



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden
Zaak : Geneeskundige zorg, persoonsgebonden budget (PGB), uitbreiding budget, terugvordering
Zaaknummer : 201602177
Zittingsdatum : 31 mei 2017



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



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

1. Partijen



A te B, hierna te noemen: verzoekster,
tegen



OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden, hierna 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 Zeker Polis (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 AV-Gemeente-Standaard 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).

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 
- 3.1. Verzoekster heeft conform de voorwaarden van het aan haar door de ziektekostenverzekeraar toegekende persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) bij de ziektekostenverzekeraar een kostenoverzicht ingediend van aan haar verleende zorg in de periode van 19 mei 2015 tot en met 30 april 2016. De ziektekostenverzekeraar heeft op basis van het kostenoverzicht geconcludeerd dat de helft van het toegekende budget niet is besteed aan zorg, en heeft verzoekster bij brief van 2 augustus 2016 medegedeeld een bedrag van € 5.817,64 terug te vorderen.
- 
- 3.2. Verzoekster heeft bij brief van 9 september 2016 aanspraak gemaakt op uitbreiding van het aantal uren ter zake van het aan haar toegekende PGB vv, namelijk van tien uren naar veertien uren per week. Bij brief van 13 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat een machtiging wordt verleend voor een budget van € 10.028,--, betreffende 436 uren voor de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 oktober 2016. Bij separate brief van dezelfde datum heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat het PGB vv met ingang van 1 november 2016 wordt stopgezet, en dat verzoekster vanaf dat moment aanspraak heeft op zorg in natura.
- 
- 3.3. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissingen gevraagd. Bij brief van 16 september 2016 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing met betrekking tot de terugvordering van € 5.817,64 te handhaven.
- 
- 3.4. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.

- 3.5. Bij e-mailbericht van 12 december 2016 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is (i) alsnog een PGB vv op basis van veertien uren Persoonlijke Verzorging toe te kennen voor de periode vanaf 1 november 2016, alsmede (ii) de terugvordering van het bedrag van € 5.817,64 over de periode van 19 mei 2015 tot en met 30 april 2016 te laten vervallen (hierna: het verzoek).
- 3.6. Bij brief van 23 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld het PGB vv op basis van tien uren Persoonlijke Verzorging per week te handhaven tot en met 31 december 2016.
Bij brief van 26 januari 2017 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld een PGB vv toe te kennen voor de periode van 1 januari 2017 tot en met 31 december 2017 op basis van veertien uren Persoonlijke Verzorging per week.
- 3.7. 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.
- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 6 maart 2017 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 7 maart 2017 aan verzoekster gezonden.
- 3.9. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 1 april 2017 schriftelijk medegedeeld telefonisch te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 april 2017 schriftelijk medegedeeld eveneens telefonisch te willen worden gehoord.
- 3.10. Op grond van artikel 114 lid 3 Zvw dient de commissie verplicht advies te vragen aan het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) indien het geschil betrekking heeft op de zorg of de overige diensten, bedoeld in artikel 11, dan wel de vergoeding van die zorg of diensten. Blijkens de Memorie van toelichting blijft deze verplichting beperkt tot de vraag of de vorm van zorg of andere dienst waar de verzekerde behoefte aan heeft tot het verzekerde pakket behoort. Aangezien die vraag in het onderhavige geval geen beantwoording behoeft, is het Zorginstituut niet verzocht te adviseren.
- 3.11. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 31 mei 2017 telefonisch gehoord.
4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster
- 4.1. Verzoekster heeft op 5 september 2016 samen met de indicierend wijkverpleegkundige het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' ingevuld. Dit formulier is op 18 oktober 2016 door de ziektekostenverzekeraar ontvangen. Op het formulier is, voor zover hier van belang, het volgende toegelicht: *"CVA, hemiparese rechts, carcinoom baarmoeder. (...) Verminderde mobiliteit, incontinentie, verslechterd zicht. (...) Gehele overname van de ADL in de avond en ochtend (...) Behouden huidige situatie, zelfstandig blijven wonen, energie overhouden voor andere activiteiten (buiten, wassen/aankleden e.d.) (...) Persoonlijke verzorging en verpleging vanuit het PGB. Klein huishoudelijk werk op basis van mantelzorg. (...) Noodzaak voor vaste zorgaanbieder i.v.m. jonge leeftijd van mevr. Ook is er regelmatig zorgbehoefte buiten de afgesproken tijden. (...)".*
De indicierend wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld van veertien uren Persoonlijke Verzorging per week.
- 4.2. Verzoekster heeft op 1 juli 2002, op 45-jarige leeftijd, een CVA doorgemaakt, waardoor zij rechtszijdig verlamd is geraakt. Haar echtgenoot leefde op dat moment nog, en zij kreeg recht op zes uren thuiszorg per week op grond van een PGB. Op 10 mei 2005 is de echtgenoot van

verzoekster overleden. Verzoekster is in 2012 geopereerd aan haar baarmoeder, waardoor zij incontinent is geraakt. In 2015 moest zij een herindicatie aanvragen voor het PGB vv. Na vele telefoongesprekken is het verzoekster gelukt een wijkverpleegkundige te laten langskomen, die een indicatie heeft gesteld van tien uren Persoonlijke Verzorging per week. Verzoekster kreeg hierop een PGB vv van de ziektekostenverzekeraar.

