



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM DSW Zorgverzekeraar
U.A. te Schiedam

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), aantal geïndiceerde uren, hoogte uurtarief

Zaaknummer : 201601318

Zittingsdatum : 26 oktober 2016

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

(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, vertegenwoordigd door C te B,
tegen

OWM DSW Zorgverzekeraar U.A. te Schiedam, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Top 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. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op verhoging van het persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) naar 26,25 uren per week. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker medegedeeld de hoogte van het PGB vv te stellen op 14,5 uren per week.

3.2. Verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 9 november 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld het PGB vv in te trekken, zodat verzoeker is aangewezen op zorg in natura.

3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 23 november 2015 nogmaals verzocht om heroverweging. De ziektekostenverzekeraar heeft, na een gesprek met verzoeker, besloten een huisbezoek te laten plaatsvinden door een andere wijkverpleegkundige. Deze heeft een indicatie gesteld voor 11,5 uren Persoonlijke Verzorging per week. Bij brief van 6 april 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld een PGB vv conform deze indicatie toe te kennen, met terugwerkende kracht tot 27 mei 2015.

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

3.5. Bij brief van 19 juli 2016 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is (i) het PGB vv toe te kennen op basis van 26,25 uren per week, en (ii) hierbij niet de beperking in het uurtarief tot € 19,69 te hanteren (hierna: het verzoek).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 2 september 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 6 september 2016 aan verzoeker gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoeker heeft op 19 september 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 oktober 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. 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.
- 3.10. 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.
- 3.11. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 26 oktober 2016 telefonisch gehoord.
- 3.12. Na de hoorzitting zijn partijen in de gelegenheid gesteld met elkaar overleg te voeren, met het oog op het bereiken van overeenstemming. Bij brief van 3 november 2016 heeft verzoeker medegedeeld dat het overleg tussen partijen heeft geleid tot een oplossing.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoeker
- 4.1. De behandelend POH-GGZ arts heeft op 18 november 2014 ten aanzien van verzoeker verklaard: *"Bovenstaande cliënt is al enige tijd bij mij in zorg, het betreft een man van Hindoestaanse kom af en woont sinds 1973 in Nederland. Cliënt is chronisch verslaafd aan methadon en heroïne. Door middel van diverse afkick programma's is getracht cliënt van zijn verslaving af te helpen helaas zonder resultaat. Nu doemt zich het probleem op dat cliënt ook cognitief achteruit gaat en is er daarnaast ook sprake van lichamelijke achteruitgang. Cliënt is getrouwd met een 65 jarige vrouw, die ook kampt met reuma en onvoldoende in staat is om haar man te verzorgen. Er is onvoldoende onderbouwing om hem naar de specialistische GGZ door te verwijzen omdat elk behandeldoel wat ooit is uit gezet is mislukt vandaar dat cliënt onder zorg blijft binnen de huisartsenpost. Cliënt is niet in staat om zelfstandig problemen op te lossen en zelfstandig besluiten te nemen ten gevolg hier van is cliënt zorgafhankelijk. Ik zie graag dat cliënt zo lang mogelijk in zijn eigen thuissituatie kan verblijven aangezien een uithuisplaatsing niets zal doen aan de onderliggende problematiek. (...)".*
- 4.2. De huisarts heeft ten aanzien van verzoeker verklaard: *"(...) [Verzoeker] vertoont claimedrag. Hij wil alles op zijn manier, en anders wordt hij boos, raakt in paniek of kruipt in zijn schulp van angst en dan krijg je geen contact meer met hem. Als [verzoeker] het gevoel heeft dat hij iets moet doen dan blokkeert hij. (...) [Verzoeker] is bang om alleen te zijn. Ook in huis moet hij iemand bij zich hebben. Zijn vrouw mag niet naar bv. het toilet als [verzoeker] dan alleen binnen is. Zelfs niet als hij bv. tv aan het kijken is. (...) [Verzoekers] grove en fijne motoriek lopen ver achter. Alles gaat op [verzoekers] tempo en die is heel traag. Als iets te snel gaat wordt hij gespannen en wordt boos, koppig, gaat huilen. [Verzoeker] loopt aan de hand met een loop stok. (...) [Verzoeker] heeft moeite met lezen, schrijven en kleuren herkennen, hierbij heeft hij hulp nodig. [Verzoeker] is voor*

