



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen Zilveren Kruis  
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden  
budget (PGB), zelfstandig beheer, terugvordering

Zaaknummer : 201800156

Zittingsdatum : 14 november 2018

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv)

---

1. Partijen

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

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

2.1. Ten tijde van de onderhavige kwestie was verzoekster bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Dit is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

3.1. Verzoekster heeft bij de zorgverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging voor het jaar 2017 (verder: het PGB vv). Bij brief van 14 november 2016 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld het PGB vv toe te kennen. Het totale budget voor Persoonlijke Verzorging is € 8.372,--, uitgaande van zeven uren per week. Het totale budget voor Verpleging is € 4.784,--, uitgaande van vier uren per week.

3.2. Bij brief van 12 juni 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld een dossiercontrole uit te voeren, waartoe hij haar om de hiervoor benodigde stukken heeft gevraagd. Omdat verzoekster de stukken niet aanleverde, heeft de zorgverzekeraar haar op 4 juli 2017 een herinneringsbrief gestuurd. Bij brief van 11 augustus 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld geen stukken te hebben ontvangen. Daarom heeft de zorgverzekeraar besloten het PGB vv met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017 in te trekken en een bedrag van € 13.133,04 van verzoekster terug te vorderen.

3.3. Verzoekster heeft aan de zorgverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 15 december 2017 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.

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

3.5. Bij e-mailbericht van 7 mei 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (\*Geschillencommissie leden\*).

3.6. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de zorgverzekeraar 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.

- 3.7. De zorgverzekeraar heeft de commissie bij brief van 31 augustus 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 4 september 2018 aan verzoekster gezonden, met de vraag of hiermee het geschil niet is opgelost. Bij e-mailbericht van 18 september 2018 heeft verzoekster de commissie medegedeeld dat het geschil niet is opgelost en dat zij alsnog een bindend advies wenst. Een afschrift hiervan is op 19 september 2018 ter kennisname naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 20 september 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De zorgverzekeraar heeft op 25 oktober 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Op grond van artikel 114, derde lid, 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 zorgverzekeraar zijn op 14 november 2018 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord.
- 3.11. Na de hoorzitting is de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld te onderzoeken of het mogelijk is ook het resterende openstaande bedrag van € 7.314,04 coulancehalve kwijt te schelden. Bij brief van 4 december 2018 heeft de zorgverzekeraar medegedeeld ook dit bedrag kwijt te schelden. Verzoekster is gevraagd of hiermee het geschil is opgelost. Op 12 december 2018 heeft zij telefonisch medegedeeld dat zij ook graag met ingang van 1 januari 2019 een aanvullende verzekering wenst af te sluiten. Verzoekster heeft toegezegd dit op te nemen met de zorgverzekeraar en de commissie over de uitkomst hiervan te berichten. Omdat verzoekster niet van zich heeft laten horen, heeft de commissie haar bij brief van 19 december 2018 een herinnering gestuurd. Ook naar aanleiding van deze brief is van verzoekster geen reactie ontvangen. Hierop heeft de commissie besloten een bindend advies uit te brengen.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 1 juli 2016 in het zorgplan over verzoekster toegelicht: *"Mw. heeft een CVA gehad en heeft hierdoor een lichamelijke beperking aan de linkerkant van het lichaam. Daarnaast is mw. bekend met Reuma en Diabetes Mellitus, insuline-afhankelijk. Door het gebruik van prednisolon zijn de bloedsuikers niet stabiel en moet het insulinegebruik steeds bijgesteld worden. (...) Mw is in staat om zelfstandig de maaltijden te nuttigen. Mw heeft een droge huid die jeuk veroorzaakt en daarom regelmatig ingesmeerd moet worden met bodylotion. (...) Mw is continent van urine en faeces. (...) Mw is niet in staat om zelfstandig activiteiten binnen- of buiten de woning te verrichten. Mw kan nog een klein stukje lopen buitenshuis maar is zeer snel moe en de reuma veroorzaakt veel pijnklachten die haar hierbij erg belemmeren. Mw heeft hulp nodig bij het verzorgen van het eigen lichaam. Mw is niet in staat om zelf maaltijden te verzorgen. Alles wordt door familie verzorgd. (...) Mw slaapt slecht veroorzaakt door pijnklachten ten gevolge van reuma. (...) Mw heeft geen cognitieve problemen maar mw spreekt en verstaat slecht [N]ederlands wat haar belemmert in haar sociale functioneren. (...) Mw woont met haar echtgenoot in een een[s]gezinswoning. Haar echtgenoot heeft ernstige lichamelijke beperkingen en is rolstoelafhankelijk. Dhr is zelf ook geheel afhankelijk van de zorg die hij van de kinderen krijgt. Het echtpaar heeft 5 kinderen, een dochter heeft ook lichamelijke beperkingen, de andere kinderen verlenen erg veel mantelzorg. Zonder deze zorg is het echtpaar niet in staat om thuis te blijven wonen. De kinderen dragen er ook zorg voor dat hun ouders nog af en toe naar buiten kunnen. (...)*

