



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Geneeskundige zorg, verpleging en verzorging, persoonsgebonden
budget (PGB), indicatie, veronderstelde fraude

Zaaknummer : 201502952

Zittingsdatum : 18 mei 2016

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. mr. A.I.M. van Mierlo)

(Voorwaarden zorgverzekering 2015, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.36 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2015, art. 7:941 en 7:943 BW)

1. Partijen

De erven van A te B, hierna te noemen: verzoekers, vertegenwoordigd door C te B,
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 aanvraag was erflaatster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basispolis Basic (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1 onderdeel d Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van erflaatster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Compleetpolis afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 jo. artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tand Compact is niet in geschil en blijft daarom in het vervolg buiten beschouwing.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Erflaatster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Bij brief van 13 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflaatster medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend.
- 3.2. Erflaatster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 30 september 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflaatster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. Bij klachtenformulier van 2 november 2015 heeft erflaatster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.4. Erflaatster is op 18 november 2015 overleden.
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekers het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekers te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekers aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 januari 2016 medegedeeld alsnog over te gaan tot toekenning van het PGB vv over de periode van 1 mei 2015 tot de datum van overlijden van erflaatster (18 november 2015), mits stukken worden overgelegd waaruit blijkt dat zorg is geleverd in dit tijdvak. Een afschrift van de betreffende brief is op 8 januari 2016 aan verzoekers gezonden, met de vraag of hiermee het geschil is opgelost. Verzoekers hebben de commissie bij brief van 11 januari 2016 medegedeeld dat het geschil nog niet is opgelost, omdat de ingangsdatum van het PGB vv 14 april 2014 dient te zijn. Bij brief van 18 januari 2016 hebben verzoekers hierop een nadere toelichting gegeven. De ziektekostenverzekeraar is de mogelijkheid geboden op beide brieven te reageren, hetgeen hij bij brief van 1 februari 2016 heeft gedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft bij die gelegenheid medegedeeld dat de gevraagde stukken niet zijn overgelegd, zodat het PGB vv niet wordt toegekend. Dit stuk is ter kennisname aan verzoekers gezonden.
- 3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 18 februari 2016 medegedeeld dat hem is gebleken dat zorg in natura is gedeclareerd over de periode waarvoor het PGB vv wordt aangevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft in de betreffende brief nogmaals medegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend. Een afschrift van deze brief is aan verzoekers gezonden.
- 3.8. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekers hebben het antwoordformulier niet geretourneerd, waarop de commissie heeft besloten een hoorzitting in persoon te plannen. De ziektekostenverzekeraar heeft op 12 mei 2016 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.9. De commissie heeft besloten dat de hoorzitting overeenkomstig het bepaalde in artikel 10 lid 9 van het toepasselijke reglement plaatsvindt ten overstaan van één commissielid. Voorts heeft zij besloten dat de onderhavige zaak enkelvoudig wordt afgedaan.
- 3.10. Bij brief van 15 februari 2016 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114 lid 3 Zvw. Bij brief van 16 maart 2016 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2016020557) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen op de grond dat is gebleken dat aan erflaatster over de periode waarvoor het PGB vv wordt aangevraagd, zorg in natura is geleverd, die ook is vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is gelijktijdig met de uitnodiging voor de hoorzitting aan partijen gezonden.
- 3.11. Verzoekers en de ziektekostenverzekeraar zijn op 18 mei 2016 in persoon respectievelijk telefonisch gehoord. Partijen zijn daarbij in de gelegenheid gesteld te reageren op het advies van het Zorginstituut.
- 3.12. Bij brief van 19 mei 2016 heeft de commissie het Zorginstituut een afschrift van de aantekeningen van de hoorzitting gezonden met het verzoek mede te delen of deze aantekeningen aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. In reactie daarop heeft het Zorginstituut bij brief van 30 mei 2016 de commissie medegedeeld dat de aantekeningen geen aanleiding vormen tot aanpassing van het advies en dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekers
- 4.1. De huisarts heeft op 26 augustus 2014 ten aanzien van erflaatster verklaard: *"Bij [erflaatster] is recent een kwaadaardigheid in de longen vastgesteld. Op dit moment staat aanvullend onderzoek in naar de origine en uitgebreidheid van de kwaadaardigheid. Het is nog onduidelijk welke behandeling mogelijk is. Zij is op dit moment erg verzwakt. Heeft eigenlijk continu iemand nodig die op haar let. Daarnaast heeft zij insuline afhankelijk diabetes mellitus. Zij heeft hulp nodig bij het spuiten en meten van de glucose waardes. (...)"*.

