



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

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

Zaaknummer : 201800927

Zittingsdatum : 1 mei 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester)

(Voorwaarden zorgverzekering 2017, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29 a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2017, art. 6:127 BW)

1. Partijen

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

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, 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 Exclusief (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 Aanvullend 2 sterren afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW). De aanvullende ziektekostenverzekering 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 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 ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld een PGB vv toe te kennen. Het totale budget voor Persoonlijke Verzorging is € 12.558,--, uitgaande van 10 uren en dertig minuten per week.
- 3.2. Bij brief van 12 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat hij een dossiercontrole gaat uitvoeren over de periode van 1 januari 2017 tot en met 30 april 2017. Voor deze controle heeft hij een aantal dossierstukken bij verzoekster opgevraagd. Verzoekster heeft op 3 juli 2017 stukken aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster bij brief van 8 september 2017 medegedeeld dat de besteding van het PGB vv niet akkoord is. Daarom wordt een bedrag van € 12.558,-- van haar teruggevorderd.
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brieven van 28 december 2017 en 17 januari 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 7 december 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het bedrag van

€ 12.558,-- niet van haar mag terugvorderen dan wel dat de vordering wordt gematigd (hierna: het verzoek). Daarnaast vordert verzoekster veroordeling van de ziektekostenverzekeraar in de kosten van de procedure.

- 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 14 februari 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 18 februari 2019 aan verzoekster gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft met het ongedateerde antwoordformulier, door de commissie ontvangen op 26 maart 2019, medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 maart 2019 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. 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.
- 3.10. 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.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar is op 1 mei 2019 telefonisch gehoord.

4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

- 4.1. Verzoekster is al jaren afhankelijk van verpleging en verzorging waarvoor zij een PGB vv ontvangt. Voor het jaar 2017 heeft zij dit ook bij de ziektekostenverzekeraar aangevraagd en toegekend gekregen. Op 12 juni 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aangekondigd een dossiercontrole te doen over de periode van 1 januari 2017 tot en met 30 april 2017. Verzoekster heeft op 3 juli 2017 de ingevulde checklist dossiercontrole PGB vv met de bijbehorende stukken naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Zij heeft hierbij gemeld dat zij het salaris van haar zorgverlener niet per bank heeft overgemaakt, maar dit contant heeft betaald. Verzoekster wist niet dat zij de betaling per bank moest doen. Verzoekster heeft de belastingaangifte 2016 van haar zorgverlener overgelegd. Hieruit blijkt dat de zorgverlener in dat jaar aangifte voor de Inkomstenbelasting heeft gedaan van het genoten salaris uit het PGB vv.
- 4.2. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op december 2017 verzocht zijn beslissing, om het PGB vv over 2017 van haar terug te vorderen, te heroverwegen. De ziektekostenverzekeraar heeft hierna nooit een brief aan verzoekster gestuurd, waarin haar wordt medegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Door de declaratie van januari 2018 te verrekenen met het openstaande bedrag heeft de ziektekostenverzekeraar in maart 2018 echter indirect aan verzoekster te kennen gegeven dat hij zijn terugvordering handhaaft.
- 4.3. Op grond van artikel 7.3 van het Reglement Zvw-pgb is de ziektekostenverzekeraar gerechtigd controles uit te voeren om vast te stellen dat de gedeclareerde zorg ook daadwerkelijk is verleend. Ingevolge artikel 8, zesde lid, van dit reglement is betrokkene verplicht een dossier PGB vv te beheren en dit na het beëindigen van het PGB vv nog minimaal vijf jaar te bewaren. Uit artikel 8,

zesde lid, sub c, blijkt dat het dossier ten minste bancaire betalingsbewijzen dient te bevatten en dat contante betalingen niet worden geaccepteerd.