*Mw is van Ma(...)rok[k]aanse afkomst en is godsdienstig. Hierdoor heeft zij normen en waarden die afwijken van mensen van [N]ederlandse komaf. Zo is hulp accepteren van een professional niet bespreekbaar en komt de gehe[le] zorg op de kinderen. (...)"*

- 4.2. Verzoekster heeft al jaren een PGB vv. Voor het jaar 2017 heeft zij dit ook bij de zorgverzekeraar aangevraagd en toegekend gekregen. Het jaar 2017 is een jaar geweest met veel verdriet en tegenslagen. De zoon van verzoekster kreeg een auto-ongeluk en haar dochter moest een operatie ondergaan. In februari 2017 werd verzoekster getroffen door darmkanker, en op 12 november van dat jaar is haar echtgenoot overleden. Dit is de reden dat verzoekster niet tegemoet heeft kunnen komen aan het verzoek van de zorgverzekeraar stukken aan te leveren in verband met de dossiercontrole. Zij heeft de zorgverzekeraar hiervan telefonisch op de hoogte gebracht tijdens diverse gesprekken.
- 4.3. Verzoekster wordt verzorgd door haar dochter. Aan verzoekster is meer zorg geleverd dan was voorzien, en daarom was haar budget al in juni 2017 bijna op. Zij was in de veronderstelling dat alle uren die werden gewerkt ook moesten worden gedeclareerd. Omdat de zorgvraag gedurende het jaar is toegenomen, zijn meer uren gedeclareerd dan waren geïndiceerd. Inmiddels weet verzoekster dat zij hiervoor een nieuwe indicatie had moeten vragen. Dit is voor het jaar 2018 ook gebeurd, en de indicerend wijkverpleegkundige heeft in het betreffende zorgplan meer uren geïndiceerd. Verzoekster heeft te goeder trouw gehandeld. De zorgverzekeraar houdt echter geen rekening met haar omstandigheden en heeft het PGB vv over het jaar 2017 teruggevorderd. Verzoekster erkent dat zij fouten heeft gemaakt, maar dit overkomt meer mensen. Overigens maakt de zorgverzekeraar ook fouten. Zo kreeg zij een dubbele uitkering van één declaratie, die pas werd hersteld nadat verzoekster de zorgverzekeraar op deze fout had gewezen.
- 4.4. Inmiddels heeft verzoekster hulp gekregen van belangenorganisatie Per Saldo, en is haar duidelijk geworden hoe zij de administratie van het PGB vv goed kan bijhouden, zodat een situatie als in 2017 zich niet meer zal voordoen.
- 4.5. Bij e-mailbericht van 18 september 2018 heeft verzoekster, in reactie op de brief van de zorgverzekeraar van 31 augustus 2018, medegedeeld dat het geschil niet is opgelost. Aan verzoekster is zorg geleverd waarvoor is betaald. Het verzoek is daarom de terugvordering volledig te laten vervallen. Daarnaast is de afhandeling van de klacht door de zorgverzekeraar niet correct geweest, maar wordt verzoekster wel in gebreke gesteld en de zorgverzekeraar niet.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekster aangevoerd dat zij erkent dat zij in gebreke is gebleven wat betreft de administratie van het PGB vv. Verzoekster wist mede door de gewijzigde wet- en regelgeving niet hoe zij de administratie van het PGB vv moest voeren. Zij was in de veronderstelling dat alle zorg die werd verleend ook vergoed moest worden vanuit het PGB vv. Nadat zij ermee bekend raakte dat dit niet het geval is, heeft zij een herindicatie aangevraagd, hulp ingeschakeld van Per Saldo en heeft haar dochter de administratie overgenomen. Daarnaast is een betalingsregeling met de zorgverzekeraar getroffen van € 50,- per maand. Verzoekster benadrukt dat de zorgverzekeraar ook in gebreke is gebleven. Zo heeft verzoekster tot op de dag van vandaag geen ontvangstbevestiging van en een inhoudelijke reactie op haar klacht tegen de terugvordering ontvangen. Dit vindt zij heel kwalijk. Verzoekster heeft een turbulent jaar achter de rug. Zo is zij recent getroffen door een herseninfarct met eenzijdige verlamming tot gevolg. Pas over een halfjaar kan worden vastgesteld of de lichamelijke en mentale schade en de daarmee samenhangende zorgbehoefte al dan niet blijvend is. Afhankelijk daarvan kan een indicatie bij het CIZ worden aangevraagd. Verzoekster krijgt momenteel zorg ten laste van de WMO in de vorm van begeleiding bij haar administratie.
- 4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt van de zorgverzekeraar