- 4.2. Op 14 april 2014 heeft erflaatster bij de ziektekostenverzekeraar een PGB vv aangevraagd. Deze aanvraag werd niet in behandeling genomen. Zij heeft daarop een aanvraag ingediend bij het Zorgkantoor, die ook werd afgewezen. Erflaatster werd aangeraden in het nieuwe jaar een aanvraag in te dienen bij de ziektekostenverzekeraar.
Op 28 februari 2015, althans de facto op 5 maart 2015, werd een nieuwe aanvraag ingediend, waarbij werd gevraagd om vergoeding van 24 uur zorg per etmaal. De reden hiervoor was dat erflaatster zo ernstig ziek was dat zij gedurende 24 uur per dag zorg nodig had. Ook deze aanvraag werd door de ziektekostenverzekeraar niet in behandeling genomen.
Op 4 mei 2015 werd een derde aanvraag ingediend, die was ondertekend door de wijkverpleegkundige. In deze aanvraag werd een indicatie genoemd van 15,5 uur per week Persoonlijke Verzorging en 7 uur per week Verpleging. Deze aanvraag betrof de periode van 1 mei 2015 tot 1 november 2015. Op 13 augustus 2015 heeft de ziektekostenverzekeraar de betreffende aanvraag afgewezen, op de grond dat was getracht het PGB vv onder valse voorwendselen of op oneigenlijke grond te verkrijgen. Erflaatster heeft gevraagd om heroverweging van deze beslissing, maar de ziektekostenverzekeraar blijft bij zijn standpunt.
- 4.3. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 februari 2015, 6 maart 2015 en 4 mei 2015 aanvragen ingediend door erflaatster. De ziektekostenverzekeraar noemt de aanvraag van 6 maart 2015 als aanleiding het PGB vv af te wijzen, omdat hieronder een onjuiste handtekening staat. Onduidelijk is echter waarom de aanvraag van 11 februari 2015 niet aan de voorwaarden voldoet, aangezien de wijkverpleegkundige hierbij was betrokken, die toen reeds een indicatie had gesteld. Omdat de ziektekostenverzekeraar niet akkoord was met die aanvraag, heeft de wijkverpleegkundige ook de aanvraag van 4 mei 2015 ondertekend. Er is aan de zijde van erflaatster en haar familie geen sprake geweest van een onder valse voorwendselen ingediende aanvraag. Erflaatster verzandde in formulierenwerk en de ziektekostenverzekeraar bood haar geen hulp.
- 4.4. Een overeenkomst dient naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid te worden nageleefd en ten uitvoer te worden gelegd. Artikel 2 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar bepaalt wanneer een verzekerde voor het PGB vv in aanmerking komt. Het beroep van de ziektekostenverzekeraar op artikel 4.8 of op enige andere bepaling van het reglement is strijdig met de redelijkheid en billijkheid en dient daarom buiten toepassing te worden gelaten.
Nadat erflaatster was overleden, deelde de ziektekostenverzekeraar mede alsnog over de periode van 1 mei 2015 tot 18 november 2015 een PGB vv te verstrekken, mits een zorgovereenkomst, facturen en betaalbewijzen worden overgelegd. Deze eis is strijdig met de redelijkheid en billijkheid, aangezien erflaatster door ziekte niet in staat was de administratie te voeren, en zij ook niet de financiële middelen had het PGB vv voor te financieren.
- 4.5. De ziektekostenverzekeraar noemt in het reglement de mogelijkheid een 'bewust keuze gesprek' te voeren. Het lag op de weg van de ziektekostenverzekeraar dit gesprek met de verzorger van erflaatster te arrangeren en bij hem de benodigde gegevens op te vragen, te beginnen met de aanvraag van 11 februari 2015.
- 4.6. Ter zitting is door verzoekers toegelicht dat de aanvraag uitsluitend is gedaan voor een PGB vv in het kader van persoonlijke verzorging. De verpleging is aan erflaatster in natura verleend. Er is drie of vier keer een aanvraag gedaan voor een PGB vv. Pas bij de laatste aanvraag werd de indicatiestelling door de wijkverpleegkundige gedaan. In het begin werd erflaatster wel gedoucht. Dit was in de eerste twee weken, later vond deze zorg plaats door familieleden. Erflaatster gebruikte Prednison, waardoor haar bloedsuiker steeg. De kleindochter van erflaatster heeft twee jaar bij haar ingewoond om de bloedsuikerspiegel te controleren. De begeleiding bij het medicijngebruik is vaak door de kleindochter en schoonzoon van erflaatster verzorgd. Omdat ook de overige zorgverlening door de thuiszorgorganisatie niet altijd goed ging, is met de ziektekostenverzekeraar gebeld om te vragen een PGB vv toe te kennen. Steeds was onduidelijk hoe de in dat kader verstrekte aanvraagformulieren moesten worden ingevuld.

