



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep
Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg en OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende
Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB),
intrekking met terugwerkende kracht en terugvordering

Zaaknummer : 201700845

Zittingsdatum : 12 september 2018

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

(Voorwaarden zorgverzekering 2015 en 2016, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 (oud) Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015 en 2016)

1. Partijen

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

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, en
 - 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg,
- 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 Zorg-op-maatpolis (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.

De eveneens ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar afgesloten aanvullende ziektekostenverzekering Gemeenten Extra is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster ontving vanaf 1 januari 2015 van de ziektekostenverzekeraar een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 8 november 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld het PGB vv met terugwerkende kracht tot 1 januari 2015 in te trekken en het uitgekeerde bedrag van € 21.696,59 terug te vorderen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 16 februari 2017 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 27 december 2017 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar (i) het PGB vv niet met terugwerkende kracht tot 1 januari 2015 mag beëindigen en (ii) het bedrag van € 21.696,59 niet mag terugvorderen (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 15 juni 2018 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 20 juni 2018 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 4 juli 2018 schriftelijk medegedeeld in persoon te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 19 juli 2018 schriftelijk medegedeeld eveneens in persoon te willen worden gehoord.
- 3.8. 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.
- 3.9. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 september 2018 in persoon gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Aan verzoekster is door de ziektekostenverzekeraar een PGB vv toegekend over de periode van 1 januari 2015 tot en met 31 december 2015 en van 1 januari 2016 tot en met 31 december 2016. De ziektekostenverzekeraar heeft nadien besloten het PGB vv met terugwerkende kracht tot 1 januari 2015 in te trekken, de ingediende en nog niet vergoede declaraties niet te vergoeden en de reeds gedane uitkeringen terug te vorderen. Met deze beslissing kan verzoekster zich om de volgende redenen niet verenigen.
- 4.2. Verzoekster meent dat de vaststelling van haar zorgbehoefte op een juiste wijze heeft plaatsgevonden en dat de procedure, de wetgeving, de toekennings- en handhavingsvoorwaarden met betrekking tot het PGB vv in zowel 2015 als in 2016 op alle fronten zijn nageleefd. Ook heeft zij in haar brief van 4 december 2016 alle vragen van de ziektekostenverzekeraar inhoudelijk beantwoord. Verzoekster heeft hierbij toegelicht dat de zorgbeschrijvingen niet overeenkomen met de daarvoor gedeclareerde tijden, omdat deze laatste in de praktijk kunnen afwijken. Het knippen van nagels kan bijvoorbeeld meer tijd in beslag nemen dan gepland en ter voorbereiding van de rituele gebedsverrichtingen kan het noodzakelijk zijn het lichaam meerdere keren te wassen. Verzoekster heeft verder de ziektekostenverzekeraar de door hem gevraagde stukken toegestuurd, waaronder een overzicht waaruit blijkt op welke tijdstippen zij van welke zorgverlener zorg heeft ontvangen, weeschema's met betrekking tot de jaren 2015 en 2016, een planning en een weergave van de daadwerkelijk verleende zorg. Ook zijn betaalbewijzen in de vorm van factuuroverzichten overgelegd. De ziektekostenverzekeraar is hierop niet ingegaan, zodat sprake is van een onvoldoende gemotiveerde beslissing.
- 4.3. Ten aanzien van de betaling, besteding en afname van de Persoonlijke Verzorging was verzoekster te goeder trouw. Dat anderen verkeerde inschattingen hebben gemaakt en hebben gedwaald door de veranderde wetgeving in 2015 en 2016, bijvoorbeeld door een foutief uurtarief in te rekening te brengen, kan haar derhalve niet worden aangerekend. Hierbij merkt verzoekster op dat de zorgaanbieder heeft verklaard dat zij die fout niet had kunnen voorkomen en dat deze bovendien is hersteld. Ook benadrukt zij dat in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2015) van de ziektekostenverzekeraar het vereiste van bancaire betaling niet is opgenomen en dat de zorgaanbieder geen bezwaar had tegen contante betaling.
- 4.4. De aanleiding tot de intrekking en terugvordering staat voorts niet in verhouding tot de zeer verstrekkende gevolgen van deze maatregelen. Een van die gevolgen is dat verzoekster verstoken is geraakt van de voor haar noodzakelijke zorg. Dit had kunnen worden vermeden indien de ziektekostenverzekeraar haar in de gelegenheid had gesteld de situatie te herstellen of een andere