- 5.1. In het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' is bepaald dat men verplicht is een PGB vv op de juiste wijze te beheren. Ook is hierin opgenomen dat de zorgverzekeraar een dossiercontrole kan uitvoeren en dat de budgethouder hieraan medewerking moet verlenen. Verzoekster is verschillende malen in de gelegenheid gesteld stukken aan te leveren. Vanwege haar persoonlijke omstandigheden heeft zij hiervoor ook uitstel gekregen. De urenregistraties die de zorgverzekeraar uiteindelijk in december 2017 ontving zijn onvoldoende en bovendien ontbreekt een toelichting op de verleende zorg. Verder is geconstateerd dat structureel teveel uren zorg worden gedeclareerd. In de urenregistratie is bijvoorbeeld vermeld dat voor de maand januari 2017 per dag vier uren Persoonlijke Verzorging zijn verleend en drie uren Verpleging. Dit is niet in lijn met de gestelde indicatie.
- 5.2. Het totale budget voor het gehele jaar 2017 was € 13.156,--. Met de declaratie van de maand april 2017 was dit budget reeds volledig opgemaakt, hetgeen de reden vormde voor de dossiercontrole. Als een verzekerde niet kan aantonen dat het budget daadwerkelijk is gebruikt voor zorg, vordert de zorgverzekeraar het volledige uitgekeerde bedrag terug. Zolang er voldoende budget beschikbaar is, worden de nota's betaald. Door het grote aantal declaraties dat dagelijks wordt verwerkt is het ondoenlijk iedere declaratie handmatig te controleren. Indien men niet uitkomt met het aantal uren dat is geïndiceerd, dient de wijkverpleegkundige een nieuwe indicatie te stellen.
- 5.3. Voor het jaar 2018 is aan verzoekster opnieuw een PGB vv toegekend, omdat zij inmiddels haar dochter heeft gemachtigd haar zaken te behartigen. Uit de contacten is verder gebleken dat de hulp van belangenorganisatie Per Saldo is ingeroepen en dat verzoekster en haar dochter nu ervan op de hoogte zijn hoe de administratie moet worden bijgehouden.
- 5.4. Bij brief van 31 augustus 2018 heeft de zorgverzekeraar medegedeeld dat hij op juiste gronden tot de terugvordering van € 13.133,04 is overgegaan. De zorgverzekeraar is evenwel bereid om bij wijze van uitzondering de vordering te matigen tot het bedrag dat conform de indicatiestelling en de toekenningsverklaring had moeten worden besteed aan zorg. Dit betekent dat over de periode van 1 januari 2017 tot en met 6 juni 2017 voor zeven uren Persoonlijke Verzorging per week en vier uren Verpleging per week had mogen worden gedeclareerd tot een bedrag van maximaal € 23,-- per uur. Het te besteden bedrag komt daarmee op € 5.819,--. De vordering wordt daarom gematigd tot € 7.314,04 (€ 13.133,04 - € 5.819,--).
- 5.5. Ter zitting is door de zorgverzekeraar aangevoerd dat hij zijn verzekerden normaliter altijd een ontvangstbevestiging stuurt van een verzoek om heroverweging. Als dit bij verzoekster niet is gebeurd, biedt hij daarvoor zijn excuses aan. De zorgverzekeraar benadrukt dat het de verantwoordelijkheid van betrokkene is in de gaten te houden of niet wordt gedeclareerd boven het aantal toegekende uren Persoonlijke Verzorging en Verpleging. In artikel 7, tweede lid, van het 'Reglement PGB vv' van de zorgverzekeraar is opgenomen dat de zorgverlening in lijn moet zijn met indicatie. Ook blijkt uit dit reglement dat indien de zorgbehoefte van betrokkene toeneemt een herindicatie is aangewezen. Dat de zorgverzekeraar betalingen heeft verricht terwijl het toegekende budget op dat moment al was bereikt, kan niet ertoe leiden dat hij de uitgekeerde vergoedingen niet mag terugvorderen. De verantwoordelijkheid om te controleren of de zorgverlening in lijn is met het PGB vv ligt immers primair bij betrokkene. Dit is geregeld in artikel 7, vierde lid, van het 'Reglement PGB vv' van de zorgverzekeraar. Overigens wordt een 'budgetverdeling' pas inzichtelijk naar aanleiding van een dossiercontrole. In principe voert de zorgverzekeraar dossiercontroles steekproefsgewijs uit.
- 5.6. Bij brief van 4 december 2018 heeft de zorgverzekeraar medegedeeld het resterende bedrag van € 7.314,04 alsnog coulancehalve, eenmalig en zonder dat derden hieraan rechten kunnen ontlenuen, kwijt te schelden.
6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 18 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