4.7. Verzoekers komen tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Voor erflaatster is een aanvraag ingediend voorzien van een valse naam en handtekening. De familie kan dit hebben gedaan uit bezorgdheid om erflaatster. Dit doet niets af aan het feit dat er onjuiste gegevens naar de ziektekostenverzekeraar zijn gestuurd met de bedoeling een PGB vv te verkrijgen. Dit vormt op zich al een reden de aanvraag voor het PGB vv af te wijzen. Daarnaast is de aanvraag ingediend voor een kortere periode dan één jaar, en is niet omschreven waaruit de zorg bestaat. De ziektekostenverzekeraar verstrekt alleen een PGB vv indien de zorg niet door gecontracteerde zorgverleners kan worden geleverd. Hiervan is niet gebleken.

5.2. Bij brief van 6 januari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekers het aanbod gedaan onder voorwaarden het PGB vv toe te kennen. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij de ingangsdatum van 1 mei 2015 gehanteerd, conform de laatste aanvraag. Daarnaast is verzocht om overlegging van bewijsstukken waaruit blijkt dat de zorg is geleverd.

De ingangsdatum van 14 april 2014 kan niet worden gehanteerd, omdat Persoonlijke Verzorging en Verpleging tot 1 januari 2015 ten laste kwamen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ, thans: Wet langdurige zorg, Wlz). De ziektekostenverzekeraar heeft navraag gedaan bij het Zorgkantoor, en hieruit bleek dat medio oktober 2014 een omzettingsverzoek is gedaan van zorg in natura naar een PGB vv. Dit omzettingsverzoek is afgewezen, omdat niet werd voldaan aan de eis met betrekking tot de geldigheidsduur van de indicatie. Bovendien is volgens de informatie van het Zorgkantoor zorg in natura geleverd over de periode van 7 augustus 2014 tot en met 31 december 2014, voor de functies Persoonlijke Verzorging en Verpleging.

5.3. Door verzoekers is geen administratie overgelegd, zodat niet controleerbaar en verifieerbaar is of en op welke wijze het PGB vv is ingezet. De lijn in de jurisprudentie van de bestuursrechter ten aanzien van het PGB vv is dat er een administratie moet zijn om de besteding van het PGB vv objectief te kunnen vaststellen. De omstandigheid dat erflaatster niet in staat was de administratie te voeren, alsmede het gegeven dat zij het PGB vv niet kon voorfinancieren, is voor de ziektekostenverzekeraar geen reden af te zien van deze voorwaarde. Als de verplichtingen rondom het PGB vv dermate problematisch voor haar waren, had het op de weg van erflaatster gelegen te kiezen voor zorg in natura. Inherent aan het PGB vv is de administratieve rompslomp. De verzekerde dient zich te vergewissen van de verplichtingen die het PGB vv met zich brengt. Deze verplichtingen zijn vastgelegd in het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar.