zorgverlener te zoeken. Verzoekster is weliswaar gewezen op de mogelijkheid van zorg in natura, maar deze zorg is voor haar ontoereikend. De ziektekostenverzekeraar had, gelet op zijn zorgplicht, een minder vórstreckende maatregel moeten opleggen in plaats van het 'ultimum remedium' waarvoor hij nu heeft gekozen. Ook had hij beter moeten motiveren waarom deze beslissing volgens hem noodzakelijk was. Verzoekster wijst erop dat de ziektekostenverzekeraar de reeds vergoede declaraties niet op haar moet verhalen, maar op de zorgaanbieder, omdat deze de fouten heeft gemaakt.

4.5. Alles overziend is voldaan aan artikel 4.9 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2015 en 2016) van de ziektekostenverzekeraar en worden de aannames van de ziektekostenverzekeraar dat aan verzoekster geen zorg is verleend door de zorgaanbieder en dat de verleende zorg niet door haar is betaald niet ondersteund door objectieve en verifieerbare gegevens. Gelet op het voorgaande bestaat volgens verzoekster daarom geen grond voor het eenzijdig met terugwerkende kracht intrekken van het PGB vv met ingang van 1 januari 2015 en het terugvorderen van de reeds uitgekeerde bedragen.

4.6. Ter zitting heeft verzoekster benadrukt dat de onregelmatigheden in de administratie die hebben geleid tot de intrekking van het PGB vv met terugwerkende kracht tot 1 januari 2015 en de terugvordering van een bedrag van € 21.696,59 zijn veroorzaakt door de zorgaanbieder en niet door haar zelf. In dit verband merkt zij op dat zij niet kan lezen en schrijven. Tevens heeft verzoekster ter aanvulling aangevoerd dat haar zoon de nota's met betrekking tot de betreffende zorg op aanwijzing van de zorgaanbieder contant heeft betaald.

4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Uit onderzoek van het CZ zorgkantoor blijkt dat de betrokken zorgaanbieder in de jaren 2013, 2014, 2015 en 2016 fraude heeft gepleegd. De zorgaanbieder heeft handtekeningen vervalst, budgethouders geen zorg gegeven en zorg gedeclareerd die niet is geleverd. Ook wanneer budgethouders geen dagbesteding en/of begeleiding afnamen, werd dit door de zorgaanbieder gefactureerd. Budgethouders zijn onder druk gezet geen aangifte te doen en een akte van cessie in te dienen bij het Zorgkantoor. Gelet op de bevindingen van het Zorgkantoor heeft de ziektekostenverzekeraar besloten onderzoek te doen naar de declaraties met betrekking tot zorg die ten laste van de zorgverzekering is verleend door deze zorgaanbieder. Hierover is verzoekster op 11 juli 2016 geïnformeerd.

5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster in het kader van het onderzoek gevraagd om diverse stukken, waaronder (i) de zorgovereenkomst met de zorgaanbieder voor 2015 en 2016, (ii) bankafschriften waaruit blijkt dat de gedeclareerde zorg is betaald aan de zorgaanbieder, (iii) urenlijsten waarop de tijden van de zorgverlening zijn vermeld, en (iv) het zorgplan met betrekking tot 2015 en de eerste helft van 2016. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster enkele vragen gesteld. Deze vragen luiden als volgt:

"Bij het beoordelen van de declaraties vallen ons een aantal zaken op:

