



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen De Friesland
Zorgverzekeraar N.V. en De Friesland Particuliere
Ziektekostenverzekeringen N.V., beide te Leeuwarden

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), teveel
gedecclareerde uren, terugvordering

Zaaknummer : 201502670

Zittingsdatum : 22 juni 2016



Geschillencommissie Zorgverzekeringen (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, art. 6:203 BW)

1. Partijen



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

- 
- 1) De Friesland Zorgverzekeraar N.V. te Leeuwarden, en
 - 2) De Friesland Particuliere Ziektekostenverzekeringen N.V. te Leeuwarden,
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 basis van de Alles Verzorgd 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 AV Extra 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 AV Tand Standaard 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 declaraties ingediend in verband met de aan haar verleende zorg in het kader van een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Deze kosten zijn door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster vergoed. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster nadien telefonisch medegedeeld dat hij bij haar een bedrag van € 1.535,-- terugvordert in verband met teveel gedeclareerde uren.
- 
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 23 september 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 21 december 2015 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 1.535,-- niet bij haar mag vorderen (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 februari 2016 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 15 februari 2016 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 13 maart 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 april 2016 schriftelijk medegedeeld eveneens 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 22 juni 2016 telefonisch gehoord.
- 3.11. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld toe te lichten met wie het Bewust Keuze Gesprek is gevoerd. Bij brief van 27 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn reactie gestuurd, met hierbij gevoegd een afschrift van het verslag van het betreffende gesprek. Verzoekster is in de gelegenheid gesteld hierop te reageren, hetgeen zij bij brief van 29 juni 2016 heeft gedaan. Een afschrift van deze brief is ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster is onder andere bekend met de ziekte van Alzheimer. Aan haar is, op basis van de indicatie gesteld door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), een PGB vv verstrekt met een looptijd van 1 januari 2015 tot en met 31 december 2015. Omdat de situatie van verzoekster verslechterde en zij meer uren zorg nodig had, is door de wijkverpleegkundige op 12 mei 2015 een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend voor uitbreiding van de uren, namelijk naar zeven uren Verpleging per week, en vijftien uren en vijfenveertig minuten Persoonlijke Verzorging per week, met een ingangsdatum van 17 juni 2015 en een einddatum van 17 november 2015. Deze aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar gehonoreerd. Hierbij is een ingangsdatum gekozen van 18 juni 2015. Intussen bleek echter dat verzoekster was aangewezen op een PGB vv ten laste van de Wet langdurige zorg (Wlz), zodat hiervoor een aanvraag is gedaan bij het CIZ. Deze aanvraag is toegekend met ingang van 18 augustus 2015. Op 26 augustus 2015 ontving verzoekster een brief van de ziektekostenverzekeraar met de mededeling dat het PGB vv ten laste van de Zvw met ingang van 17 augustus 2015 was beëindigd. Telefonisch vernam verzoekster van de ziektekostenverzekeraar dat zij teveel uren had gedeclareerd, zodat een bedrag van € 1.535,-- wordt teruggevorderd. Deze terugvordering is gebaseerd op de artikelen 11.6 en 11.7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar.