5.4. Bij brief van 18 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevuld dat over de periode van 1 januari 2015 tot en met november 2015 zorg in natura is gedeclareerd en vergoed voor erflaatster. Vast staat dat namens de budgethouder geen melding is gemaakt van de dubbele verstrekking, terwijl er wel door de betreffende zorginstellingen zorg werd geleverd. De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat onder deze omstandigheden sprake is van fraude als bedoeld in artikel 20 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Verzoekers willen onder valse voorwendselen en/of op oneigenlijke grond en/of wijze aanspraak krijgen op het PGB vv.

5.5. Ter zitting is door de ziektekostenverzekeraar herhaald dat destijds is besloten het PGB alsnog onder voorwaarden toe te kennen. Hiertoe moesten stukken worden aangeleverd. Volgens de gemachtigde van verzoekers waren deze er niet. Vervolgens bleek de zorg in natura te zijn geleverd door Zorggroep Lelie, waarvan Curadomi een onderdeel is, en Stichting Vitras. Daarbij ging het zowel om verpleging als persoonlijke verzorging. Dit is niet door verzoekers aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld, hoewel zij hiertoe gelet op artikel 20 van de zorgverzekering waren gehouden. Uiteindelijk is daarom geen PGB vv toegekend.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

- 6.1. Gelet op artikel 18 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

7. Het geschil

- 7.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

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 gecontracteerde zorg van door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieders. De aanspraak op zorg of diensten is geregeld onder het kopje 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel 26 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

"In artikel 16, 17, en 29 van de 'Aanspraken Basispolis Basic' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft echter ook in uw eigen omgeving aanspraak op verpleging en verzorging.

U heeft aanspraak 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 u verpleging en verzorging kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Achmea Reglement PGB verpleging en verzorging. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons aanvragen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen als zorg plegen te bieden.

Voorwaarde voor aanspraak

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. Artikel 2 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' 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, dat wil zeggen langer dan 1 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 onder andere in contracten afsluiten 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."

8.5. Artikel 3 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' luidt:

"Om voor een pgb vv in aanmerking te komen:

- 1) Heeft u een door een verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden nodig én
- 2) Moet u behoren tot de doelgroep zoals beschreven in artikel 2, én
- 3) Moet u er bewust voor kiezen om geen gebruik te maken van zorgverleners die door ons zijn gecontracteerd. Met dit pgb vv kunt u zelf de geïndiceerde verpleging en verzorging inkopen. Wij beoordelen de aanvraag voor het pgb vv.

Hierbij moet uw zorgvraag aansluiten bij een of meer van de volgende voorwaarden:

- u hebt vaak (meer dan 3 maal per week) zorg nodig op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties;
- u hebt zorg nodig die vooraf slecht is in te plannen. Dit omdat deze nodig is op telkens verschillende tijden en/of op korte momenten op de dag en/of op afroep;
- u hebt zorg die 24-uur per dag direct beschikbaar moet zijn in de nabijheid of op afroep;
- er is een noodzaak voor vaste zorgverleners door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."

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

"4.1 De aanvraag van een pgb vv vindt plaats door indiening van het pgb-aanvraagformulier. Dit pgb-aanvraagformulier bestaat uit 3 delen: (I) het verpleegkundig deel, (II) het verzekerde deel en (III) het budgetplan. Het verpleegkundig deel (I) moet u laten invullen door de verpleegkundige die de indicatie stelt, waarna u beiden in elkaars aanwezigheid voor akkoord ondertekent. Het verzekerde deel (II) en het budgetplan (III) wordt door u zelf volledig ingevuld en ondertekend. (...)

4.2 In deel I van het aanvraagformulier (verpleegkundig deel) vat de verpleegkundige de indicatiestelling samen. De verpleegkundige legt de indicatie van uw zorgbehoefte vast. Het gaat hier om de aard, omvang en duur van de beoogde zorg.

4.3 In deel III van het aanvraagformulier (budgetplan) geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan – met toepassing van de criteria onder artikel 3 – van welke zorgverlener(s) u gebruik wilt gaan maken.