Verzoekster heeft met de door haar ingediende stukken, zoals de zorgovereenkomst, de urenoverzichten en de aangifte Inkomstenbelasting 2016 van de zorgverlener aannemelijk gemaakt dat de gedeclareerde zorg daadwerkelijk aan haar is verleend.

Door de ziektekostenverzekeraar is geen rekening gehouden met het feit dat verzoekster, als gevolg van de beslissing van 8 september 2017 - en in het verlengde daarvan door de verrekening van de openstaande vordering -, niet alleen in financiële maar ook in medische nood is geraakt. Verzoekster krijgt thans wijkverpleging via een thuiszorginstelling. Door de verrekening met de terugvordering krijgt verzoekster de nota van de thuiszorginstelling niet vergoed. De thuiszorginstelling heeft daarom aan verzoekster te kennen gegeven te stoppen met het verlenen van zorg, omdat de facturen niet worden betaald.

4.4. Verzoekster heeft op 2 januari 2018 enkele overschrijvingsbewijzen aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Hieruit blijkt dat zij betalingen aan haar zoon heeft verricht. Haar zoon is gemachtigd om namens haar verzekeringszaken af te handelen. Hij heeft de uitbetaling van de bedragen aan de zorgverlener geregeld. Deze overschrijvingen waren eerder aan de aandacht van verzoekster ontsnapt. De overschrijvingen betreffen: € 2.100,- en € 2.700,- op februari 2017, € 4.570,- op 3 maart 2017, en € 2.800,- en € 340,70 op 10 april 2017.

4.5. Het door de ziektekostenverzekeraar teruggevorderde bedrag van € 12.558,- is onvoldoende onderbouwd. Er is niet gebleken dat dit bedrag in de gestelde periode aan verzoekster is betaald. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts onvoldoende rekening gehouden met de persoonlijke omstandigheden van verzoekster. Zij ontvangt een AOW-uitkering van € 819,22 netto per maand en zit dus met haar inkomen onder de beslagvrije voet van € 1.003,93 per maand. Verzoekster is daarom van mening dat onvoldoende rekening is gehouden met haar bijzondere situatie. Zij betwijfelt of de ziektekostenverzekeraar deze op de juiste wijze heeft ingeschat. Gezien het bovenstaande is verzoekster van mening dat geen redelijke belangenafweging heeft plaatsgevonden. Zij vraagt de commissie daarom het teruggevorderde bedrag op nihil te stellen dan wel de vordering te matigen. Ook vraagt zij de commissie de ziektekostenverzekeraar te veroordelen in de kosten van de procedure.

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. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 12 juni 2017 aan verzoekster medegedeeld dat hij haar PGB-administratie en de ingekochte zorg over de periode van 1 januari 2017 tot en met 30 april 2017 gaat controleren. Voor deze controle heeft de ziektekostenverzekeraar een aantal stukken bij verzoekster opgevraagd. Naar aanleiding van de door verzoekster overgelegde stukken heeft de ziektekostenverzekeraar haar bij brief van 8 september 2017 medegedeeld dat is gebleken dat zij het PGB vv niet juist heeft besteed. Contante betaling van de zorgverlener is bij een PGB vv niet toegestaan. Daarom vordert de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 12.558,- terug.

5.2. In het begeleidend schrijven bij de toekenningsbeslissing van 14 november 2016 is onder 'Toelichting en tips voor het beheer van uw pgb administratie' duidelijk vermeld dat bij een dossiercontrole de kopieën van bankafschriften worden opgevraagd. Uit deze bankafschriften moet blijken aan wie en over welke periode het salaris is betaald. Ook is vermeld dat de zorg niet contant mag worden betaald.

5.3. Verzoekster heeft op 2 januari 2018 bankoverschrijvingen overgelegd. Hieruit blijkt dat een vijftal betalingen is verricht aan de zoon van verzoekster. De betalingen zijn dus niet verricht aan de zorgverlener. Bovendien blijkt uit deze overschrijvingen niet van welke bankrekening de bedragen zijn overgemaakt, of waarvoor de betalingen zijn verricht. Op het afschrift moet zijn vermeld aan

wie en over welke periode zij salaris heeft betaald. Daarnaast komen de bedragen die hierop staan vermeld niet overeen met de door haar gedeclareerde bedragen.

