



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), hoogte budget, informele zorgverleners
Zaaknummer : 201600994
Zittingsdatum : 31 augustus 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. P.J.J. Vonk)

(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 te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (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 VGZ Zuid-Limburgpakket 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 Herverzekeren Verplicht Eigen Risico Zuid Limburg is niet in geschil en blijft daarom 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). Bij brief van 7 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld het PGB-budget vast te stellen op totaal € 25.254,--, bestaande uit € 18.639,86 voor Persoonlijke Verzorging en € 6.614,14 voor Verpleging.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 1 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 18 mei 2016 aan verzoekster medegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling.
- 3.4. Bij brief van 25 mei 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv te verhogen tot het bedrag dat hieraan in het kalenderjaar 2015 was verbonden, te weten € 40.014,20 (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 5 juli 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 12 juli 2016 aan verzoekster gezonden.



3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 19 juli 2016 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.



3.8. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.



3.9. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.



3.10. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 augustus 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.



4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster



4.1. Verzoekster heeft een indicatie voor Persoonlijke Verzorging en Verpleging, en heeft hiervoor de beschikking over een PGB vv. De zorg wordt aan haar verleend door haar dochter, schoondochter en kleindochter. Haar dochter en schoondochter zijn sinds 1996 bij verzoekster in dienst, en haar kleindochter sinds 2006. Van de Belastingdienst heeft verzoekster vernomen dat zij voor haar zorgverleners premie dient af te dragen in het kader van de Werkloosheidswet (WW), de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering/Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WAO/WIA) en de Ziektewet (ZW).



4.2. In het kalenderjaar 2015 ontving verzoekster van de ziektekostenverzekeraar een PGB vv ter hoogte van totaal € 40.014,20. Met ingang van 1 januari 2016 is dit bedrag door de ziektekostenverzekeraar verlaagd naar € 25.254,--. Verzoekster kan hiermee de uurlonen van haar zorgverleners niet handhaven. Zij zal deze moeten verlagen en wellicht één of meer zorgverleners moeten ontslaan. Dan blijft er overigens nog zeer weinig over, omdat over het uurloon van € 23,-- nog 23 percent werkgeverslasten moeten worden betaald. Ook gaan hiervan nog het vakantiegeld en de vakantiedagen af, en moeten de zorgverleners voor dit bedrag in het weekend en op onregelmatige tijden werken.



Het bericht met betrekking tot de verlaging bereikte verzoekster te laat om de zorgverleners tijdig op de hoogte te brengen van de consequentie voor hun uurlonen. Verzoekster verwijst in dit kader naar een artikel van de belangenorganisatie Per Saldo, waarin wordt bepleit dat budgethouders twee maanden de tijd moeten krijgen om hun zorgovereenkomst bij te stellen aan de nieuwe tarieven. Verzoekster is van mening dat haar zorgverleners een eerlijke beloning moeten krijgen voor hun werk. Het maakt hierbij niet uit dat het gaat om familie. In Nederland bestaan veel familiebedrijven, waar familieleden het zelfde wordt uitbetaald als aan andere werknemers.



4.3. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij sinds de overgang naar de Zvw sterk naar beneden is gegaan in het budget. Zij ontvangt sinds 1996 zorg van haar familieleden. Het budget is nu verlaagd naar € 23,-- per uur. Zij heeft gewone zorgcontracten gesloten, en geen familiecontracten, en daarom blijft er van dit bedrag niets meer over om te betalen aan de zorgverleners. Zij moet het grootste deel afdragen. Nu heeft zij één zorgverlener moeten ontslaan.



Vanuit het PGB vv kon zij alle zorg krijgen die zij nodig had. Zo kon zij ook eens de boodschappen laten doen of de maaltijden laten verzorgen.

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

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. De ziektekostenverzekeraar beoordeelt de aanvraag voor een PGB vv binnen vier tot zes weken na de ontvangstdatum. De aanvraag van verzoekster is door de ziektekostenverzekeraar op 1 december 2015 ontvangen. Op 31 december 2015 is verzoekster telefonisch geïnformeerd over de toekenning van het PGB vv, en op 7 januari 2016 stuurde de ziektekostenverzekeraar haar een schriftelijke bevestiging van dit gesprek. De afhandeling van de aanvraag ligt daarmee binnen de gestelde termijn van zes weken.