4.4 Als uw pgb-aanvraagformulier niet volledig is ingevuld en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, dan nemen wij uw aanvraag niet in behandeling. (...)

4.6 Wij beoordelen uw pgb vv aanvraag op basis van het volledig ingevulde aanvraagformulier. Eventueel kunt u worden uitgenodigd voor een "bewust keuze gesprek". U kunt dan in een persoonlijk gesprek uw pgb vv aanvraag toelichten en wij kunnen u informeren wat de keuze voor een pgb vv voor u betekent. (...)

4.7 U krijgt geen pgb vv als u:

- niet behoort tot de doelgroep, zoals beschreven in artikel 2;
- niet voldoet aan de specifieke criteria, zoals genoemd in artikel 3;

- *tegelijktijd, gedurende de looptijd van het pgb vv, verpleging en verzorging ontvangt van een zorgverlener die een contract heeft gesloten met ons voor deze zorg; (...)*"

8.7. Artikel 20 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering luidt:

"20.1 Fraude is als iemand een aanspraak verkrijgt of probeert te verkrijgen van een verzekeraar, of een verzekeringsovereenkomst krijgt met ons:

- a onder valse voorwendselen;*
- b op oneigenlijke grond en/of wijze.*

In deze overeenkomst verstaan wij hieronder specifiek één of meer van de volgende activiteiten. U fraudeert als u en/of iemand anders die belang heeft bij de aanspraak:

- a een verkeerde voorstelling van zaken heeft gegeven;*
- b vervalste of misleidende stukken heeft ingeleverd;*
- c een onware opgave heeft gedaan over een ingediende vordering;*
- d feiten heeft verzwegen die voor ons van belang kunnen zijn om een ingediende vordering te beoordelen.*

20.2 Bij fraude geen aanspraak

Als er sprake is van aangetoonde fraude, vervalt alle aanspraak op zorg uit de basisverzekering. Dus ook voor datgene waarbij wel een ware opgave is gedaan en/of wel een juiste voorstelling van zaken is gegeven.

20.3 Andere gevolgen van fraude

Daarnaast kan fraude ertoe leiden dat wij:

- a aangifte doen bij de politie;*
- b uw verzekeringsovereenkomst(en) beëindigen. U kunt dan pas 5 jaar daarna een nieuwe verzekeringsovereenkomst bij ons afsluiten;*
- c u registreren in de erkende signaleringssystemen tussen verzekeraars (zoals het CIS);*
- d uitgekeerde vergoeding(en) en gemaakte (onderzoeks)kosten terugvorderen."*

8.8. Artikel 20 van de 'algemene voorwaarden' van de zorgverzekering, artikel 26 van de 'aanspraken en vergoedingen' van de zorgverzekering en de artikelen 2, 3 en 4 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar 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 lid 1 onderdeel a Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft.

Verpleging en verzorging zijn naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.36 Rzv.

Het PGB was ten tijde van het onderhavige geschil als zodanig niet bij wet geregeld.

