



# ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

Zaaknummer : 201801009

Zittingsdatum : 6 maart 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2016, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2016)

---

1. Partijen

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

tegen

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te B, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,  
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 grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). De verzekering is een schadeverzekeringsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).  
De eveneens afgesloten aanvullende verzekeringen Optimaal Aanvullend 3 en Aanvullend Tand\*\* zijn niet in geschil en blijven om die reden 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 25 augustus 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat voor het kalenderjaar 2016 een PGB vv is toegekend van totaal € 26.921,50.
- 3.2. Bij brief van 3 mei 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat zij over het kalenderjaar 2016 meer heeft gedeclareerd dan het toegekende PGB vv en dat hij om die reden een bedrag van € 1.091,17 van haar terugvordert.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 6 juni 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar 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 ziektekostenverzekeraar.
- 3.5. Bij brief van 20 september 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 1.091,17 niet van haar mag terugvorderen (hierna: het verzoek).

- 3.6. 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.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 1 november 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 november 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 6 november 2018 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 november 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. Bij brief van 26 november 2018 heeft verzoeker de commissie aanvullende stukken toegestuurd. Een afschrift hiervan is bij brief van 27 november 2018 aan de ziektekostenverzekeraar toegezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop schriftelijk te reageren. Op 12 december 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie van een schriftelijke reactie voorzien. Een afschrift hier van is op 13 december 2018 ter kennisgeving aan de wederpartij gestuurd.
- 3.10. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10, negende lid, van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.11. 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 Zvw, 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.
- 3.12. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 maart 2019 gehoord.

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

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster voor het kalenderjaar 2016 een PGB vv toegekend van totaal € 26.921,50. Verzoekster heeft in dit jaar bij de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 1.091,17 meer gedeclareerd dan het toegekende budget. Zij is van mening dat de ziektekostenverzekeraar dit bedrag in alle redelijkheid niet mag terugvorderen en licht dit als volgt toe.
- 4.2. Uiteraard heeft verzoekster niet meer willen uitgeven dan het aan haar toegekende budget. De ziektekostenverzekeraar gaat er echter ten onrechte vanuit dat dit uitsluitend de verantwoordelijkheid is van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar heeft hierin ook een zorgplicht en is deze niet nagekomen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster namelijk nooit een signaal gegeven dat op enig moment blijkaar meer dan het toegekende budget werd gedeclareerd. Daarbij rijst tevens de vraag waarom de ziektekostenverzekeraar meer aan verzoekster heeft uitgekeerd dan het toegekende budget, zonder hierover in overleg te treden met verzoekster. Als zij tijdig had geweten van de overschrijding, dan had zij deze mogelijk kunnen voorkomen. Verzoekster leeft namelijk van een bijstandsuitkering en is niet in staat het teruggevorderde bedrag te voldoen.