- 4.2. Tot de hernieuwde indicatiestelling op 18 juni 2015 was geen sprake van een beperking in het aantal uren, maar slechts van een beperkt budget. Verzoekster werd eerst op 26 augustus 2015 ermee bekend dat er vanaf 18 juni 2015 een beperking in uren van toepassing was. Op dat moment waren de kosten voor de zorg al gemaakt en gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. Het besteedbaar bedrag is met de declaraties niet overschreden. De noodzakelijke zorg is bij beschikking van 22 juni 2015 geïndiceerd, en hiervan is verzoekster uitgegaan. Indien de ziektekostenverzekeraar pas twee maanden later mededeelt dat er een verandering is, is het onmogelijk dan nog de noodzakelijke maatregelen te treffen.
- 4.3. De aanvraag voor uitbreiding van uren ten laste van de Zvw en later de aanvraag voor een PGB vv ten laste van de Wlz, hebben tevens te maken met het aantal uren dat de echtgenoot van verzoekster zorg aan verzoekster verleent, namelijk 544 uren per maand. In verband met de recent bij hem gestelde diagnose Reumatoïde Artritis (RA) is het niet langer verantwoord dat hij op dezelfde basis zorg verleent aan verzoekster. Deze zorg bestaat onder andere uit het helpen bij het opstaan, wassen, het toedienen van insuline en medicatie, de verzorging van benen en voeten en het aantrekken van steunkousen. Behalve door de echtgenoot van verzoekster, wordt deze zorg aan haar verleend door haar dochter, schoondochter en twee professionele zorgverleners.
- 4.4. Ter zitting is namens verzoekster verklaard dat tot en met 26 augustus 2015 nimmer is gesproken over het aantal uren, maar alleen over bedragen. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de uren tijdens het Bewust Keuze Gesprek wel zijn benoemd, maar dit kan verzoekster zich niet herinneren. Zij heeft ook geen schriftelijke bevestiging van het bewuste gesprek gekregen.
- 4.5. Bij brief van 29 juni 2016 heeft verzoekster benadrukt dat zij zich het Bewust Keuze Gesprek niet kan herinneren. Duidelijk is dat indien in het betreffende gesprek de urenregeling zou zijn besproken, verzoekster hierop adequaat had gehandeld. In dat geval had zij direct de declaraties aangepast. Jarenlang is echter met geen woord gerept over de urenregeling. Verzoekster is daarom uitgegaan van het beschikbare budget, en heeft op basis hiervan gedeclareerd. De opmerking van de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster nogal fors heeft gedeclareerd, is beledigend. In de genoemde periode maakte verzoekster een hectische tijd door met roerige nachten, vakantie van hulpen, etcetera.
- 4.6. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. Verzoekster heeft op 22 juni 2015 van de ziektekostenverzekeraar een toekenningsverklaring ontvangen voor het PGB vv met een looptijd van 18 juni 2015 tot en met 17 november 2015, waarbij een maximum aantal te declareren uren van 497 is vermeld en een totaalbedrag van € 16.940,93. Met ingang van 17 augustus 2015 is een indicatie afgegeven door het CIZ voor een PGB vv ten laste van de Wlz, zodat het PGB vv ten laste van de Zvw met ingang van die datum is beëindigd. Op 26 augustus 2015 is aan verzoekster een aangepaste toekenningsverklaring gestuurd, waarop is vermeld dat over de periode van 18 juni 2015 tot en met 16 augustus 2015 recht bestaat op een maximum van 195 te declareren uren, met een totaalbedrag van maximaal € 6.643,50. Verzoekster heeft over deze periode echter 297 uren en 20 minuten zorg gedeclareerd, met een totaalbedrag van € 4.672,56. Dit is een overschrijding van 102 uren en 20 minuten. De zorgverleners van verzoekster krijgen een uurtarief van € 15,--. Daarom bedraagt de terugvordering € 1.535,-- (102 uren en 20 min x € 15,--).
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoekster vanwege haar persoonlijke omstandigheden meer uren zorg heeft ingekocht, maar gelet op artikel 11.6 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar kan alleen een vergoeding worden verleend voor uren zorg die in lijn zijn met de indicatiestelling, het budgetplan en de toekenningsverklaring, tot maximaal de hoogte van het toegekende PGB vv. Verder staat in artikel 11.7 van genoemd reglement dat de verzekerde alleen zorg kan declareren die is geleverd binnen

de looptijd van het PGB vv, dat wil zeggen tot en met 16 augustus 2015. De declaraties van verzoekster hebben evenwel betrekking op de hele maand augustus.

