



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C en D, vertegenwoordigd door E te F, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, vertegenwoordigd door IAK Volmacht B.V. te Eindhoven

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

Zaaknummer : 201501127

Zittingsdatum : 2 december 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

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C, hierna te noemen: verzekerde 1 en D, hierna te noemen: verzekerde 2, vertegenwoordigd door E te F,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar, vertegenwoordigd door IAK Volmacht B.V. te Eindhoven.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie waren verzekerden 1 en 2 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de IAK Zorgverzekering Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder waren ten behoeve van verzekerden 1 en 2 bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekeringen IAK Extra compleet pakket, Fysio 700, Alternatieve zorg 650 en OptiekPlan 300 afgesloten (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). Genoemde 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 verzoeker bij brief van 24 december 2014 medegedeeld dat het persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) dat verzekerden 1 en 2 tot en met december 2014 ontvingen 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 10 percent wordt verlaagd.

3.2. Verzoeker 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 bij e-mailbericht van 27 maart 2015 aan verzoeker medegedeeld zijn standpunt te handhaven.

3.3. Bij brief van 13 april 2015 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de verlaging van het PGB vv met 10 percent ongedaan te maken, en hem een vergoeding te verlenen op het niveau van het jaar 2014 (hierna: het verzoek).

3.4. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoeker het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoeker te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoeker aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

-  3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 25 augustus 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 september 2015 aan verzoeker gezonden.
-  3.6. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 14 september 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.7. Bij brief van 2 september 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 29 oktober 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015108276) de commissie medegedeeld zich te onthouden van advies, omdat de beoordeling van de hoogte van de tarieven niet op het terrein van het Zorginstituut ligt. Een afschrift van de brief van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
-  3.8. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 december 2015 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op de brief van het Zorginstituut.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker

-  4.1. Verzekerden 1 en 2 lijden beiden aan een ernstige aangeboren stofwisselingsziekte (glycogeenstapelingsziekte type 1A). Als gevolg daarvan zijn zij aangewezen op zorg gedurende 24 uur per dag. Deze zorg wordt verstrekt door zes hulpverleners (beide ouders, een broer en drie personen op basis van een arbeidsovereenkomst). Verzekerde 1 heeft een indicatie voor persoonlijke verzorging in klasse 6 (13 tot 15.9 uur per week) en verzekerde 2 in klasse 7 (16 tot 19.9 uur per week). Beide indicaties lopen van 29 juli 2013 tot en met 31 december 2015. Bij brief van 24 december 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld dat het PGB vv van verzekerden 1 en 2 met ingang van 1 januari 2015 met 10 percent wordt verlaagd. Door de budgetverlaging wordt verzoeker ernstig getroffen in de realisering van de zorg voor verzekerden 1 en 2. Hij kan minder zorg inkopen dan waarvoor zij zijn geïndiceerd. Het gereduceerde bedrag is niet voldoende om de werkzaamheden van de zorgverleners te bekostigen. De kans is dan ook groot dat deze hun werk voor verzekerden 1 en 2 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 10 percent op het budget is in strijd met de zorgplicht die de ziektekostenverzekeraar volgens artikel 11 Zvw heeft. Op basis van dit artikel hebben verzekerden 1 en 2 recht op zorg waaraan zij behoefte hebben. De hoeveelheid zorg waaraan zij behoefte hebben, 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 verzekerden 1 en 2 heeft geen individuele belangenafweging plaatsgevonden. Bij een juiste en evenredige afweging van de betrokken belangen en de geschetste omstandigheden van verzekerden 1 en 2, 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. In de eerste plaats volgt uit artikel 3.1 van de bestuurlijke afspraken dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker voor verzekerden 1 en 2 een PGB vv dient te verstrekken dat hem in staat stelt de geïndiceerde wijkverpleging van (niet-gecontracteerde) zorgaanbieders te betrekken. Voorts blijkt uit artikel 5.1 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, die op 31 december 2014 een geldig indicatiebesluit en een PGB vv voor verzorging hadden, zoals in onderhavig geval. 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, en uiterlijk tot en met 31 december 2015. Over een algemene budgetkorting van 10 percent is niets opgenomen in de bestuurlijke afspraken.