- 4.3. Ter aanvulling heeft verzoekster bij brief van 26 november 2018 aangevoerd dat verzoekster weliswaar een zorgovereenkomst voor 25 uren per week is aangegaan, terwijl de indicatie 24 uren en dertig minuten betrof, maar dat niet meer is gedeclareerd dan het aantal geïndiceerde uren. Overigens merkt verzoekster op dat dit in der jaren 2014 en 2015 niet anders was en destijds ook geen reden was het PGB vv te beëindigen dan wel terug te vorderen. Verder voert verzoekster aan dat uit artikel 7.13 van het 'Reglement Persoonsgebonden budget, verpleging en verzorging 2016' van de ziektekostenverzekeraar volgt dat hij geen nota's meer uit het budget zal vergoeden, als de maximale hoogte van het toegekende budget is bereikt. Voor zover een hoger bedrag aan verzoekster is uitbetaald dan het toegekende budget heeft de ziektekostenverzekeraar daarmee in strijd gehandeld met zijn eigen reglement. Dat het budget feitelijk pas is overschreden met de betaling op 3 januari 2017 maakt het voorgaande niet anders. Verzoekster wijst verder op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 29 oktober 2018. In de brief staat welk PGB vv over de jaren 2015 tot en met 2018 aan verzoekster is toegekend en welk deel van dit budget daadwerkelijk is besteed. Uit het overzicht van de ziektekostenverzekeraar volgt dat over 2016 niet meer is besteed dan het toegekende budget, hetgeen de vraag oproept of er wel een vordering bestaat over het jaar 2016. Uit het overzicht volgt evenwel dat verzoekster over 2015 meer heeft besteed dan het aan haar toegekende budget, echter de ziektekostenverzekeraar heeft reeds eerder verklaard dit bedrag niet van haar terug te vorderen.
- 4.4. Ter zitting is door verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat zij en de ziektekostenverzekeraar beide een eigen verantwoordelijkheid hebben om ervoor te zorgen dat de zorgkosten het toegekende PGB vv niet overschrijden. Het is enerzijds aan verzoekster zorg te dragen dat zij niet meer declareert dan het aan haar toegekende PGB vv. Anderzijds is het aan de ziektekostenverzekeraar ervoor te zorgen dat niet meer wordt uitgekeerd dan het toegekende PGB vv. Dit moet systeemtechnisch makkelijk te bewerkstelligen zijn. Daarnaast heeft verzoekster van verschillende medewerkers van de ziektekostenverzekeraar vernomen dat het systeem met ingang van 2017 zo is ingericht dat hij automatisch een melding krijgt als het toegekende PGB vv wordt overschreden. Het is verzoekster om die reden niet duidelijk waarom de ziektekostenverzekeraar aan haar meer heeft uitgekeerd dan het toegekende PGB vv.
- 4.5. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.
5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar
- 5.1. In verband met een herindicatie heeft verzoekster met het aanvraagformulier van 8 augustus 2016 een PGB vv gevraagd voor 24 uren en 30 minuten persoonlijke verzorging per week. Aan verzoekster is bij toekenningsverklaring van 25 augustus 2016 een totaal te besteden PGB vv over 2016 is toegekend van € 26.921,50.
- 5.2. Met het aanvraagformulier van 18 oktober 2016 heeft verzoekster opnieuw de indicatiestelling van 8 augustus 2016 toegestuurd samen met een zorgovereenkomst van een nieuwe informele zorgverlener. Uit deze overeenkomst bleek dat deze was ingegaan per 9 oktober 2016 en dat de betreffende zorgverlener 25 uur per week aan zorg verleende. Naar aanleiding van deze stukken heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster er bij brief van 24 oktober 2016 op gewezen dat een indicatie was gesteld voor 24 uren en 30 minuten persoonlijke verzorging per week en niet voor 25 uren persoonlijke verzorging per week, zoals opgenomen in de zorgovereenkomst. In die zelfde brief is verzoekster gevraagd de zorgovereenkomst aan te passen en is zij erop gewezen dat als zij dit niet doet dat dit gevolgen kan hebben voor het PGB vv.
- 5.3. In 2017 is een dossiercontrole opgestart en zijn bij verzoekster stukken opgevraagd in het kader van de besteding van het PGB vv. Hieruit bleek dat verzoekster voor het jaar 2016 in totaal een bedrag van € 28.012,67 had gedeclareerd, hetgeen niet in lijn was met de gestelde indicatie noch met het toegekende budget. Het teveel gedeclareerde bedrag (€ 1.091,17) is derhalve onverschuldigd aan verzoekster voldaan en bij brief van 3 mei 2018 van haar teruggevorderd.

5.4. In artikel 6.5 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (2016)' staat dat een verzekerde moet zorgen dat de besteding van het budget in overeenstemming is met de gestelde indicatie. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt dus bij verzekerde zelf. Verder staan in artikel 7 van het genoemde reglement de voorwaarden ten aanzien van de wijze van declareren vermeld. Hieruit volgt onder andere dat de verzekerde de nota's van de zorgverleners dient te controleren voordat hij/zij deze indient. Voorts staat in het betreffende artikel dat de ziektekostenverzekeraar alleen de daadwerkelijk geleverde zorg vergoedt, die in lijn is met de indicatiestelling, de aanvraag voor een PGB vv en de toekenningsverklaring. Dat verzoekster heeft nagelaten de zorgovereenkomst en de declaraties van de zorgverleners te controleren, ligt derhalve in haar risicosfeer.