7.1. In geschil is of de zorgverzekeraar gehouden is het PGB vv met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017 te herstellen. Voorts is in geschil of de zorgverzekeraar het aan verzoekster uitgekeerde bedrag van € 13.133,80 mocht terugvorderen.

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 zorg van door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 tot en met 40 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 28 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"In artikel 16, 17, 30 en 31 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).*

*U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.*

*(...)*

*Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging voor in de eigen omgeving kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement Zvw-pgb. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen. (...)"*

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

*"U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb als u:*

*1 behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft (hier valt ook de medisch specialistische verpleging thuis (MSVT) onder); (...)*

*Daarnaast dient u:*

*3 langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, (...)"*

8.5. Artikel 3 van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de zorgverzekeraar luidt:

*"U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:*

*1 u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en/of verzorging zoals benoemd in artikel 2.1 en 2.2 van dit reglement die niet ouder is dan 3 maanden (hierbij gaan wij uit van de ontvangstdatum van uw pgb-aanvraag of -wijziging);*

*2 u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met behulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. Hiervan is in ieder geval geen sprake in de volgende situaties:*

*a u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;*

*b u was binnen een periode van 5 jaar voorafgaand aan het indienen van de pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;*

*c er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;*

*d u heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal 4 maanden;*

*e u heeft binnen een periode van 3 jaar voorafgaand aan de pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wet schuldsanering natuurlijke personen (Wsnp)) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;*

*f u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent ooit failliet verklaard.*

*3 dat u naar ons oordeel in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in contracten afsluiten met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten. Zie hiervoor ook artikel 8 Verplichtingen;*

*4 dat u naar ons oordeel in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger de zorgverleners waar u een overeenkomst mee heeft gesloten op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;*

*5 dat u naar ons oordeel op eigen kracht of met behulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger kunt motiveren dat u de zorg via een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen. Dit moet blijken uit uw aanvraag en het daarbij behorende budgetplan.*

*Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het Zvw-pgb verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan u dient te voldoen om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb."*

8.6. Artikel 7.3 van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

*"(...)*

*2 Wij zijn gerechtigd controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgverleners die u hebt gecontracteerd en in lijn is met uw indicatiestelling. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen. Indien van toepassing, kunnen wij u adviseren hoe deze zorg doelmatiger ingezet kan worden. (...)*

*4 Wij vergoeden geen nota's meer uit uw budget als de maximale hoogte van het toegekende jaarbudget Zvw-pgb is bereikt, of naar rato als het Zvw-pgb voortijdig wordt beëindigd. Eventueel te veel uitbetaalde declaraties worden door ons rechtstreeks bij u teruggevorderd. (...)"*

- 8.7. Artikel 9 van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de zorgverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

*"Uw Zvw-pgb kan worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toekenning als: (...)*

*3 u niet voldoet aan de in dit reglement gestelde verplichtingen en voorwaarden; (...)*

*10 u de informatie die wij bij u opvragen niet, dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;*

*11 u niet meewerkt aan een dossieronderzoek;*

*12 er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen; (...)"*

- 8.8. Artikel 28 van de 'Verzekerde zorg' van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3, 7.3 en 9 van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de zorgverzekeraar zijn volgens artikel 1.1 van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.9. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen. Het PGB vv is naar aard en omvang geregeld in artikel 13a Zvw en verder uitgewerkt in de artikelen 2.29a tot en met 2.29c Rzv.

- 8.10. 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 zorgverzekeraar 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. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld, als omschreven in artikel 2 van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de zorgverzekeraar. Op basis hiervan is haar door de zorgverzekeraar een PGB vv toegekend voor het jaar 2017 met een budget van totaal € 13.156,--. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of de zorgverzekeraar het PGB vv met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017 mocht stopzetten en het reeds aan verzoekster uitgekeerde deel van het





budget, namelijk € 13.133,80, mocht terugvorderen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