- 5.4. Aan verzoekster werd voor het jaar 2017 een PGB vv verstrekt op basis van tien uren en dertig minuten persoonlijke verzorging per week door een informele zorgverlener. Het totale PGB vv bedroeg derhalve € 12.558,-.
- De ziektekostenverzekeraar heeft op 27 januari 2017 van verzoekster een declaratie ontvangen betreffende het pgb over de periode van 1 januari 2017 tot en met 27 januari 2017 van € 4.800,-. Met het declaratieoverzicht van 17 februari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat € 4.800,- aan haar wordt vergoed. Voor de periode van 28 januari 2017 tot en met 28 februari 2017 heeft verzoekster € 4.558,- gedeclareerd. Op 2 maart 2017 is aan verzoekster medegedeeld dat het gedeclareerde bedrag wordt vergoed. Op 3 april 2017 heeft verzoekster een bedrag van € 3.200,- gedeclareerd voor de periode van 1 maart 2017 tot en met 1 april 2017. Met een declaratieoverzicht van 5 april 2017 is aan verzoekster medegedeeld dat het gedeclareerde bedrag wordt vergoed. Hiermee heeft verzoekster in de periode van 1 januari 2017 tot en met 1 april 2017 het gehele budget voor het jaar 2017 verbruikt.
- 5.5. Na de dossiercontrole is besloten dat € 12.588,- wordt teruggevorderd. Dit is bij brief van 8 september 2017 aan verzoekster medegedeeld. In het declaratieoverzicht van 30 november 2017 en de betalingsherinneringen van 23 januari 2018 en maart 2018 zijn echter alleen de declaraties van 27 januari 2017 (€ 4.800,-) en van 3 april 2017 (€ 3.200,-) vermeld. De declaratie van 1 maart 2017 (€ 4.588,-) is per abuis achterwege gelaten. In de betalingsherinneringen is dus slechts een totaalbedrag van € 8.000,- teruggevorderd, terwijl de totale terugvordering € 12.558,- bedraagt. De ziektekostenverzekeraar biedt zijn oprechte excuses aan voor de onduidelijkheid, die hierdoor mogelijk is ontstaan.
- 5.6. Op 10 november 2017 is aan verzoekster een PGB vv toegekend voor het jaar 2018. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat op dat moment nog niet was geconcludeerd dat verzoekster haar administratie niet op orde had. Op basis van de dossiercontrole was slechts geconcludeerd dat het PGB vv niet juist was besteed, omdat de zorgverlener niet giraal was betaald. Pas nadat de ziektekostenverzekeraar op 2 januari 2018 de bankoverschrijvingen had ontvangen, en daaruit meer hiaten in de administratie waren gebleken, heeft hij geconcludeerd dat verzoekster haar administratie niet op orde had. Verzoekster is hier op 17 januari 2018 van op de hoogte gesteld. Op dat moment was de toekenningsverklaring voor het jaar 2018 echter al gegeven.
- 5.7. Op 1 februari 2018 heeft verzoekster een nota voor wijkverpleging voor januari 2018 ter declaratie ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster medegedeeld dat deze nota voor vergoeding in aanmerking komt. Voorts is aan verzoekster medegedeeld dat deze vergoeding zou worden verrekend met de openstaande terugvordering. Deze verrekeningsbevoegdheid wordt ontleend aan artikel 6:127 BW. Echter, op 3 april 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar een creditnota ontvangen van de zorgaanbieder. De zorgaanbieder heeft toegelicht dat hij de nota rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar zal indienen. Daarom is de eerder toegekende vergoeding gecorrigeerd. Verzoekster is hierover geïnformeerd. De verrekening van deze vergoeding met de terugvordering van het PGB vv van 2017 is hiermee ook komen te vervallen. Verzoekster is dus opnieuw het volledige over 2017 gedeclareerde bedrag van € 12.558,- verschuldigd. Op 11 april 2018 heeft de zorgaanbieder de betreffende nota voor de maand januari 2018 gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft de vergoeding rechtstreeks uitgekeerd aan de zorgaanbieder. Op 9 november 2018 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar gevraagd het PGB vv met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2018 te beëindigen, omdat zij gebruikmaakt van thuiszorg. Op 12 november 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar bevestigd dat het PGB vv is beëindigd vanaf 31 december 2017.

