principiële vraag naar de grondslag van de verlaging van het PGB vv. Daartoe bestaat geen wettelijke of contractuele basis. Daarnaast heeft in het geval van verzoekster geen individuele belangenafweging plaatsgevonden, hoewel dit in het kader van de zorgplicht van de ziektekostenverzekeraar had moeten gebeuren. Gevraagd naar de eigen bijdrage die in het kader van de AWBZ aan het CAK was verschuldigd, is geantwoord dat de hoogte van de eigen bijdrage in 2014 tussentijds is gewijzigd omdat afhankelijk was van het inkomen. Verder is opgemerkt dat een vergoeding van € 20,-- per uur minder royaal is dan het lijkt. Met name als intensieve zorg moet worden verleend, kan aan de familieband geen doorslaggevende betekenis worden toegekend. Tot slot is gesteld dat de overgangsregeling niet alleen ziet op de geïndiceerde uren, maar ook op het tarief.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De overheid heeft besloten dat er minder geld beschikbaar is voor wijkverpleging, en heeft de zorgverzekeraars hiervoor een lager budget gegeven dan het budget dat in 2014 vanuit de AWBZ beschikbaar was. Toch moeten zorgverzekeraars ervoor zorgen dat er voldoende zorg is voor hun verzekerden. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen gedurende de overgangsperiode een korting toe te passen van 12,5 percent. Volgens een berekening zou met deze verlaging iedereen die zorg nodig heeft, wijkverpleging kunnen krijgen vanuit het beschikbare budget. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen deze korting zowel bij zorg in natura als bij het PGB vv toe te passen.
- 5.2. Als gevolg van de budgetverlaging moeten de huidige afspraken met zorgverleners mogelijk worden aangepast. De ziektekostenverzekeraar ziet echter geen reden van zijn beleid af te wijken. Het is de bedoeling dat verzoekster andere afspraken maakt met haar zorgverlener. Op die manier kan zij toch voldoende zorg inkopen.
- 5.3. In 2014 werd de hoogte van het PGB vv vanuit de AWBZ vastgesteld op basis van de tarieven zoals vastgelegd in de 'Regeling 2014 Persoonsgebonden budget AWBZ'. In 2015 wordt het PGB vv voor wijkverpleging niet langer vanuit de AWBZ betaald. Met deze overheveling van de wijkverpleging van de AWBZ naar de Zvw kan de ziektekostenverzekeraar nadere voorwaarden stellen om het PGB vv vorm te geven. De indicatie van verzoekster wordt niet gewijzigd, maar de ziektekostenverzekeraar is genoodzaakt de vergoeding voor de zorg te verlagen.
- 5.4. Op dit moment is er nog geen wettelijke verankering van het PGB vv in de Zvw. Desondanks voert de ziektekostenverzekeraar het PGB vv nu uit op basis van de op bestuurlijk niveau gemaakte afspraken. In maart 2015 is de huidige indicatie van verzoekster afgelopen. Vóór het aflopen van deze indicatie zou zij een herindicatie moeten krijgen. Het is belangrijk de zorgbehoefte dan duidelijk in beeld te brengen. Na de herindicatie heeft verzoekster niet langer te maken met de korting van 12,5 percent. De hoogte van haar budget wordt dan namelijk berekend op basis van de geïndiceerde uren en de tarieven van haar zorgverlener(s).
- 5.5. Ingevolge het indicatiebesluit van 10 september 2014 had verzoekster over de periode van 30 juli 2014 tot en met 31 december 2014 recht op het bruto PGB vv van € 1.620,92 voor verpleging, en € 3.290,25 voor verzorging. Op dagbasis bedraagt het PGB vv voor verpleging € 10,46 en voor verzorging € 21,23. De nieuwe budgetten in het kader van het PGB vv onder de Zvw met toepassing

van de korting van 12,5% zijn met inachtneming van de einddatum van de indicatie van 29 maart 2015 als volgt berekend:

Dagbudget 2014 (€ 21,23 voor verzorging) x aantal dagen in 2015 (=88) - 12,5% = € 1.634,51

Dagbudget 2014 (€ 10,46 voor verpleging) x aantal dagen in 2015 (=88) - 12,5% = € 805,23.