8.10. 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. De commissie merkt allereerst op dat artikel 13a Zvw, waarin het PGB vv als zodanig wordt geregeld, ten tijde van het onderhavige geschil niet was ingevoerd. Dit betekent echter niet dat het PGB vv in het geheel geen wettelijke basis had. Door de Minister van VWS is verklaard dat deze basis is te vinden in de artikelen 11 en 13 Zvw. De commissie onderschrijft deze visie.
- 9.2. Vast staat dat de ziektekostenverzekeraar bij brief van 6 januari 2016 heeft medegedeeld het PGB vv alsnog toe te kennen, mits enkele stukken worden aangeleverd. Bij brief van 1 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat het PGB vv toch niet wordt toegekend, omdat de relevante stukken kennelijk niet kunnen worden overgelegd. Bij brief van 18 februari 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald het PGB vv niet toe te kennen, met als - aanvullende - reden voor afwijzing dat over dezelfde periode door erflaatster zorg in natura is genoten. Gelet op het voorgaande staat niet ter discussie dat erflaatster behoorde tot de doelgroep van het PGB vv, en hiervoor een indicatie had, als bedoeld in de artikelen 2 en 3 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Verder is, gelet op hetgeen aan de orde is geweest tijdens de zitting, niet langer in geschil dat erflaatster verpleging heeft gekregen in natura tot het aantal uren dat hiervoor was geïndiceerd, en dat de ziektekostenverzekeraar hiervoor een vergoeding heeft verleend. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of aanspraak bestaat op een PGB vv voor het onderdeel verzorging en, indien dit het geval is, of deze aanspraak vervalt op de grond dat erflaatster dan wel verzoekers niet aan de ziektekostenverzekeraar hebben medegedeeld dat erflaatster persoonlijke verzorging in natura heeft ontvangen, een en ander conform het bepaalde in artikel 20 van de zorgverzekering. Dienaangaande overweegt de commissie als volgt.
- 9.3. Op grond van artikel 7:941 lid 5 BW vervalt het recht op uitkering indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 van genoemd artikel niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt. Lid 5 is ingevolge artikel 7:943 lid 2 BW van dwingend recht, en hier kan derhalve niet ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde worden afgeweken.
- 9.4. Gezien de vèrstrekkende gevolgen van een geslaagd beroep van de ziektekostenverzekeraar op de verval van recht-sanctie, dienen hoge eisen te worden gesteld aan de gronden die een zodanig beroep rechtvaardigen. Dit geldt evenzeer voor de andere denkbare sancties ingeval van verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in het Incidentenregister, opname van de gebeurtenis in het Externe Verwijzingsregister (EVR), beëindiging van de betreffende verzekering en/of eventuele andere verzekeringen, alsmede verhaal van de onderzoekskosten.
- 9.5. In artikel 20 van de zorgverzekering is fraude als volgt omschreven: *“Fraude is als iemand een aanspraak verkrijgt of probeert te verkrijgen van een verzekeraar, of een verzekeringsovereenkomst krijgt met ons: a onder valse voorwendselen; b op oneigenlijke grond en/of wijze. (...)”*. Het hier gestelde kan naar het oordeel van de commissie worden vereenzelvigd met het in artikel 7:941 lid 5 BW geformuleerde “opzet de verzekeraar te misleiden”.
- 9.6. Het is aan de ziektekostenverzekeraar concrete feiten en omstandigheden te stellen – en bij betwisting door de wederpartij – te bewijzen waaruit het bestaan van bedoelde opzet blijkt, zoals bijvoorbeeld de omstandigheid dat verzoekster (listige) kunstgrepen heeft gehanteerd teneinde de ziektekostenverzekeraar op het verkeerde been te zetten.
- 9.7. In dat verband zijn de volgende feiten en omstandigheden van belang.