- 9.2. Vast staat dat verzoekster het voor het gehele jaar 2017 beschikbare budget met de declaratie van april 2017 vrijwel volledig had opgemaakt en dat dit feit aanleiding vormde voor een dossiercontrole. Tevens staat vast dat de zorgverzekeraar verzoekster reeds op 12 juni 2017 heeft verzocht aanvullende informatie aan te leveren in verband met deze dossiercontrole. Op 4 juli 2017 is een herinneringsbrief gestuurd, en op 17 juli 2017 is telefonisch aan de dochter van verzoekster uitstel verleend voor het aanleveren van de stukken, een en ander in verband met de persoonlijke omstandigheden van verzoekster. Omdat de zorgverzekeraar op 11 augustus 2018 nog steeds geen stukken van verzoekster had ontvangen, heeft hij haar bij brief van die datum medegedeeld het PGB vv met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017 stop te zetten en het reeds uitgekeerde bedrag van € 13.133,80 terug te vorderen. Gelet op artikel 9, tiende en elfde lid, van het 'Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de zorgverzekeraar, in combinatie met artikel 7.3, vierde lid, van genoemd reglement, mocht de zorgverzekeraar hiertoe overgaan. Dit klemt temeer aangezien door verzoekster uiteindelijk pas op 6 december 2017 stukken zijn aangeleverd, waaruit volgens de zorgverzekeraar bovendien bleek dat de urenregistratie niet in overeenstemming was met de door de wijkverpleegkundige gestelde indicatie. Dit laatste is bevestigd door de dochter van verzoekster, aangezien deze heeft toegelicht dat zij in de veronderstelling verkeerde dat de uren zorg moesten worden gedeclareerd die daadwerkelijk waren verleend, terwijl de zorgvraag van verzoekster in het jaar 2017 was toegenomen ten opzichte van de jaren daarvoor. Mogelijk was verzoekster niet ermee bekend dat zij in deze situatie om een herindicatie door de wijkverpleegkundige had moeten vragen. Waar zij in ieder geval wel mee bekend mocht worden verondersteld, was dat het toegekende budget voor heel 2017 gold, en dat zij, door het indienen van declaraties dit budget reeds in de eerste maanden van het jaar had uitgeput. Uitgaande van een voortgezette noodzaak tot zorgverlening, had verzoekster moeten voorzien dat mogelijk door haar gedurende een groot deel van het jaar een beroep zou moeten worden gedaan op zorg in natura, in welk geval de zorgverzekeraar met dubbele kosten met betrekking tot die maanden zou zijn geconfronteerd. Verzoekster had - vanuit haar verantwoordelijkheid als budgethouder - hiermee rekening moeten houden en een prudent beleid moeten voeren. Verzoekster heeft daarmee tevens niet voldaan aan de in genoemd reglement gestelde verplichtingen en voorwaarden, zodat ook ingevolge artikel 9, derde lid, van het reglement het PGB vv mocht worden ingetrokken.
