



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen N.V. Univé Zorg te Arnhem
Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), hoogte tarief formele zorgverlener
Zaaknummer : 201501446
Zittingsdatum : 10 februari 2016

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

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

N.V. Univé Zorg te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Univé Zorg Vrij Polis (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 Extra Zorg Polis Goed 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. Verzoekster heeft in het kader van het aan haar verstrekte persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) bij de ziektekostenverzekeraar declaraties ingediend in verband met de functie Persoonlijke Verzorging (hierna: de aanspraak). Bij ongedateerd vergoedingenoverzicht heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak slechts gedeeltelijk wordt ingewilligd, namelijk tot een bedrag van € 809,93.

3.2. Verzoekster is het niet eens met de hoogte van de vergoeding, en heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 4 mei 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

3.4. Bij brief van 7 oktober 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (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 3 december 2015 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 8 december 2015 aan verzoekster gezonden.
-  3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 10 december 2015 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 februari 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
-  3.8. Bij brief van 8 december 2015 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, lid 3, Zvw. Bij brief van 17 december 2015 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2015156635) de commissie medegedeeld zich te onthouden van advies, omdat de tarieven deel uitmaken van de voorwaarden van de zorgverzekering en los staan van de inhoud van de te verzekeren prestaties. Een afschrift van de brief van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
-  3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 10 februari 2016 telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op de brief van het Zorginstituut.
-  4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
-  4.1. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) heeft op 21 januari 2013 bij verzoekster een indicatie gesteld voor onder andere Begeleiding individueel Klasse 1 (0 tot 1,9 uur per week) en Persoonlijke Verzorging Klasse 6 (13 tot 15,9 uur per week), met als einddatum 10 januari 2028. Hiervoor is aan haar een PGB vv ten laste van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verstrekt. Met ingang van 1 januari 2015 is de uitvoering van het PGB vv overgedragen aan de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft daarom bij de ziektekostenverzekeraar declaraties ingediend voor de aan haar verleende zorg door een natuurlijk persoon en een formele zorgverlener.
-  4.2. Voor de zorg verleend door een formele zorgverlener hanteert de ziektekostenverzekeraar een maximumtarief van € 38,56 per uur. Uit navraag bij de ziektekostenverzekeraar blijkt dit tarief te zijn opgenomen in het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015'. Dit reglement is verzoekster eerst bekend geworden nadat zij de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering had afgesloten. Op de aan verzoekster verstrekte vergoedingenoverzichten is niets terug te vinden over een maximumtarief. Verzoekster is gebleken dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een tariefbeschikking heeft opgesteld met nummer TB/CU-7098-01, waarin een maximumtarief wordt genoemd van € 51,41 per uur. De formele zorgverlener die verzoekster heeft ingeschakeld, rekent een uurtarief van € 41,20, hetgeen ruim onder het maximumtarief ligt dat door de NZa wordt genoemd. Verzoekster is van mening dat de ziektekostenverzekeraar dient uit te gaan van het tarief van de NZa, en haar niet kan houden aan de tarieven die zijn genoemd in het reglement. Een beperking van de tarieven in het reglement verdraagt zich bovendien niet met de aard van het PGB vv, waarbij een jaarbudget wordt verstrekt waarbinnen de zorg moet worden ingekocht. Aangezien verzoekster zich aan het jaarbudget houdt, kunnen de maximumtarieven van het reglement haar niet worden tegengeworpen.
-  4.3. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar een reglement hanteert dat niet op een bestaand wetsartikel is gebaseerd.
-  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. In januari 2015 zijn zowel de nota's van de natuurlijk persoon als die van de formele zorgverlener bij wijze van coulance volledig aan verzoekster vergoed. Vanaf februari 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar de in het reglement genoemde maximumtarieven strikt gehanteerd. Voor de zorg verleend door een natuurlijk persoon is een overgangsregeling getroffen, zodat de door deze in rekening gebrachte zorg tot 1 januari 2016 tot een bedrag van € 63,-- per uur wordt vergoed. Voor de formele zorgverlener geldt een dergelijke overgangsregeling niet. Hiervoor geldt een maximumtarief van € 38,56 per uur. Een en ander is geregeld in het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2015', dat vanaf oktober 2014 is te raadplegen via de website van de ziektekostenverzekeraar.
- 
- 5.2. De door verzoekster genoemde tariefbeschikking van de NZa leidt niet tot een andere beslissing. De NZa hanteert andere tarieven, waaraan een zorgverzekeraar zich niet hoeft te houden. In artikel 1.2 van het reglement staat dat artikel 13a Zvw de grondslag is voor het toekennen van het PGB vv. Dit artikel bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar nadere voorwaarden kan stellen voor de toegang tot het PGB vv. Deze voorwaarden zijn gesteld in het reglement. Hoewel artikel 13a Zvw uiteindelijk niet in de Zvw is opgenomen, blijft het reglement van kracht. Hiermee bevordert de ziektekostenverzekeraar een eenduidige beoordeling en bekostiging van de PGB-aanvragen en -declaraties.
- 
- 5.3. In reactie op een vraag hiernaar door de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat artikel 5.1 van het reglement, waarin de vaststelling van de hoogte van het PGB is geregeld, weliswaar is uitgesloten in artikel 8 van het reglement voor verzekerden die vallen onder de overgangsregeling, maar dat dit niet geldt voor artikel 7.11 van het reglement, dat betrekking heeft op de besteding van het budget, de declaratie en vergoeding van de zorg. De in het reglement genoemde maximumtarieven voor formele zorgverleners zijn daarom onverkort van toepassing.
- 
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat de commissie in een eerdere zaak een uitspraak heeft gedaan over een overgangsregeling. Het verzoek is toen toegewezen, en de verwachting is dat dit ook in deze zaak zal gebeuren. Daarom is besloten het bedrag van € 983,40 dat voor eigen rekening is gebleven, na te betalen.
- 
- 5.5. 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 gehouden is de aanspraak alsnog volledig in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 
- 
- 
- 



8. Beoordeling van het geschil



8.1. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft toegezegd het bedrag van € 983,40 dat voor rekening van verzoekster is gebleven, aan haar te vergoeden. Verzoekster heeft desgevraagd verklaard dat hiermee het geschil is opgelost.



8.2. Aangezien het verzoek eerst ter zitting is opgelost, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.



9. Het bindend advies



9.1. De commissie stelt hetgeen onder 8.1 is overwogen vast.

9.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden het entreegeld van € 37,--.

Zeist, 2 maart 2016,



A.I.M. van Mierlo