- 4.4. Het van toepassing zijnde 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar vermeldt evenmin iets over een budgetverlaging van 10 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 verzoeker aan hem 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). Verzoeker 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. 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 verzoeker, ondanks de budgetkorting van 10 percent, nog voldoende zorg kan inkopen voor verzekerden 1 en 2, in verhouding tot de gestelde indicatie.
- 4.6. Verzoeker vindt de termijn tussen de aankondiging van de budgetverlaging en de ingangsdatum hiervan te kort om andere afspraken met de zorgverleners van verzekerden 1 en 2 te kunnen maken. Niet eerder dan bij brief van 24 december 2014 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker geïnformeerd over de budgetverlaging, die is ingegaan op 1 januari 2015.
- 4.7. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat de zaak op gelijke wijze moet worden afgehandeld als de eerdere zaken. Het optreden van de ziektekostenverzekeraar is in die zin teleurstellend. De eerdere bindende adviezen zijn de ziektekostenverzekeraar toegestuurd, met de vraag het minnelijk te regelen. Hieraan is geen gevolg gegeven. Het overleg dat door de ziektekostenverzekeraar wordt genoemd, doet er niet aan af dat de tarieven niet hadden mogen worden verlaagd.
- 4.8. Verzoeker komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Het kabinet bezuinigt op de langdurige zorg in Nederland. Daarom is het PGB vv van verzekerden 1 en 2 met ingang van 1 januari 2015 verlaagd met 10 percent. In 2015 betaalt verzoeker hierover echter geen eigen bijdrage meer, en het verplicht eigen risico is niet op het PGB vv van toepassing. Het budget voor verpleging is in 2015 gelijk aan dat voor 2014. Het budget voor persoonlijke verzorging was in 2014 € 20.428,-- voor beide verzekerden gezamenlijk, en in 2015 is dat € 18.385,20.
- 5.2. De overgangsregeling geldt alleen voor natuurlijke personen. Dit is afgestemd met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Per Saldo. De maatregel van VWS bestaat eruit dat een korting van 10 percent wordt toegepast op de functie 'Persoonlijke Verzorging'. Klachten hierover kunnen worden ingediend bij VWS. De ouders van verzekerden 1 en 2 en hun broer kunnen aanspraak maken op de overgangsregeling. Tot 1 mei 2015 ontvangen zij een bedrag van

maximaal € 63,-- per uur, voor zover het budget dit toelaat. Vanaf 1 mei 2015 is dit bedrag € 20,-- per uur.

- 5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat alleen het budget voor verzorging is verlaagd. Er geldt geen eigen bijdrage of eigen risico. Tot de verlaging is besloten vanwege een kabinetsbesluit. In artikel 3 van de toepasselijke voorwaarden wordt verwezen naar het reglement. In artikel 9 van dit reglement is bepaald dat PGB-houders tot uiterlijk 31 december 2015 hun indicatie behouden. In de overgangsregeling wordt artikel 6 buiten toepassing verklaard. Dit artikel gaat over de hoogte van het PGB vv. Artikel 9 van het reglement betreft de indicatie en dit artikel is niet uitgesloten. In de eerdere bindende adviezen van de commissie ging het om een korting van 15 percent, terwijl de ziektekostenverzekeraar met 10 percent heeft gekort. Bovendien werd in de andere zaken ook op verpleging gekort, terwijl de ziektekostenverzekeraar alleen een korting op verzorging heeft toegepast.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op de artikelen 11 van de zorgverzekering en 8 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is de verlaging van het PGB vv onder de Zvw met 10 percent ongedaan te maken, en verzoeker 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 onder het kopje 'Zorgartikelen' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 3 van de 'Zorgartikelen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt:

"Omschrijving

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

Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben alleen recht op verzorging als er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:

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

Persoonsgebonden budget (pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U hebt hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in

het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er). Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in H.I artikel 2.4 en 2.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van medisch specialist

- voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar;
- voor medische specialistische verpleging thuis. De zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist.

Bijzonderheden

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

- 8.4. Artikel 6 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

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

De maximum uurtarieven zijn als volgt:

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

Voor de besteding van dit budget verwijzen wij naar artikel 8.11. (...)"