buitenstaanders niet verstaanbaar. Hij praat op zijn eigen manier en heeft standaard zinnen die hij vaak herhaal[t]. [Verzoeker] beantwoord[t] vragen stelselmatig met NEE. (...) Om u een nog beter inzicht te geven in de dagelijkse zorg voor [verzoeker] volgt onderstaand nog een beschrijving van de ochtend van een doordeweekse dag. [Verzoeker] wakker maken. Uit bed halen. Hem helpen met handen op de rug naar het toilet te gaan. Vervolgens keuzes maken met aankleden. Alles moet wel in de volgorde die hij bepaal[t]. Dat is zijn structuur en biedt hem veiligheid. (...) Vervolgens komt het ontbijt. [Verzoeker] wordt verteld dat hij aan tafel moet gaan zitten. Dat wil hij niet dus wordt hij begeleid(...) naar zijn (speciale) stoel aan tafel zodat hij kan eten. De boterham wordt voor [verzoeker] gesmeerd en de melk wordt ingeschonken. [Verzoeker] moet begeleid worden tijdens het eten omdat hij anders niet eet en drinkt. Hij blijft dan passief zitten. Vervolgens wordt hij erop gewezen dat hij onder toezicht zijn medicatie inneemt. (...)"

- 4.3. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging' ingediend en hierop, voor zover hier van belang, het volgende vermeld: *"Mijn zoon is mijn persoonlijke verzorger. Hij dient te weten hoe hij [mij] exact moet neerzetten op bed op het moment dat het nodig is. Doordat ik veel pijn lijdt(...) moet hij precies weten te handelen als ik dagelijks geholpen moet worden als ik bijvoorbeeld bevuild ben of als ik in de badkamer hulp nodig heb bij het douchen. In mijn heup en arm heb ik zodanig veel pijnen dat mijn zorgverlener ervaring heeft met mijn helpende behoeftes zoals helpen met draaien, opstaan, zitten enzovoorts. Mijn zoon heeft 4 1/2 [uur] voor Stichting (...) gewerkt. Hij is competent en een vertrouwend persoon die de verzorging regel[t] en uitvoer[t] in de praktijk. (...)"*
- 4.4. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 15 juni 2015 verklaard: *"De heer woont samen met zijn vrouw en jongste zoon in een flatappartement. De echtgenote van de heer is ook bekend met reumatoïde artritis en kan niet voor haar man zorgen. Het echtpaar heeft in totaal 4 kinderen waar van de jongste zoon thuis woont en neemt de zorg van zijn ouders voor zich, andere kinderen wonen buiten [plaats] en hebben het druk met hun werk en gezin waardoor ze weinig kunnen helpen in de zorg van de ouders. Er is weinig contact met burens en vrienden opgebouwd door de persoonlijke problemen binnen het gezin. (...) De heer heeft 3 medicatie toedien momenten op een dag, waarvan [het] merendeel bestaat uit verschillende pijn medicamenten en methadon. (...) De heer geeft aan continue pijn klachten te ervaren, voelt zich afwezig, kan niet veel doen, weet niet wat hij moet doen. De heer is 40 jaar lang verslaafd geweest aan heroïne en merkt nu de gevolgen ervan. De heer geeft aan dat hij moeilijk kan concentreren, heeft geen sociale contacten. (...) De heer is incontinent van urine, neemt aandrang van een volle blaas niet waar. De heer heeft obstipatie klachten. (...) De heer is niet in staat om zelfstandig de zelfzorg activiteiten uit te voeren en is afhankelijk van anderen. Door lichamelijke beperkingen is de heer niet in staat om lange afstanden te lopen en maakt in huis gebruik van de rollator om te mobiliseren. Door kracht verlies in armen en pijn door het hele lichaam is de heer beperkt in de algemene dagelijkse levensactiviteiten. (...) De heer is bekend met cognitieve achteruitgang (2014 diagnose cognitieve stoornis) en is niet in staat om zelfstandig problemen op te lossen en zelfstandig besluiten te nemen. (...)"*. De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld van 26,25 uren per week.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker een PGB vv toegekend voor 11,5 uren per week. Hij baseert zich hierbij op een indicatiestelling van een andere wijkverpleegkundige. Verzoeker is het echter niet eens met de inhoud van het door deze wijkverpleegkundige opgestelde zorgplan. Voor ondersteuning bij de persoonlijke verzorging, waaronder het wassen, wordt een tiental minuten per dag toegekend. Hierbij wordt opgemerkt dat dit een indicatie betreft voor de ochtend. Verzoeker doucht echter minimaal twee keer per dag (zowel 's ochtends als 's avonds), en de hiermee gemoeide tijd bedraagt twintig minuten per keer. Verzoeker kan niet zelfstandig douchen, zodat zijn zoon hem moet wassen, afdrogen en weer aankleden. Aangezien verzoeker incontinent is, is het ten minste twee maal daags douchen vanuit hygiënische overwegingen noodzakelijk. In het zorgplan is geen tijd toegekend voor de ondersteuning bij de maaltijden. Dit is onterecht, aangezien verzoeker niet in staat is een maaltijd te bereiden en te nuttigen, evenals het doen van de boodschappen, het dekken van de tafel, het weer afruimen en het afwassen. De hulp die hij hierbij nodig heeft, komt op ongeveer een half uur per dag.