Uitgaande van vijf uur zorg per week komt het te besteden PGB vv bij verzoekster neer op € 36,14 per uur. De periode van 1 januari 2015 tot en met 29 maart 2015 beslaat 13,5 weken. Dit aantal weken x vijf uur per week resulteert in 67,5 uren. Het te besteden PGB vv is dan € 36,14 per uur (€ 2.439,74 / 67,5).

- 5.6. In het 'Achmea Reglement PGB verpleging en verzorging' worden in artikel 7.11 maximumtarieven gehanteerd voor de besteding van het PGB vv, declaratie en vergoeding van de zorg vanwege het onderscheid in geleverde zorg door formele zorgverleners en zorg geleverd door natuurlijke personen. Voor een natuurlijke persoon geldt het maximumtarief van € 1,67 per vijf minuten. Het maximum uurtarief bedraagt € 20,04. Hiermee staat vast dat het door verzoekster te besteden PGB vv van € 36,14 per uur als meer dan toereikend moet worden aangemerkt. Zij heeft enkel gesteld, maar niet aangetoond dat het toegekende budget ontoereikend zou zijn. Overigens is gebleken dat in 2014 sprake was van een onderbesteding van het budget van ruim € 1.000,--. Dat betekent dat verzoekster in dat jaar PGB vv over had. Het is daarom onbegrijpelijk waarom het PGB vv nu niet toereikend zou zijn.
- 5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar gewezen op een beschikking van 10 september 2014. Hieruit blijkt dat de eigen bijdrage aan het CAK de eerste zes maanden van het jaar € 71,90 bedroeg, en de tweede zes maanden van het jaar € 86,95. Deze eigen bijdrage is met ingang van 1 januari 2015 vervallen. Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de indicatie inmiddels is afgelopen, maar dat door verzoekster geen aanvraag is gedaan voor een verlenging. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat onder de AWBZ sprake was van een subsidieregeling. Deze kon worden ingetrokken en aangepast, hetgeen in het verleden ook is gebeurd. Er was jaarlijks maar een bepaald bedrag beschikbaar. Daardoor kwamen mensen soms op een wachtlijst. Vanaf 1 januari 2015 is de wijkverpleging in de Zvw gekomen en is de extramurale verpleging uit de AWBZ geschrapt. De wettelijke basis is thans artikel 2.10 Bzv. Met Per Saldo zijn bestuurlijke afspraken gemaakt. De verzekering betreft een naturaverzekering. Uit een arrest van de Hoge Raad (NJ 2006,326) volgt dat een verzekeraar de dekkingssomvang en de vergoedingshoogte mag bepalen. Dit is in dit geval bij reglement gebeurd. De overgangsregeling houdt in dat de geïndiceerde aanspraak gehandhaafd blijft, in dit geval tot 29 maart 2015, maar heeft geen betrekking op het tarief. Het betreft geen voortgezette aanspraak, omdat het gaat om andere rechtspersonen en andere regelingen. Artikel 13 Zvw biedt de mogelijkheid de vergoeding vast te stellen, en dit is bij reglement gebeurd. Voor de hoogte van het tarief verwijst de ziektekostenverzekeraar naar artikel 2.6.13 van de vroegere subsidieregeling, waarin een bedrag van € 20,-- per uur wordt genoemd. Volgens het reglement is het bedrag € 20,04. De ziektekostenverzekeraar tekent verder aan dat het geen professionele zorg betreft en dat het mooi is dat er een vergoeding is vastgesteld. Mantelzorgers ontvangen namelijk niets. Verzoekster is in november 2014 over de wijziging geïnformeerd, en had toen de mogelijkheid over te stappen naar een andere verzekeraar.

- 5.8. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' 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 12,5 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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'Vergoedingen' van de zorgverzekering.

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

*"Wij vergoeden de kosten van verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat. (...)"*

*Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (PGB) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Achmea Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons aanvragen.*

*De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.*

*Voorwaarde voor vergoeding*

*Een wijkverpleegkundige (niveau 5) moet een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Dit wordt samen met u uitgewerkt in een zorgplan. In het zorgplan wordt onder andere een onderverdeling vastgesteld in het aantal uur verzorging en aantal uur verpleging. (...)"*

- 8.4. Artikel 5 van het 'Achmea Reglement PGB Verpleging en Verzorging' luidt:

*"Vaststelling van de hoogte van het pgb v.v. (...)"*

*5.1 Voor de vaststelling van de hoogte van uw pgb vv gaan wij uit van de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd. Uw budget wordt samengesteld op basis van tarieven voor formele zorgverleners en het tarief voor natuurlijke personen.*