- 5.8. Verzoekster heeft gesteld in medische nood te verkeren, omdat de thuiszorginstelling aan haar heeft medegedeeld geen zorg meer te zullen verlenen omdat de kosten niet worden betaald. De ziektekostenverzekeraar kan verzoekster niet volgen in haar stelling. Allereerst heeft zij, door het PGB vv met terugwerkende kracht te beëindigen, zelf te kennen gegeven in 2018 geen prijs te stellen op een PGB vv. Daarnaast is de verrekening ongedaan gemaakt. De nota van januari 2018 is in april 2018 rechtstreeks aan de zorgaanbieder vergoed. Er kan dan ook niet worden gesteld dat het onbetaald blijven van de factuur voor januari 2018 voor de zorgaanbieder reden is te stoppen met het verlenen van de zorg
- 5.9. Als een verzekerde gebruik wenst te maken van een PGB vv, stemt hij in met de verantwoordelijkheden en verplichtingen die hierbij horen. Op de ziektekostenverzekeraar rust de verantwoordelijkheid om goed te controleren of zorgvuldig is omgegaan met het uitbetalen van zorgkosten en te handhaven indien de verplichtingen niet worden nagekomen. Verzoekster behoorde de bij het PGB vv behorende verplichtingen te kennen. Gebleken is echter dat zij in strijd met het reglement haar zorgverlener niet giraal heeft betaald en geen sluitende administratie heeft bijgehouden. Hierdoor kan niet worden gecontroleerd of daadwerkelijk voor de zorg is betaald. Bovendien heeft verzoekster niet in lijn met de indicatiestelling gedeclareerd. Ook dit is in strijd met het Reglement Zvw-pgb (artikelen 7.1 en 8.5). Verzoekster heeft immers de zorg die voor heel 2017 was geïndiceerd, in de periode van 1 januari 2017 tot en met 1 april 2017 verbruikt. Dit valt onder de verantwoordelijkheid van de verzoekster. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat de terugvordering ingrijpende financiële gevolgen heeft voor verzoekster. Omdat echter niet aannemelijk of inzichtelijk is gemaakt dat daadwerkelijk voor de zorg is betaald, dient haar persoonlijke belang te wijken voor het algemene belang van handhaving in geval van niet-nagekomen verplichtingen.
- 5.10. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar zijn brief van 14 februari 2019.
- 5.11. 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 bindend advies uit te brengen.
7. Het geschil
- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 12.558,- van verzoekster mag terugvorderen, dan wel dat aanleiding bestaat deze terugvordering te matigen, en of de ziektekostenverzekeraar gehouden is haar de kosten van de onderhavige procedure te vergoeden.
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 restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen 1 e.v. van de 'verzekerde zorg basisverzekering' van de zorgverzekering.
- 8.3. Artikel 28 van de 'verzekerde zorg basisverzekering' 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:

"(...) 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. In artikel 7.3, tweede lid, van het Reglement Zvw-pgb van de ziektekostenverzekeraar is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar gerechtigd is controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die is gedeclareerd ook daadwerkelijk is geleverd door de zorgverlener en in lijn is met de indicatiestelling.