5.5. Verzoekster behoort de bij het PGB vv behorende verplichtingen te kennen. In ieder geval is bij brief van 24 oktober 2016 op de hoogte gebracht van het feit dat het genoemde aantal uren in de zorgovereenkomst niet in lijn waren met de gestelde indicatie en dat zij de zorgovereenkomst met haar zorgverlener op dit punt moest aanpassen. Niet is gebleken dat verzoekster dit heeft gedaan. Sterker nog, voor de maanden november 2016 en december 2016 heeft verzoekster declaraties ingediend die hoger waren dan in de voorafgaande maanden. Dit valt onder de verantwoordelijkheid van verzoekster.

5.6. Ter aanvulling heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 12 december 2018 het volgende aangevoerd. Aan verzoekster is voor de periode van 1 januari 2016 tot 8 augustus 2016 een PGB vv toegekend op basis van 20 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week tegen een uurtarief van € 23,-. Voor de periode van 8 augustus 2016 tot en met 31 december 2016 is aan verzoekster een PGB vv toegekend op basis van 24 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week op basis van een uurtarief van € 23,-. Aangezien in het jaar 2016 een hoger bedrag is gedeclareerd dan het budget dat is toegekend, betekent dit dat óf meer uren zijn gedeclareerd dan zijn geïndiceerd óf een hoger uurtarief in rekening is gebracht dan is toegekend. Voorts betwist de ziektekostenverzekeraar dat hij in strijd heeft gehandeld met artikel 7.13 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2016'. In het betreffende artikel staat weliswaar dat niet meer zal worden vergoed dan het toegekende budget, maar staat ook dat eventueel teveel uitbetaalde declaraties worden teruggevorderd. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft willen uitsluiten dat meer kan worden uitbetaald dan het budget dat is toegekend.

5.7. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat het primair de verantwoordelijkheid is van de budgethouder niet meer te declareren dan het toegekende PGB vv. Aan deze verantwoordelijkheid heeft verzoekster niet voldaan, terwijl de hoogte van het PGB vv duidelijk aan verzoekster is gecommuniceerd. Indien de ziektekostenverzekeraar meer uitkeert dan het toegekende PGB vv behoudt hij zich het recht voor het teveel uitgekeerde terug te vorderen, zo ook in de onderhavige situatie.

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

## 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 ten aanzien van de zorgverzekering bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 1.091,17, ter zake van het PGB vv, mag terugvorderen van verzoekster.

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 39 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 bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

*"In artikel 16, 17, en 29 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.*

*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 (PGB) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.*

*Voorwaarde voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving*

*Een wijkverpleegkundige (niveau 5) moet een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Dit wordt samen met u uitgewerkt in een zorgplan. In het zorgplan wordt onder andere een onderverdeling vastgesteld in het aantal uur verzorging en aantal uur verpleging. (...)"*

8.4. In artikel 2 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (2016)' van de ziektekostenverzekeraar is geregeld welke verzekerden in aanmerking komen voor een PGB vv. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

*"Als u een indicatie voor verpleging en verzorging heeft, is het mogelijk om deze zorg zelf in te kopen met een pgb vv. U komt in aanmerking voor het pgb vv als u onder één of meerdere van de hieronder beschreven doelgroepen valt:*

*(...)*

*3) u langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen.*

*(...)*

*Hierbij geldt ook:*

*dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger (Wettelijk vertegenwoordiger: ouder voor kinderen tot 18 jaar, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb vv 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 6. (...)"*

- 8.5. In artikel 6 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (2016)' van de ziektekostenverzekeraar zijn de verantwoordelijkheden van de verzekerde met een PGB vv geregeld. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

" (...)