- 9.3. Verzoekster heeft nog aangevoerd dat haar persoonlijke omstandigheden ertoe hebben geleid dat zij de administratie niet goed heeft gevoerd. Dit was volgens haar ook de reden dat zij de benodigde stukken voor de dossiercontrole niet tijdig kon aanleveren. Hoewel het begrijpelijk is dat de omstandigheden waarin verzoekster verkeerde ertoe hebben geleid dat enig uitstel nodig was, hetgeen verzoekster ook heeft gekregen, ligt het niet in de rede dat de stukken eerst op 6 december 2017 konden worden aangeleverd, terwijl hierom reeds op 12 juni 2017 door de zorgverzekeraar was gevraagd. Verzoekster is daarbij gedurende het jaar wel in staat gebleken declaraties in te dienen zodat mag worden verondersteld dat ten tijde hiervan de onderliggende stukken ter verantwoording van de gedeclareerde bedragen op orde waren. Zo niet, dan waren de declaraties volstrekt willekeurig en kan verzoekster dit worden tegengeworpen. Haar persoonlijke omstandigheden, hoe schrijnend ook, maken daarom niet dat het bepaalde in artikel 9 van het reglement verzoekster niet kan worden tegengeworpen. Een en ander leidt ertoe dat de zorgverzekeraar het PGB vv met terugwerkende kracht tot 1 januari 2017 mocht intrekken en het bedrag van € 13.133,80 mocht terugvorderen.
- 9.4. Inmiddels heeft de zorgverzekeraar besloten de terugvordering te laten vervallen. In die beslissing van de zorgverzekeraar zal de commissie niet treden.
- 9.5. De vraag of verzoekster met ingang van 1 januari 2019 een aanvullende verzekering mag afsluiten, ligt buiten het bestek van het onderhavige geschil en kan daarom niet worden beoordeeld.






**Conclusie**

- 
- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
- 
- 9.7. Omdat de zorgverzekeraar lopende de procedure tegemoet is gekomen aan het verzoek, acht de commissie termen aanwezig te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.



10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de zorgverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster dient te vergoeden.



Zeist, 9 januari 2019,



H.A.J. Kroon