*De maximum tarieven zijn als volgt:*

- *Formele zorgverlener: persoonlijke verzorging pgb ad € 3,21 per 5 minuten*
- *Formele zorgverlener: verpleging pgb ad € 5,07 per 5 minuten*
- *Natuurlijk persoon ad € 1,67 per 5 minuten*

*Voor zorg geleverd door natuurlijke personen geldt het door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vastgestelde maximum tarief, zoals opgenomen in de Algemene Maatregel van Bestuur op basis van artikel 13 a lid 3 van de Zorgverzekeringswet, ter grootte van € 20,- per uur, onder voorbehoud van inwerkingtreding.*

*Voor de besteding van dit pgb vv verwijzen wij naar artikel 7.11.*

*5.2 Als uw verzekering of uw pgb vv voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw pgb vv naar rato verlaagd. Uw pgb vv zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb vv) maal (het*

*aantal dagen dat uw pgb vv en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365)."*

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

*"Hoe kunt u declareren? (...)*

*7.11 Voor de besteding van het pgb vv, declaratie en vergoeding van de zorg worden verschillende tarieven gehanteerd vanwege het onderscheid in geleverde zorg door formele zorgverleners in de zin van dit reglement en zorg geleverd door natuurlijke personen. De maximum tarieven zijn als volgt:*

- Formele zorgverlener: persoonlijke verzorging pgb ad € 3,21 per 5 minuten*
- Formele zorgverlener: verpleging pgb ad € 5,07 per 5 minuten*
- natuurlijk persoon ad € 1,67 per 5 minuten (...)"*

- 8.6. Artikel 8 van het 'Achmea Reglement PGB 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 (excl. 4.9, 4.10 en 4.11), 5 (excl. 5.2) en 6.6 zijn niet van toepassing als u onder deze overgangsregeling valt. (...)"*

- 8.7. Artikel 28 van de 'Vergoedingen' van de zorgverzekering en de artikelen 5, 7 en 8 van het 'Achmea Reglement PGB Verpleging en Verzorging' zijn volgens artikel 1.1 van de 'Algemene Voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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 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 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 omdat door de ziektekostenverzekeraar ter zitting onweersproken is gesteld dat de voorwaarden van de zorgverzekering aan verzoekster zijn toegezonden en dat zij hiermee heeft ingestemd. 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 om deze reden de betreffende stellingen en zal zich beperken tot de vraag of het de ziektekostenverzekeraar is toegestaan het tarief voor zorg verleend door een natuurlijk persoon - zoals bij verzoekster het geval is - op basis van een eigen reglement vast te stellen op € 1,67 per vijf minuten. Ten aanzien hiervan wordt het volgende overwogen.
- 9.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat het 'Achmea Reglement PGB Verpleging en Verzorging', waarin de hoogte van de vergoeding van zorg verleend door een natuurlijk persoon in het kader van het PGB vv is geregeld, niet is gebaseerd op regelgeving. Hoewel het beoogde artikel 13a Zvw 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 Zvw.
- 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 van de budgetten. Verzoekster heeft aangevoerd dat in artikel 5.1 van de afspraken is bepaald dat het moet gaan om een toereikend budget. Het 'Achmea Reglement PGB Verpleging en Verzorging' bepaalt het tarief dat maximaal wordt vergoed, en dat volgens de ziektekostenverzekeraar 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 vastgelegd 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 hiérvóór 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 'Achmea Reglement PGB Verpleging en Verzorging'. In artikel 5.1 is geregeld dat de vergoeding voor een natuurlijk persoon is beperkt tot € 1,67 per vijf minuten. 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 29 maart 2015 afliep, kan de ziektekostenverzekeraar de beperking in de hoogte van het te vergoeden tarief aan verzoekster in genoemd tijdvak niet tegenwerpen en dient het verzoek derhalve te worden toegewezen.
- 9.5. De commissie merkt ter toelichting nog op dat behalve artikel 5.1 van het reglement, ook artikel 7.11 van het reglement - dat niet is uitgesloten van toepassing in artikel 8.5 van het reglement - de maximaal te vergoeden tarieven noemt. 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 van toepassing blijft. Deze bepaling kan de ziektekostenverzekeraar dan ook niet baten.

#### **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.
- 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.
- 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