- er is sprake van een verschillend tarief over 2016. In de eerste weken van 2016 wordt een bedrag van € 45,00 per uur gedeclareerd, daarna wordt dit bedrag verlaagd naar € 38,00 per uur;*
- het aantal minuten bij 'het wassen van delen van het lichaam' klopt niet. Kunt u dit verklaren?*
- op dezelfde dagen wordt zowel een deel van het lichaam gewassen als het volledige lichaam, hebt u hiervoor een verklaring?*
- er staat regelmatig zowel tijd geschreven bij volledig aan- en uitkleden en gedeeltelijk aan- en uitkleden. Kunt u dit verklaren?*
- er staat geen tijd geregistreerd bij het aan- en uittrekken van steunkousen, terwijl dit zowel in de indicatie staat als [in] de beschrijving van de zorg door [naam zorgaanbieder]. Hebt u hiervoor een verklaring?*
- helpen bij het eten van een warme maaltijd is niet opgenomen in de beschrijving van de zorg. Kunt u hiervoor een verklaring geven?*

- er staat geen tijd geregistreerd bij het in- en uit bed gaan, terwijl dit wel als zodanig in de indicatie staat en in de beschrijving van de zorg door [naam zorgaanbieder]. Kunt u dit verklaren?
- er wordt regelmatig 10 minuten gedeclareerd voor de zorg voor de tanden en de nagels. In de beschrijving van de zorg staat dat hier 5 minuten per keer aan wordt besteed. Kunt u hiervoor een verklaring geven?"

- 5.3. Verzoekster heeft de zorgovereenkomsten voor 2015 en 2016 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De zorgovereenkomst voor 2015 had echter geen betrekking op zorgverlening in het kader van de Zvw. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoekster de 'werkinstructiekaarten' ontvangen. Verzoekster heeft de door de ziektekostenverzekeraar gestelde vragen inhoudelijk niet beantwoord. Integendeel, haar reactie heeft juist meer vragen opgeroepen. Aangezien verzoekster geen bankafschriften heeft overgelegd, heeft zij niet aangetoond dat zij de facturen van de zorgaanbieder heeft betaald. Omdat de urenlijsten ontbreken twijfelt de ziektekostenverzekeraar voorts ernstig of aan verzoekster zorg is verleend door de zorgaanbieder. Alles overziend voldoet verzoekster niet aan haar verplichtingen, zoals opgenomen in artikel 6.7, onderdelen a, b, c en f, het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van de ziektekostenverzekeraar. Om die reden heeft de ziektekostenverzekeraar het PGB vv op grond van artikel 4.9, onderdelen a, b, c en f van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van de ziektekostenverzekeraar met terugwerkende kracht tot 1 januari 2015 ingetrokken. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar de nog niet vergoede declaraties afgewezen en de reeds uitgekeerde bedragen teruggevorderd.
- 5.4. De 'werkinstructiekaarten' en de declaratieformulieren komen vaak niet met elkaar overeen. In 2016 zijn bijvoorbeeld enkele geïndiceerde zorgactiviteiten, zoals hulp bij het in en uit bed komen en bij het aan- en uittrekken van de steunkousen en het korset, niet verleend. Daarentegen zijn enkele niet-geïndiceerde zorgactiviteiten, zoals hulp bij het verplaatsen in een zit- of lighouding, hulp bij de maaltijden en bij het aanreiken van medicatie, wel verricht. Verder is het opvallend dat voor 2016 opnieuw hulp bij het aan- en uittrekken van de steunkousen en bij het in en uit bed gaan is geïndiceerd, terwijl deze zorgactiviteiten vanaf september 2015 niet meer zijn verleend. Ook is voor 2016 geen hulp bij de broodmaaltijden en warme maaltijden geïndiceerd, terwijl de aan deze zorgactiviteiten bestede tijd vanaf december 2015 was verdubbeld. Enkele declaratieformulieren met betrekking tot 2015 zijn opvallend, aangezien de weeknummers niet altijd correct zijn en de datum niet altijd correspondeert met de betreffende dag. Bovendien blijkt hieruit dat verzoekster vaker wordt gewassen dan dat zij wordt aan- en uitgekleeft. Voorts is in 2015 gedurende een periode van zes weken kennelijk geen zorg aan verzoekster verleend. Toch is het PGB vv aan het einde van het jaar nagenoeg verbruikt. Dit laatste is het gevolg van een verdubbeling van de tijd voor nagenoeg alle zorgactiviteiten in de maand december 2015.
- 5.5. De door verzoekster overgelegde bankafschriften, met als omschrijving "*t b.v. [naam zorgaanbieder] facturen PV maanden januari, februari en maart 2016*", waaruit blijkt dat zij € 3.750,- heeft betaald aan Woon Zorg Regie Bureau (WZRB) bevreedden de ziektekostenverzekeraar. Het is de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk wat de grondslag voor deze betaling is geweest, aangezien WZRB een ander bedrijf is dan dat van de zorgaanbieder. Verder komt het bedrag niet overeen met de facturen van de betreffende maanden. Verzoekster heeft geen toelichting gegeven op een en ander.
- 5.6. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar ter aanvulling aangevoerd dat verzoekster niet voldoende verantwoordelijkheid heeft genomen voor de administratie van het PGB vv. Evenwel is bij haar geen sprake van fraude. Daarnaast gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat hij de vordering van verzoekster op de zorgaanbieder niet namens haar op hem verhaalt.
- 5.7. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.
6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22. van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering (2015 en 2016) 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 (i) de ziektekostenverzekeraar het PGB vv met terugwerkende kracht tot 1 januari 2015 mocht intrekken, en (ii) of het de ziektekostenverzekeraar is toegestaan de door hem na 1 januari 2015 ter zake uitgekeerde bedragen terug te 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 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 B.1. tot en met B.26. van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering (2015 en 2016).