8.5. In artikel 8 van het Reglement Zvw-pgb van de ziektekostenverzekeraar zijn de verplichtingen van de PGB-houder vastgelegd. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

6 U bent verplicht om een dossier Zvw-pgb te beheren en na het beëindigen van het Zvw-pgb voor minimaal 5 jaar te bewaren.

Dit dossier bevat tenminste:

a de volledige pgb-aanvraagformulierenset inclusief bijlagen, indicatie en zorgovereenkomsten,
b facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat,
c bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB),
d kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties,
e een beschikking van de rechtbank als u een wettelijk vertegenwoordiger heeft.

(...)"

8.6. In artikel 9 van het Reglement Zvw-pgb van de ziektekostenverzekeraar is bepaald dat het PGB vv kan worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toekenning als betrokkene niet voldoet aan de in het reglement gestelde verplichtingen en voorwaarden.

8.7. In artikel 6:127 Bw is het volgende bepaald:

"1 Wanneer een schuldenaar die de bevoegdheid tot verrekening heeft, aan zijn schuldeiser verklaart dat hij zijn schuld met een vordering verrekent, gaan beide verbintenissen tot hun gemeenschappelijk beloop teniet.

2 Een schuldenaar heeft de bevoegdheid tot verrekening, wanneer hij een prestatie te vorderen heeft die beantwoordt aan zijn schuld jegens dezelfde wederpartij en hij bevoegd is zowel tot betaling van de schuld als tot het afdwingen van de betaling van de vordering.

3 De bevoegdheid tot verrekening bestaat niet ten aanzien van een vordering en een schuld die in van elkaar gescheiden vermogens vallen."

8.8. Artikel 28 van de 'verzekerde zorg basisverzekering' van de zorgverzekering en het Reglement Zvw-pgb 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).

8.9. 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 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 behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld, als omschreven in artikel 2 van het Reglement Zvw-pgb van de ziektekostenverzekeraar. Op basis hiervan is haar op 14 november 2016 door de ziektekostenverzekeraar een PGB vv toegekend voor het jaar 2017 met een budget van totaal € 12.558,--.

Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of de ziektekostenverzekeraar het aan verzoekster uitgekeerde PGB vv voor 2017 van haar mocht terugvorderen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.

9.2. Verzoekster heeft in de eerste plaats aangevoerd dat niet is gebleken dat het bedrag dat door de ziektekostenverzekeraar wordt teruggevorderd inderdaad door hem is betaald. De ziektekostenverzekeraar heeft in reactie hierop aan de commissie medegedeeld dat begin 2017 drie betalingen hebben plaatsgevonden, tot een bedrag van totaal € 12.558,--, met vermelding van de data van de beslissingen waarmee deze aan verzoekster zijn aangekondigd. Verzoekster heeft hierna niet gesteld dat zij de betreffende vergoedingen niet heeft ontvangen. Hiermee is aannemelijk dat de betaling van € 12.558,-- aan verzoekster heeft plaatsgevonden. De volgende vraag is of het bedrag terecht wordt teruggevorderd.

9.3. Verzoekster heeft in dit verband verklaard dat zij de door haar bij de ziektekostenverzekeraar ter declaratie ingediende kosten ter zake van het PGB vv contant heeft voldaan aan de zorgverlener. In artikel 8, zesde lid, onder c, van het Reglement Zvw-pgb van de ziektekostenverzekeraar is bepaald dat betrokkene verplicht is een dossier Zvw-pgb te beheren en dat dit dossier ook bancaire betalingsbewijzen moet bevatten. Hierbij is expliciet vermeld dat bewijzen van contante betalingen

niet worden geaccepteerd. Ook in de bijlage bij de toekenningsbeslissing van 14 november 2016 is duidelijk vermeld dat de zorg niet contant mag worden betaald. Verzoekster heeft betoogd dat uit de door haar overgelegde stukken blijkt dat zij de zorgverlener daadwerkelijk heeft betaald. De commissie deelt deze mening niet. Het PGB vv is verleend voor het jaar 2017. Overgelegd is de aangifte Inkomstenbelasting 2016 van de zorgverlener.