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

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

Voor formele zorgaanbieders kunt u maximaal het tarief onder 6.1 declareren. Voor zorg geleverd door natuurlijk personen geldt het door de minister van VWS vastgestelde maximum tarief, zoals opgenomen in de Algemene Maatregel van Bestuur op basis van artikel 13 lid 3 van de Zorgverzekeringswet, ter grootte van € 20,- per uur, onder voorbehoud van inwerkingtreding. (...)"

- 8.6. Artikel 9 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"9.1 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. (...)

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

9.5 De artikelen 3, 4, 5 (excl. 5.9, 5.10 en 5.11), 6 (excl. 6.2) en 7.7 zijn niet van toepassing als u onder deze overgangsbepaling valt. (...)"

- 8.7. De artikelen 3 van de zorgverzekering en 6, 8 en 9 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 3.9 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 verzoeker 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. 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.
Met ingang van 1 januari 2015 is de dekking van de zorgverzekering op dit punt uitgebreid. De stelling van verzoeker dat deze uitbreiding eenzijdig heeft plaatsgevonden en dat hij 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 verzoeker 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 hem echter niet aangevoerd.
Voor zover de stellingen ertoe strekken dat de wijziging niet had mogen plaatsvinden, valt niet in te zien welk doel verzoeker 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 verzekerden 1 en 2 in het geheel niet in aanmerking komen 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 voor persoonlijke verzorging vast te stellen op € 18.385,20 voor verzekerden 1 en 2 tezamen voor de gehele duur van de indicatie. Met betrekking tot het tarief voor verpleging is door de ziektekostenverzekeraar gesteld dat dit in 2015 niet is gewijzigd, hetgeen door verzoeker niet is bestreden, zodat de commissie dit als vaststaand aanneemt. Ten aanzien van het tarief voor persoonlijke verzorging wordt het volgende overwogen.

- 9.2. Verzoeker 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. De commissie merkt hierover op dat artikel 13a Zvw inderdaad (nog) niet is ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis heeft. Deze basis is namelijk te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw.
- 9.3. Noch 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. Verzoeker 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 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 hier kennis van 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. Zoals hiervoor is overwogen, is verzoeker contractueel gebonden aan het reglement en kan hetgeen hierin is opgenomen met betrekking tot de vergoeding hem worden tegengeworpen.
- 9.4. Artikel 6.1 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar bepaalt dat de vergoeding voor persoonlijke verzorging € 38,56 per uur bedraagt, en voor verpleging € 57,08 per uur, voor zover het professionele zorgverleners betreft. Artikel 9.5 van het reglement bepaalt evenwel dat artikel 6.1 niet van toepassing is in het geval een verzekerde valt onder de overgangsregeling. Deze overgangsregeling houdt volgens de artikelen 9.1 en 9.3 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 betreffende indicatie tot het einde van de geldigheid hiervan dan wel uiterlijk tot 31 december 2015 behoudt. Aangezien verzekerden 1 en 2 een PGB vv hadden vóór 1 januari 2015, en de indicatie eerst op 31 december 2015 afloopt, kan de ziektekostenverzekeraar hen de beperking in de hoogte van het te vergoeden tarief voor zover het genoemd tijdvak betreft niet tegenwerpen. Met ingang van de hernieuwde indicatiestelling zullen de maximale vergoedingen uit het reglement op verzekerden 1 en 2 van toepassing worden. Hierbij wordt nog opgemerkt dat de door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde vergoeding van totaal € 18.385,20 voor de commissie niet is te herleiden tot de bedragen die zijn genoemd in het reglement. In artikel 8.11 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar wordt voor zorg verleend door natuurlijke personen een maximale vergoeding genoemd van € 20,-- per uur. Een en ander is gebaseerd op een Algemene Maatregel van Bestuur, die zijn grondslag vindt in het eerder genoemde artikel 13a Zvw. Zolang dit artikel nog niet in werking is getreden, kan verzoeker ook nadat alle artikelen van het reglement op verzekerden 1 en 2 van toepassing zijn geworden niet aan deze maximering van de vergoeding per uur worden gehouden.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

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



Conclusie

- 
- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen onder 9.4 is overwogen.
- 
- 9.7. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.
- 
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen is overwogen onder 9.4.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.



Zeist, 16 december 2015,



J.A.M. Strens-Meulemeester