- 9.8. Het dossier bevat drie aanvraagformulieren, die zijn ondertekend op 6 februari 2015, 28 februari 2015 respectievelijk 1 mei 2015. De derde aanvraag is volledig ingevuld en ondertekend door de wijkverpleegkundige, en heeft een ingangsdatum van 1 mei 2015 en een einddatum van 1 november 2015. De laatste aanvraag is als enige volledig ingevuld, en dient daarom als leidend te worden beschouwd. Hierop is vermeld dat een aanvraag wordt gedaan voor onder andere persoonlijke verzorging van vijftien uren en vijftig minuten per week. Voorts is in dit verband relevant dat volgens opgave van de ziektekostenverzekeraar medio oktober 2014 een omzettingsverzoek is gedaan, waarop door hem afwijzend is beslist omdat niet werd voldaan aan de eis met betrekking tot de geldigheidsduur van de indicatie. Verzoekers hebben toegelicht dat inderdaad sprake is geweest van zorg in natura, maar dat de familie die zorg later grotendeels zelf heeft geleverd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 18 februari 2016 een overzicht gegeven van de zorg die voor erflaatster is gedeclareerd als zorg in natura. Hierbij betreft het tevens enkele posten met betrekking tot persoonlijke verzorging. Het aantal uren dat ter zake is gedeclareerd, ligt echter (veel) lager dan de gestelde indicatie van vijftien uren en vijftig minuten per week, zodat aannemelijk is dat erflaatster de overige zorg - zonder hiertegenover staande vergoeding - van haar familieleden heeft ontvangen. Volgens de ziektekostenverzekeraar had erflaatster moeten mededelen dat zij zorg in natura ontving. Gelet op een e-mailbericht van de wijkverpleegkundige van 4 mei 2015 is aan de ziektekostenverzekeraar medegedeeld dat op dat moment de verpleging werd uitgevoerd door de thuiszorgorganisatie, en dat de persoonlijke verzorging werd geleverd door mantelzorgers. In de hiervóór genoemde aanvraagformulieren is ook een aanvraag gedaan voor verpleging in de vorm van een PGB vv. Naar aanleiding hiervan had het op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen bij erflaatster nadere informatie op te vragen. Hierbij kan worden aangetekend dat in de brief van de ziektekostenverzekeraar van 1 februari 2016 nog wordt gesproken van een PGB vv voor verpleging. Gelet op de gang van zaken is aannemelijk dat verzoekers onbekend waren met de procedure in het kader van het PGB vv. Aangezien de kosten van verpleging (en naar later bleek ook van persoonlijke verzorging) door de thuiszorgorganisatie rechtstreeks bij de ziektekostenverzekeraar zijn gedeclareerd, ligt het voor de hand dat verzoekers ervan uitgingen dat de aard en omvang van dit betreffende gedeelte van de zorg - dat in natura werd verleend - bij de ziektekostenverzekeraar bekend was. Nu de ziektekostenverzekeraar heeft nagelaten verzoekers hiernaar expliciet te vragen en verzoekers anderzijds op verschillende momenten hebben getracht de feitelijk ontstane situatie te formaliseren - met name door middel van het omzettingsverzoek uit oktober 2014 en het e-mailbericht van 4 mei 2015 -, is de commissie van oordeel dat de voor fraude benodigde opzet niet is bewezen. De ziektekostenverzekeraar heeft toekenning van het PGB vv op deze grond daarom ten onrechte afgewezen.
- 9.9. Gelet op het voorgaande hebben verzoekers in beginsel aanspraak op een PGB vv voor het onderdeel persoonlijke verzorging, met een looptijd van 1 mei 2015 tot 18 november 2015 en wordt het verzoek op dit punt toegewezen. De ziektekostenverzekeraar is evenwel eerst tot vergoeding gehouden als verzoekers de door de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 6 januari 2016 genoemde bescheiden overleggen, te weten een zorgovereenkomst, facturen en betaalbewijzen. De commissie tekent hierbij aan dat uit artikel 2 van het 'Achmea Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' bepaalde verplichtingen op dit punt voortvloeien. De betreffende informatie moet binnen drie weken na dagtekening van dit bindend advies aan de ziektekostenverzekeraar worden gezonden, waarna laatstgenoemde deze informatie zal beoordelen. Het argument van verzoekers dat het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is hen aan genoemde bepaling van het reglement te houden, faalt. De eis dat bepaalde documenten moeten worden overgelegd is naar het oordeel van de commissie niet buitensporig te noemen, terwijl geen feiten of omstandigheden zijn gesteld of gebleken die tot een ander oordeel zouden moeten leiden.


 **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**


-  9.10. Aangezien het verzoek wordt toegewezen op grond van de zorgverzekering, kan bespreking van de aanvullende ziektekostenverzekering achterwege blijven.


Conclusie


-  9.11. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met dien verstande dat de ziektekostenverzekeraar eerst tot vergoeding is gehouden na tijdige overlegging van de door hem bij brief van 6 januari 2016 gevraagde bescheiden en beoordeling hiervan.

-  9.12. Aangezien het verzoek wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekers te vergoeden.

-  10. Het bindend advies

-  10.1. De commissie wijst het verzoek toe op de wijze als hiervoor in 9.11 nader omschreven.

-  10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,- aan verzoekers te vergoeden.

 Zeist, 22 juni 2016,

 A.I.M. van Mierlo