- 9.4. Voorts heeft verzoekster aangevoerd dat het bedrag van € 12.558,-- niet van haar mag worden teruggevorderd gezien haar bijzondere situatie. Verzoekster heeft in dit verband verklaard dat haar inkomen lager is dan de beslagvrije voet. Het enkele feit dat iemand een laag inkomen heeft, sluit niet uit dat de ziektekostenverzekeraar een bedrag mag terugvorderen. De beslagvrije voet speelt alleen een rol indien op (een deel van) het inkomen beslag wordt gelegd, hetgeen momenteel niet aan de orde is.
- 9.5. Verzoekster heeft verder gesteld dat zij als gevolg van de openstaande vordering geen persoonlijke verzorging meer ontvangt, omdat de ziektekostenverzekeraar de vergoeding van de nota van januari 2018 heeft verrekend met de openstaande vordering waardoor verzoekster de thuiszorginstelling niet kan betalen. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit kader aangevoerd dat de betreffende nota in eerste instantie zou worden vergoed aan verzoekster, maar vervolgens dat de vergoeding zou worden verrekend met de nog openstaande vordering. Op grond van het bepaalde in artikel 6:127 BW mag de ziektekostenverzekeraar dit doen. Hierop is de nota echter door de zorgaanbieder gecrediteerd. De zorgaanbieder heeft de nota daarna rechtstreeks gedeclareerd bij de ziektekostenverzekeraar, die deze heeft vergoed. Bovendien is het PGB vv voor 2018 op verzoek van verzoekster met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2018 beëindigd. De kosten van de thuiszorg in 2018 zijn dus vergoed aan de zorgaanbieder. De vergoeding voor januari 2018 is door de creditering van de nota niet verrekend met de openstaande vordering. Daarnaast is in het verzoek om beëindiging van het PGB vv vermeld dat verzoekster sinds lange tijd gebruik maakt van thuiszorg. Uit het voorgaande blijkt voldoende dat verzoekster in 2018 de persoonlijke verzorging heeft ontvangen waarop zij was aangewezen. Zij is door de ingestelde vordering dus niet in medische nood geraakt.
- 9.6. Verzoekster heeft tot slot naar voren gebracht dat geen redelijke belangenafweging heeft plaatsgevonden. De commissie neemt aan dat zij hiermee een beroep doet op de redelijkheid en billijkheid zoals is bedoeld in artikel 6:248 BW. Verzoekster heeft in de procedure echter geen argumenten of omstandigheden aangevoerd op grond waarvan het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is dat het bepaalde in het Reglement Zvw-pgb toepassing vindt en dat de ziektekostenverzekeraar het over 2017 uitgekeerde PGB vv van haar terugvordert.
- 9.7. Uit het voorgaande is gebleken dat verzoekster niet heeft voldaan aan de in het Reglement Zvw-pgb gestelde verplichtingen. Daarom mocht de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 9, onder 3, van voornoemd reglement het PGB vv met terugwerkende kracht herzien vanaf 1 januari 2017. In het verlengde hiervan mocht de ziektekostenverzekeraar het over 2017 uitgekeerde PGB vv ten bedrage van € 12.558,-- van verzoekster terugvorderen.

Proceskosten

- 9.8. Verzoekster heeft tevens aanspraak gemaakt op vergoeding van de door haar gemaakte kosten van de procedure. De commissie ziet tot toewijzing van dit onderdeel van het verzoek geen aanleiding, aangezien hiervoor is vastgesteld dat de door de ziektekostenverzekeraar ingestelde terugvordering terecht is.

Conclusie

- 9.9. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.
10. Het bindend advies



10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 mei 2019,



J.A.M. Strens-Meulemeester