In het zorgplan wordt voor de hulp bij de toiletgang driemaal vijf minuten genoemd. Vanwege de incontinentieproblemen is echter sprake van een frequenter bezoek, namelijk minimaal zes keer per dag.

Indien wordt uitgegaan van de extra zorg die dagelijks aan verzoeker wordt gegeven, is het door de ziektekostenverzekeraar toegekende aantal uren van 11,5 per week te laag vastgesteld.

- 4.6. De ziektekostenverzekeraar gaat er bij de vergoeding van uit dat door de zoon van verzoeker een uurtarief wordt gehanteerd van € 19,69. Dit bedrag is echter de toevallige uitkomst van de rekensom die wordt gemaakt, indien het beschikbare PGB-budget over de periode van 27 mei 2015 tot en met 31 december 2015 wordt gedeeld door het daadwerkelijke aantal uren zorg dat de zoon van verzoeker aan hem heeft verleend. De declaratie blijft hiermee binnen het toegekende budget. De ziektekostenverzekeraar mag daarom niet uitgaan van dit uurtarief bij het vergoeden van de declaraties.
- 4.7. Ter zitting is door verzoeker aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt mede heeft gebaseerd op omstandigheden zoals deze in het verleden hebben plaatsgevonden. Hoezeer deze handelwijze de schoonheidsprijs niet verdient, is er ook een voorfase geweest, de bekende 'kastje-muur' situatie. Als er enige invloed vanuit het verleden is, vindt verzoeker dit niet juist. De declaratie waarom het gaat is binnen het budget gebleven. Er zijn wel meer uren gedeclareerd. De zorgverlener heeft in 2015 zorg verleend in een urenomvang die in lijn was met eerdere indicaties, maar achteraf niet in lijn met de indicatie van 11,5 uur per week. De eerdere indicaties waren hoger. Verzoeker wist pas in 2016 dat er een lagere indicatie was gesteld. Hij heeft een rekensom uitgevoerd, waarbij hij het aantal reëel uitgevoerde uren zich heeft laten verhouden tot het budget. Het ging om het totale budget in combinatie met het aantal uren. Dit heeft tot een willekeurig uurtarief geleid, en een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft aan de hand van de berekening van verzoeker geoordeeld dat het uurtarief € 19,69 was. Als dit wordt vermenigvuldigd met het aantal uren, ligt het in rekening te brengen tarief in werkelijkheid aanzienlijk hoger. Het gaat om een toevallige uitkomst. In de periode vóór mei 2015 was een grotere urenomvang geïndiceerd, met een hoger uurtarief. Verzoeker vindt het niet redelijk dat dit uurtarief als maximum wordt gehanteerd.
- 4.8. Verzoeker heeft bij brief van 3 november 2016 medegedeeld dat hij nader overleg heeft gehad met de ziektekostenverzekeraar, hetgeen heeft geleid tot een oplossing.
5. Het standpunt van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. De wijkverpleegkundige die door verzoeker is ingeschakeld, heeft een indicatie gesteld voor Persoonlijke Verzorging van 26,25 uren per week, voor de duur van vijf jaar. Hierop is met de zoon van verzoeker een zogenoemd "Bewust Keuze Gesprek" gevoerd. Tijdens dit gesprek heeft de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat zij de gestelde indicatie te hoog achtte. Na het gesprek met de zoon van verzoeker, heeft de adviserend verpleegkundige contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige. Deze deelde tijdens het betreffende telefoongesprek mede dat hij de indicatie onder druk van de zoon van verzoeker te hoog had vastgesteld. Hij trok de gestelde indicatie daarom tijdens het telefoongesprek in. Daarop is opnieuw contact geweest met de zoon van verzoeker, en is hem verzocht een nieuwe indicatiestelling te laten uitvoeren. De zoon van verzoeker deelde mede deze 'second opinion' te zullen regelen. Op 3 juni 2015 ontving de ziektekostenverzekeraar een nieuwe indicatiestelling van een andere wijkverpleegkundige, wederom voor 26,25 uren per week en voor de duur van vijf jaar. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch contact opgenomen met deze wijkverpleegkundige, die tijdens het gesprek toelichtte dat hij de indicatie had gebaseerd op de somatische en psychische klachten van verzoeker. Nadat de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar had medegedeeld dat alleen dient te worden uitgegaan van de somatische klachten, heeft de wijkverpleegkundige de indicatie naar beneden bijgesteld tot 14,5 uren per week. Door de ziektekostenverzekeraar is daarop goedkeuring voor een PGB vv afgegeven voor de duur van een jaar, tot 14,5 uren per week, met als ingangsdatum 27 mei 2015.