*6.5 U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget in overeenstemming is met de gestelde indicatie." (...)*

- 8.6. In artikel 7 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (2016)' van de ziektekostenverzekeraar zijn nadere regels gesteld omtrent de besteding en de declaratie van het toegekende PGB vv. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

*7.13 Wij vergoeden geen nota's meer uit uw budget als de maximale hoogte van het toegekende jaarbudget pgb vv is bereikt. Eventueel te veel uitbetaalde declaraties worden door ons teruggevorderd.*

*In de algemene voorwaarden van uw zorgverzekering is opgenomen in artikel 6.10 en 7.10 dat wij openstaande bedragen aan verplicht of vrijwillig eigen risico mogen verrekenen met uw pgb vv declaraties. Daarnaast is in artikel 9.2 opgenomen dat wij achterstallige premie mogen verrekenen met uw pgb vv declaraties. (...)"*

- 8.7. Artikel 28 van de zorgverzekering en de artikelen 2, 6 en 7 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (2016)' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.8. 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. Verpleging en verzorging is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 (oud) Rzv. Het PGB vv is met ingang van 1 januari 2017 geregeld in artikel 13a Zvw. Aan dit artikel is terugwerkende kracht verleend tot 1 januari 2015.

- 8.9. 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. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster in 2016 aanspraak had op verpleging en verzorging, als omschreven in artikel 28 van de zorgverzekering en dat aan haar op grond van de voorwaarden in het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (2016)' voor het kalenderjaar 2016 een PGB vv is toegekend van totaal € 26.921,50. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat totaal € 28.012,67, en derhalve € 1.091,17 teveel is gedeclareerd en aan verzoekster is uitgekeerd. Verzoekster heeft niet aannemelijk gemaakt dat aan haar een ander en/of lager bedrag is uitgekeerd, zodat de commissie uitgaat van de juistheid van het door de ziektekostenverzekeraar genoemde bedrag. De vraag die rest is om die reden of de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 1.091,17 van verzoekster mag terugvorderen.

9.2. Eén van de voorwaarden om voor een PGB vv in aanmerking te komen is dat een betrokkene in staat is de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden op verantwoorde wijze uit te voeren. Hieronder valt ook de verantwoordelijkheid het PGB vv te besteden conform de gestelde indicatie. Verzoekster wist - op grond van de toekenningsbeschikkingen van het PGB vv van respectievelijk 21 januari 2016 en 25 augustus 2016 - hoeveel uren zorg zij wekelijks kon declareren en wat de hoogte van het aan haar toegekende budget was. Dat verzoekster meer uren zorg heeft gedeclareerd en daardoor het toegekende budget is overschreden, ligt volledig in haar risicosfeer. Een verplichting voor de ziektekostenverzekeraar de budgethouder te waarschuwen voor een - dreigende - overschrijding van het PGB vv is er namelijk niet. Indien deze er al zou zijn, doet dit overigens niet af aan de op de budgethouder rustende verantwoordelijkheden die zijn vastgelegd in het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (2016)' van de ziektekostenverzekeraar, met name de verantwoordelijkheid tot het voeren van een behoorlijke (financiële) administratie. Kan een budgethouder dit niet of onvoldoende rijst de vraag of een PGB vv het aangewezen middel is of dat de budgethouder is aangewezen op zorg in natura.

9.3. Ten aanzien van de terugvordering overweegt de commissie het volgende. In de eerste plaats staat vast dat aan verzoekster € 1.091,17 meer is uitgekeerd dan het aan haar toegekende PGB vv. Het teveel uitgekeerde bedrag is door de ziektekostenverzekeraar onverschuldigd aan verzoekster betaald. Verzoekster heeft onvoldoende aannemelijk gemaakt dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onredelijk is het bedrag van haar terug te vorderen. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd - met name dat in artikel 7.13 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (2016)' van de ziektekostenverzekeraar staat dat hij geen nota's vergoedt als de maximale hoogte van het PGB vv is bereikt - maakt dit niet anders. In dit artikel is namelijk ook geregeld dat eventueel teveel uitbetaalde declaraties worden teruggevorderd. Hieruit volgt dat de ziektekostenverzekeraar geen sluitend systeem heeft dat voorkomt dat meer wordt uitgekeerd dan het toegekende PGB vv. De ziektekostenverzekeraar is echter niet verplicht zijn systeem zo in te regelen. Hierin heeft de ziektekostenverzekeraar een bepaalde beleidsvrijheid, waarin de commissie niet zal treden.

**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, 20 maart 2019,



L. Ritzema