8.3. Artikel B.26. van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering (2015) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op wijkverpleging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“(…)

Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering of een hoog risico op die zorg. De zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement.

(…)

Voorwaarden

Algemeen

In bepaalde gevallen kunt u voor wijkverpleging ook een PGB (Persoons Gebonden Budget) aanvragen bij ons. In het Reglement PGB Verpleging & Verzorging, wat deel uit maakt van deze verzekeringsvoorwaarden leest u daar meer over.

(…)”

Artikel B.26. van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering (2016) is gelijkloidend.

8.4. Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2015) van de ziektekostenverzekeraar 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: (...)

2. U langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging bent aangewezen. Hierbij zijn de functiebeperkingen niet veroorzaakt door normale verouderingsprocessen.

Hierbij geldt ook:

- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een wettelijk vertegenwoordiger (ouder, curator, bewindvoerder of een mentor) de taken en verplichtingen die aan het pgb vv verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt o.a. in contracten afsluiten en controleren met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten;

- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw wettelijk vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van werkgeverschap.
- dat u in staat bent de zorgverleners die u heeft gecontracteerd 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."

Artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van de ziektekostenverzekeraar kent een gelijke strekking.

- 8.5. Artikel 4 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2015) van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

4.9 Wanneer wordt uw pgb vv herzien of ingetrokken?

Uw pgb vv kan worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toestemming als:

- a. u de informatie die wij bij u opvragen niet dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;*
 - b. u niet meewerkt aan een dossieronderzoek;*
 - c. er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis [van] wet en/of regelgeving naar voren komen;*
 - d. u onvoldoende aannemelijk kunt maken dat het pgb vv zal voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit;*
 - e. u onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt en de juiste/volledige gegevens tot een andere beslissing zouden hebben geleid;*
 - f. u zelf verzoekt om beëindiging van het pgb vv;*
 - g. als u niet meewerkt aan het huisbezoek in relatie tot de dossiercontrole;*
 - h. u niet het reglement pgb vv naleeft.*
- (...)"*

- 8.6. Artikel 4 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"(...) *4.9 Wanneer wordt uw pgb vv herzien of ingetrokken?*

Uw pgb vv kan worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toestemming als:

- a. u de informatie die wij bij u opvragen niet dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;*
 - b. u niet meewerkt aan een dossieronderzoek;*
 - c. er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis [van] wet- en/of regelgeving naar voren komen.*
 - d. u onvoldoende aannemelijk kunt maken dat het pgb vv zal voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit;*
 - e. u onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt en de juiste/volledige gegevens tot een andere beslissing zouden hebben geleid;*
 - f. u het reglement pgb vv niet naleeft;*
 - g. u gedurende de looptijd van het pgb een nieuwe (wettelijke) vertegenwoordiger aanwijst, danwel voor het eerst met een (wettelijke) vertegenwoordiger gaat werken en u met deze vertegenwoordiger, naar het oordeel van uw verzekeraar, niet in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het pgb vv verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren. U dient elke wijziging van (wettelijke) vertegenwoordiger direct door te geven via het wijzigingsformulier Zvw-vgb, dat u kunt vinden op onze internetsite.*
 - h. u Zorg In Natura afneemt bij zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier hebt aangegeven.*
- (...)"*