5.3. Verzoekster heeft al enige jaren een PGB vv. Ten tijde van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) waren de geïndiceerde uren minder van belang. Op basis van de indicatie werd een bedrag als voorschot verstrekt, waarmee AWBZ-zorg kon worden ingekocht. Ook ten tijde van de overgangsregeling - dus tot 18 juni 2015 - was het aantal uren zorg niet relevant. Eerst met ingang van de hernieuwde indicatiestelling op 18 juni 2015 werd het aantal uren van belang. Deze verandering is telefonisch besproken met de echtgenoot van verzoekster, en staat op de zogenoemde "informatiekaart" die met hem is doorgenomen. Ook op de toekenningsverklaring staan het aantal uren en het maximale budget. Onderaan de verklaring staat: *"Let op: U mag niet meer uren uitgeven dan op deze toekenningsverklaring is vermeld bij 'Totaal'"*.

5.4. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar verwezen naar het Bewust Keuze Gesprek. Hierbij is de informatiekaart doorgenomen en is het uren criterium besproken. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding voor een coulancevergoeding. Er is nu een - hogere - Wlz-indicatie van 72 uren. In één maand zijn ten laste van de zorgverzekering 225 uren gedeclareerd.

5.5. Bij brief van 27 juni 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat het Bewust Keuze Gesprek een vaste structuur kent. Onderdeel van het gesprek is het doornemen van de informatiekaart met de verzekerde. Uit de aantekeningen van de zorginhoudelijk medewerker blijkt dat de informatiekaart is doorgenomen, en ook in het vragenformulier is dit expliciet genoemd. Uit de context van de aantekeningen blijkt ook dat het gesprek is gevoerd met de echtgenoot van verzoekster.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 2.12 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 het bedrag van € 1.535,-- voor te veel gedeclareerde uren van verzoekster mag vorderen.

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 combinatiepolis, zodat de verzekerde voor bepaalde zorg is aangewezen op gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders en voor andere zorg kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op (vergoeding van) zorg of diensten is geregeld in de artikelen 3.1 tot en met 3.24 van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 3.21 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging zonder verblijf bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"Inhoud zorg

U heeft recht op zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden, zonder dat sprake is van een opname zoals bedoeld in artikel 3.19. Deze zorg moet noodzakelijk zijn in verband met de behoefte aan of een hoog risico op geneeskundige zorg op grond van deze basisverzekering, met uitzondering van kraamzorg. Tot deze zorg behoort niet alleen de zorgverlening, maar ook het coördineren, signaleren, coachen (bijvoorbeeld ondersteuning bij zelfmanagement) en individuele, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. (...)

Persoonsgebonden budget

In plaats van recht op zorg kunt u desgevraagd ook kiezen voor een persoonsgebonden budget (pgb) voor verpleging en verzorging zoals bedoeld in dit artikel. In dat geval koopt u zelf de benodigde zorg in en vergoeden wij achteraf de kosten van de zorg (restitutie). Hieraan zijn echter wel bepaalde voorwaarden verbonden. Deze vindt u in het Reglement PGB Verpleging en Verzorging. Dit reglement is onderdeel van deze verzekeringsvoorwaarden en kunt u raadplegen op onze website. Ook kan dit reglement u op uw verzoek worden toegestuurd."

- 8.4. De artikelen 11.6 en 11.7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luiden:

"11.6 De Friesland vergoedt alleen de verleende zorg die in lijn is met de indicatiestelling, het budgetplan en de toekenningsverklaring, tot maximaal de hoogte van het toegekende PGB. U mag wel meer uren verpleging of meer uren verzorging declareren dan geïndiceerd, maar wij vergoeden over de periode van toekenning niet meer uren zorg dan over deze periode in totaal zijn geïndiceerd voor verpleging en verzorging samen.

11.7 U kunt alleen zorg declareren die is geleverd binnen de looptijd van het PGB."

- 8.5. Artikel 3.21 van de zorgverzekering en de artikelen 11.6 en 11.7 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 2.2 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. 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 was ten tijde van het onderhavige geschil als zodanig niet bij wet geregeld.