- 5.2. Op 12 augustus 2015 heeft verzoeker een verzoek om heroverweging ingediend. Op 27 augustus 2015 werd een medewerkster van de afdeling Bijzonder Onderzoek gebeld door iemand die vertelde dat hij Jan de Groot heette, en werkzaam was bij Tros Radar. Deze vertelde dat Tros Radar op dat moment bij verzoeker thuis aan het filmen was, en dat hij graag een reactie van de ziektekostenverzekeraar wilde ontvangen op de stelling dat deze zich niet houdt aan de wet- en regelgeving, door op eigen initiatief gestelde indicaties naar beneden bij te stellen. In de woning van verzoeker waren op dat moment volgens de heer De Groot diverse gedupeerden aanwezig, waaronder twee verzekerden van de ziektekostenverzekeraar. Het viel de medewerkster van de ziektekostenverzekeraar op dat de heer De Groot met een buitenlands accent sprak. Toen zij mededeelde dat zij het dossier zou opzoeken en daarna zou terugbellen, kreeg zij het telefoonnummer van verzoeker. De heer De Groot vertelde ook een e-mailwisseling te zullen doorsturen. Deze e-mailwisseling werd ontvangen van het e-mailadres van de zoon van verzoeker. Navraag bij Tros Radar leerde dat hier geen Jan de Groot werkzaam is, terwijl ook geen item over de ziektekostenverzekeraar dan wel wijkverpleging bekend was. De afdeling Bijzonder Onderzoek heeft hierna diverse malen telefonisch contact opgenomen met verzoeker teneinde een huisbezoek in te plannen, bij wijze van dossiercontrole. Gelet op artikel 4.9 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar is verzoeker gehouden hieraan mee te werken. Vanwege de misleiding door de zoon van verzoeker en het feit dat verzoeker niet meewerkte aan een huisbezoek, heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 9 november 2015 aan verzoeker medegedeeld het PGB vv met terugwerkende kracht tot 27 mei 2015 in te trekken, zodat hij is aangewezen op zorg in natura.
- 5.3. Op 26 januari 2016 heeft een gesprek plaatsgevonden tussen verzoeker, zijn zoon, de gemachtigde en enkele medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Bij die gelegenheid heeft de zoon van verzoeker zijn excuses aangeboden voor zijn gedrag. Besloten is verzoeker alsnog een PGB vv toe te kennen, mits een nieuwe indicatiestelling zou plaatsvinden door een andere wijkverpleegkundige. Op 10 maart 2016 heeft de betreffende wijkverpleegkundige met verzoeker een gesprek gevoerd ten behoeve van de indicatiestelling. De wijkverpleegkundige heeft vervolgens een indicatie gesteld voor 11,5 uren per week. Aan verzoeker is op basis van dit aantal uren een PGB vv toegekend, met terugwerkende kracht tot 27 mei 2015 en tot het door de zoon van verzoeker genoemde uurtarief van € 19,69.
- 5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat de indruk dat de afwijzing is ingegeven door discussies uit het verleden onjuist is, want er heerst geen onvrede. Het uurtarief van € 19,69 is wel het gevolg van de eerdere gang van zaken. Ten aanzien van de declaratie van 6 april 2016 geldt dat een indicatie is afgegeven van 11,5 uur met een maximum budget. Dit moet worden gezien als een maximum, en er wordt ook rekening gehouden met een maximaal door een zorgverlener in rekening te brengen uurtarief. Professionals kennen een veel hoger uurtarief dan informele zorgverleners. In dit geval is het budget als uitgangspunt genomen om uren in rekening te brengen, en dit is de omgekeerde volgorde. Er had 11,5 uur gedeclareerd mogen worden. Het komt wel vaker voor dat mensen feitelijk meer uren zorg verlenen, maar dit betekent niet dat deze uren ook in rekening kunnen worden gebracht. Het uurtarief van € 19,69 was inderdaad de som, maar daar houdt de ziektekostenverzekeraar verzoeker niet aan vast. Als er een hoger uurtarief wordt gerekend, mag dat ook, zolang het maar binnen het budget blijft. Het maximum voor een informele zorgverlener is € 23,--.
6. De bevoegdheid van de commissie
- 6.1. Gelet op de artikelen 14 van de zorgverzekering en 13 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 (i) of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv hoger vast te stellen dan op basis van 11,5 uren per week en (ii) of verzoeker het uurtarief van € 19,69 kan worden tegengeworpen.



8. Beoordeling van het geschil

- 8.1. De commissie stelt vast dat partijen onderling overleg hebben gevoerd, en dat verzoeker bij brief van 3 november 2016 heeft verklaard dat met de ziektekostenverzekeraar overeenstemming is bereikt, zodat het geschil is opgelost en geen verdere bespreking behoeft.



9. Het bindend advies



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

Zeist, 23 november 2016,



P.J.J. Vonk