- 8.7. Artikel 6 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2015) van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"6.1 Als u er voor kiest om zorg in te kopen via een pgb vv, betekent dit dat u zelf overeenkomsten sluit met zorgverleners. Hierin legt u afspraken over de te leveren zorg vast en hoeveel u daarvoor betaalt. De zorgverlener en u tekenen deze overeenkomst(en). Wij kunnen deze overeenkomst bij u opvragen. Een voorbeeld overeenkomst vindt u op onze website of kunt u bij ons opvragen.

(...)

6.4 U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoop.

6.5 De indicerende verpleegkundige is verantwoordelijk voor indicatiestelling, zorgplan en evaluatie van de indicatiestelling of herijking van de indicatie. De indicerende verpleegkundige is niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die u inkoop met uw pgb vv.

(...)

6.7 U bent verplicht om een dossier te beheren en na het beëindigen van het pgb vv voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste: het volledige pgb aanvraagformulieren set, zorgovereenkomsten, het eventueel benodigde uitvoeringsverzoek dat door een bevoegd medisch professional is getekend, beschikking van de rechtbank in geval van een wettelijk vertegenwoordiger, kopie nota's van zorgverleners en kopie ingediende declaraties. U bent voorts verplicht om gegevens uit dit dossier aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen.

6.8 U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige en de huisarts om uw medische gegevens omtrent deze pgb vv aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien, op het moment dat het nodig is voor een juiste uitvoering van uw verzekering. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur."

- 8.8. Artikel 6 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2016) van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"6.1 Als u er voor kiest om zorg in te kopen via een pgb vv betekent dit dat u zelf overeenkomsten sluit met zorgverleners. Hierin legt u afspraken over de te leveren zorg vast en hoeveel u daarvoor betaalt. De zorgverlener en u tekenen deze overeenkomst(en). Wij kunnen deze overeenkomst bij u opvragen. Een voorbeeld overeenkomst vindt u op onze website.

(...)

6.3 U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoop

(...)

6.5 U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget in overeenstemming is met de gestelde indicatie. Wij adviseren u dan ook om de geïndiceerde uren evenredig te verdelen over de looptijd van uw budget

6.6 U bent zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg die u inkoop met uw pgb vv. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door door u gecontracteerde zorgverleners.

6.7 U bent verplicht om een dossier te beheren en na het beëindigen van het pgb vv voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste:

- de volledige pgb aanvraagformulieren set zorgovereenkomsten inclusief bijlagen/zorgplan,
- de beschikking van de rechtbank in geval van een wettelijk vertegenwoordiger
- facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat,
- bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB),
- kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties.

U bent voorts verplicht om gegevens uit dit dossier zo spoedig mogelijk aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen. Ook als de Sociale Verzekeringsbank (SVB) aan uw zorgverleners betaalt, moet u zelf dit dossier beheren

(...)"

- 8.9. Artikel 8 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2015) van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"8.1 Het kan zijn dat u voor 1 januari 2015 al een AWBZ pgb had voor de functies persoonlijke verzorging en verpleging waarbij de geldigheid van die indicatie doorloopt in 2015. Als dit het geval is, dan is het onderstaande op u van toepassing.

8.2 Uw recht op persoonlijke verzorging en verpleging vanuit de AWBZ wordt per 1 januari 2015 omgezet naar een aanspraak op verpleging en verzorging ten laste van de Zorgverzekeringswet, conform het gestelde in artikel 1.1.

8.3 U behoudt uw recht op zorg in de vorm van een pgb vv zolang de geldigheidsduur van uw oude AWBZ indicatie in 2015 niet verloopt, maar uiterlijk tot en met 31 december 2015.

(...)

8.5 De artikelen 2, 3, 4 (excl. 4.9, 4.10 en 4.11), 5 (excl. 5.2), 6.7 en 7.6 zijn niet van toepassing als u onder deze overgangsregeling valt.