- 8.7. 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

- 
- 9.1. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het onderhavige geschil nog niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv op dat moment in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is destijds verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.
- 
- 9.2. De eerste toekenningsverklaring van de ziektekostenverzekeraar dateert van 22 juni 2015. Hierin wordt aan verzoekster medegedeeld dat zij een PGB vv ontvangt van 18 juni 2015 tot en met 17 november 2015 tot een totaalbedrag van € 16.940,93. Ook is haar medegedeeld dat het aantal uren bestaat uit 153 uren Verpleging en 344 uren Persoonlijke Verzorging, totaal 497 uren. Onderaan de toekenningsverklaring staat: *"Let op: U mag niet meer uren uitgeven dan op deze toekenningsverklaring is vermeld bij 'Totaal'"*. De tweede toekenningsverklaring dateert van 26 augustus 2015. Hierin wordt aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv wordt beëindigd, en dat de einddatum is aangepast naar 16 augustus 2015. Het totaalbedrag is verminderd naar € 6.643,50, het aantal uren Verpleging naar 60 en het aantal uren Persoonlijke Verzorging naar 135. Totaal komt dit op 195 uren. Dit aantal komt, naar de commissie begrijpt, overeen met het aantal uren per week aan Verpleging respectievelijk Persoonlijke Verzorging op basis van de eerste toekenningsverklaring vermenigvuldigd met het aantal weken dat op basis van de eerste toekenningsverklaring in de periode van 18 juni 2015 tot en met 17 november 2015 Verpleging en Persoonlijke Verzorging is genoten. Het totaal aantal te declareren uren komt hiermee derhalve op 195. Onderaan deze toekenningsverklaring staat dezelfde mededeling als onder de toekenningsverklaring van 22 juni 2015.
- 
- 9.3. Vast staat dat verzoekster tot en met eind augustus 2015 bij de ziektekostenverzekeraar declaraties heeft ingediend in verband met de aan haar verleende zorg in het kader van het PGB vv. Het gedeclareerde bedrag van € 4.672,56 overschrijdt het maximum van € 6.643,50 niet. Het aantal uren dat is gedeclareerd, bedraagt echter 297 uren en 20 minuten, en overschrijdt daarmee het hiervoor in 9.2 genoemde aantal van 195 uren met 102 uren en 20 minuten. Gelet op artikel 11.6 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar, is de ziektekostenverzekeraar niet gehouden meer uren zorg te vergoeden dan totaal zijn geïndiceerd. Ook hoeft hij geen uren te vergoeden over de periode waarin geen recht bestond op het PGB vv, namelijk van 17 augustus 2015 tot en met 31 augustus 2015, zo volgt uit artikel 11.7 van genoemd reglement. De stelling van verzoekster dat zij tot 26 augustus 2015 niet bekend was met de urenverantwoording, treft geen doel. Zij had dit kunnen opmaken uit het reglement en de toekenningsverklaring van 22 juni 2015. Bovendien is door de ziektekostenverzekeraar ter zitting gesteld en door verzoekster niet bestreden dat in één maand 225 uren zijn gedeclareerd, hetgeen aanzienlijk meer is dan het oorspronkelijk geïndiceerde aantal uren en ook een veelvoud van het – hogere – aantal uren dat nadien op basis van de Wlz is geïndiceerd. Onbekendheid met de urenverantwoording kan nimmer ertoe leiden dat een dergelijk handelen wordt beloond. Ook al omdat dit niet is te verenigen met de eisen die op grond van het reglement ten aanzien van het werkgeverschap van de budgethouder moeten worden gesteld. Kennelijk heeft de ziektekostenverzekeraar een vergoeding verleend aan verzoekster over de periode tot en met 31 augustus 2015, waarbij meer uren zijn vergoed dan het aantal van 195 uren waarop verzoekster in de tijdsspanne van 17 juni 2015 tot aan de datum van aflopen van het PGB vv recht had. Voor het aldus teveel betaalde komt de ziektekostenverzekeraar jegens verzoekster een vorderingsrecht toe op grond van onverschuldigde betaling (vgl. art. 6:203 BW). De ziektekostenverzekeraar heeft uiteengezet hoe het bedrag van € 1.535,-- is berekend, namelijk 102 uren en 20 minuten x € 15,-- per uur. Deze berekening komt de commissie juist voor.
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 



Conclusie



9.4. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.



10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 juli 2016,




J.A.M. Strens-Meulemeester