5.2. Verzoekster heeft verwezen naar een artikel van de belangenorganisatie Per Saldo, waarin wordt bepleit dat budgethouders twee maanden de tijd zouden moeten krijgen om hun zorgovereenkomst bij te stellen aan de nieuwe tarieven. Hoewel het wellicht wenselijk is deze overbruggingstijd te krijgen, is deze mogelijkheid niet opgenomen in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster werkt met informele zorgverleners. Daarom is haar budget berekend aan de hand van het informele tarief, zoals vermeld in artikel 7.1 van het reglement. Zij heeft geen aanspraak op handhaving van de tarieven uit 2015.

5.3. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat in artikel 13 van de zorgverzekering de aanspraak op Verpleging en Verzorging in de vorm van zorg in natura is geregeld. In het artikel wordt ook de mogelijkheid van het PGB vv genoemd. Verwezen wordt naar het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Op 7 januari 2016 is aan verzoekster een PGB vv toegekend. Het totale budget is lager dan voorheen. Voor de besteding van het budget worden verschillende tarieven gehanteerd voor formele zorgverleners en informele zorgverleners. De familieleden van verzoekster hebben een beperking in het uurtarief tot € 23,--. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar een bindend advies van de commissie met nummer 201502413, waarin de commissie heeft overwogen dat het PGB vv niet is bedoeld als inkomensvoorziening.

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 artikel 10 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 is gehouden het PGB vv van verzoekster te verhogen tot het bedrag dat hieraan in het kalenderjaar 2015 was verbonden, namelijk € 40.014,20.

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 artikelen 11 tot en met 37 van de zorgverzekering.

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

"Omschrijving

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

Persoonsgebonden budget (PGB)

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

Wie mag de zorg verlenen

Verpleegkundig specialist, verpleegkundige en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er). Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website. (...)

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. (...)"

8.4. Artikel 5.1 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar bepaalt:

"5.1 Voor de vaststelling van de hoogte van uw pgb verpleging en verzorging gaan wij uit van de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd en de uren MSVT die door de medisch specialist zijn geïndiceerd."

8.5. Artikel 7.1 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

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

Informele zorgaanbieders zijn zorgaanbieders die:

*- een bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad zijn en/of;
(...)*

U kunt voor deze informele zorgaanbieders maximaal € 23,- per uur voor verpleging, verzorging en MSVT declareren. (...)"

8.6. Artikel 13 van de zorgverzekering en de artikelen 5.1 en 7.1 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

8.7. 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 was ten tijde van het geschil als zodanig niet bij wet geregeld.

8.8. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven.
De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

9. Beoordeling van het geschil

Ten aanzien van de zorgverzekering

9.1. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.

9.2. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster aanspraak heeft op het PGB vv. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de vraag naar de hoogte van het budget. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

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. Het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar 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. Verzoekster is, door het afsluiten en het met ingang van 1 januari 2016 stilzwijgend (laten) verlengen van de zorgverzekering, contractueel gebonden aan het reglement, zodat hetgeen hierin is opgenomen met betrekking tot de vergoeding haar kan worden tegengeworpen. Hetgeen door haar is aangevoerd met betrekking tot de hoogte van het tarief behoeft om die reden geen verdere bespreking.

9.4. Vast staat dat de zorgverleners van verzoekster op basis van het reglement moeten worden aangemerkt als informele zorgverleners, zodat verzoekster voor de door hen geleverde zorg maximaal € 23,- per uur mag declareren.
Verzoekster heeft een indicatie voor vijftien uren en dertig minuten Persoonlijke Verzorging per week en vijf uren en 30 minuten Verpleging per week. De hoogte van het toegekende budget van € 25.254,- is hierop gebaseerd. Verzoekster heeft geen aanspraak op een hoger budget, ten laste van de zorgverzekering.

- 9.5. Met betrekking van de stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar haar eerder had moeten mededelen dat het budget werd verlaagd, geldt dat het verzoek tot verlenging van het PGB vv eerst op 1 december 2015 door de ziektekostenverzekeraar is ontvangen en dat de beslissing op het verzoek op 31 december 2015 telefonisch aan verzoekster is medegedeeld. Van de termijn tussen de indiening van het verzoek en de beslissing daarop kan niet worden geoordeeld dat deze onredelijk lang is.
De overige door verzoekster aangevoerde stellingen, in het bijzonder ten aanzien van de arbeidsrechtelijke consequenties, leiden niet tot een andere uitkomst.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.6. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat het verzoek niet op basis van die verzekering kan worden toegewezen.

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, 14 september 2016,

P.J.J. Vonk