8.6 De artikelen 4.9, 4.10, 4.11 en 5.2. zijn wel van toepassing als u onder deze overgangsregeling valt.

8.7 Na afloop van deze overgangsregeling blijven alle overige artikelen in dit reglement onverkort van toepassing op uw pgb vv."

- 8.10. Artikel B.26. van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering (2015 en 2016), de artikelen 2, 4 en 6 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2015 en 2016) van de ziektekostenverzekeraar en artikel 8 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2015) van de ziektekostenverzekeraar, zijn volgens artikel A.2.4. van de 'Voorwaarden' van de zorgverzekering (2015 en 2016) gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).
- 8.11. 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 zijn 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.
- 8.12. 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. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster in de jaren 2015 en 2016 behoorde tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld, als omschreven in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2015 en 2016) van de ziektekostenverzekeraar. In dat kader is door de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster een PGB vv verstrekt. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is de vraag of de ziektekostenverzekeraar (i) het PGB vv met terugwerkende kracht tot 1 januari 2015 mocht intrekken en (ii) de reeds uitgekeerde bedragen van in totaal € 21.696,59 mocht terugvorderen. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.2. De ziektekostenverzekeraar heeft zich onder andere beroepen op artikel 6.7 van zijn 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2015 en 2016), waarin is bepaald dat de budgethouder verplicht is een dossier te beheren en te archiveren, waarin een aantal specifiek genoemde stukken zich moet bevinden. In het bijzonder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoekster geen bancaire betalingsbewijzen heeft overgelegd. Verzoekster heeft dit erkend en toegelicht dat deze een deel van de periode niet aanwezig zijn in verband met contante betalingen aan de zorgaanbieder. In het reglement van 2016 is nadrukkelijk bepaald dat bewijzen van contante betalingen niet worden geaccepteerd, zodat het beroep van de ziektekostenverzekeraar op artikel 6.7 voor dat jaar slaagt. In het reglement van 2015 zijn bewijzen van contante betalingen evenwel niet uitgesloten. Naar de commissie begrijpt, is het dossier wél compleet indien deze bewijzen worden meegenomen, zodat het beroep van de ziektekostenverzekeraar op artikel 6.7 van het reglement 2015 faalt. In 2015 is in het reglement evenwel ook bepaald dat de budgethouder verantwoordelijk is voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die hij inkoop. De ziektekostenverzekeraar heeft uitvoerig uiteengezet waarom hij van mening is dat de geleverde zorg niet aan de kwaliteitseisen voldoet. Zo zijn bijvoorbeeld handelingen verricht die niet zijn geïndiceerd, terwijl handelingen die wél zijn geïndiceerd, niet zijn verricht. Ook is gedurende een deel van het tijdsvak geen zorg geleverd en daarom niet gedeclareerd, terwijl in de periode daarna zorg 'dubbel' is gedeclareerd. Verzoekster heeft de gerezen twijfels omtrent de kwaliteit en doelmatigheid van de ingekochte zorg niet weggenomen. Aangezien zij verantwoordelijk is voor het handelen en nalaten van de door haar ingeschakelde zorgverlener (artikel 6.4 respectievelijk 6.6 van het reglement), kan de stelling dat de zorgverlener fouten heeft gemaakt en dat dit haar niet kan worden aangerekend, niet slagen.
- 9.3. Het voorgaande leidt ertoe dat de ziektekostenverzekeraar voor zowel 2015 als 2016 gerechtigd was het PGB vv met terugwerkende kracht tot de datum van toekenning in te trekken, een en ander gebaseerd op artikel 4.9 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (2015 en 2016) van de ziektekostenverzekeraar. Aangezien vanaf 1 januari 2015 geen aanspraak bestond op het PGB vv, heeft de ziektekostenverzekeraar het bedrag van totaal € 21.696,59 ten onrechte aan verzoekster uitgekeerd, en is hij gerechtigd dit terug te vorderen. Verzoekster is gehouden het bedrag aan de ziektekostenverzekeraar te voldoen.

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, 26 september 2018,

L. Ritzema