- 4.3. In het begin van 2016 ging het gezichtsvermogen van verzoekster achteruit. Naar de oorzaak werd en wordt nog steeds gezocht. In overleg met de huisarts heeft verzoekster een aanvraag ingediend voor meer uren zorg. Ook nu kostte het enige moeite een wijkverpleegkundige bereid te vinden langs te komen. Uiteindelijk is dit gelukt, en heeft de wijkverpleegkundige een indicatie gesteld voor veertien uren Persoonlijke Verzorging per week. De aanvraag voor verhoging van het PGB vv is bij de ziektekostenverzekeraar ingediend.
- 4.4. De ziektekostenverzekeraar wees verhoging van het PGB vv af, merkte op dat met ingang van 1 november 2016 geen aanspraak meer bestond op het PGB vv, doch slechts op zorg in natura, en vorderde een bedrag terug dat teveel zou zijn uitgekeerd. De ziektekostenverzekeraar gaf als reden voor de terugvordering dat verzoekster niet kon aantonen dat het gehele PGB-bedrag werd besteed aan Persoonlijke Verzorging. Verzoekster maakte echter de helft van het PGB-budget over aan haar zorgverlener. De andere helft hield zij op haar rekening en deelde zij in tweeën. Met de helft van het restant betaalde de zorgverlener boodschappen voor zichzelf en deels voor verzoekster, omdat verzoekster dagelijks bij haar mee at. De andere helft van het restant was bedoeld voor afdracht aan de Belastingdienst. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar weliswaar medegedeeld dat de zorgverlener met ingang van mei 2016 het gehele PGB-budget zou ontvangen, maar dit bedrag heeft de ziektekostenverzekeraar nooit aan verzoekster uitgekeerd.
- 4.5. De zorgverlener is elke ochtend en avond bij verzoekster voor het in- en uit bed helpen, het douchen en aankleden. Zij doet de boodschappen, soms alleen en soms samen met verzoekster. De zorgverlener begeleidt verzoekster tijdens artsbezoek, waaronder het bezoek aan de huisarts, de oogarts, de revalidatiearts, de neuroloog, de oncoloog, de gynaecoloog en de uroloog. Zij helpt verzoekster ook als zij is gevallen, wat helaas vaak voor komt. Doordat verzoekster ernstig incontinent is, moet zij vaak worden geholpen met het verschonen, douchen en weer aankleden. Ook moet zij worden ingesmeerd met Lanettezalf, omdat de huid erg schraal wordt van het vele plassen, dat mede wordt veroorzaakt door het gebruik van plastabletten. De zorgverlener van verzoekster is vaak bij haar en woont op vijf minuten afstand. Zij was vroeger doktersassistente en weet daarom wat zij wel en niet moet doen. Zij is verzoeksters vriendin, mantelzorgster en zorgverlener.
In tegenstelling tot hetgeen de ziektekostenverzekeraar opmerkt, heeft verzoekster geen aanvraag ingediend voor een nieuw PGB vv, maar voor uitbreiding van het huidige PGB vv.
- 4.6. De wijkverpleegkundige heeft op 5 oktober 2016 ten aanzien van verzoekster verklaard: "(...) Vanwege een rechtszijdige verlamming na het door maken van een CVA in juli 2002, bestaat er een verhoogd risico op vallen. Zowel binnen- als buitenshuis maakt [verzoekster] gebruik van verschillende hulpmiddelen om dit te voorkomen. Helaas komt het nog vaak voor dat de rechterzijde van het lichaam, met name het rechterbeen, onverwachts zijn functie verliest en [verzoekster] ten val komt. Vanwege haar beperkingen is zij niet in staat zelfstandig op te staan als ze gevallen is. [Verzoekster] heeft altijd haar mobiele telefoon bij zich waarmee ze de hulp kan inschakelen van [naam zorgverlener] die slechts op 5 minuten afstand woont. Wanneer een beroep gedaan wordt op de thuiszorg voor ondersteuning in een situatie als bovenstaande, kan ik u uit ervaring vertellen dat wij deze niet verlenen gezien het incident plaatsvindt buiten de eigen woning. Dit geldt niet alleen voor het verhoogde risico op vallen, maar ook op de zorg ten aanzien van de klachten van incontinentie en de klachten zijn de afgelopen tijd toegenomen. Toenemende klachten bij incontinentie zijn onder meer de reden geweest voor de vraag tot uitbreiding van het aantal toegekende PGB uren. Mijn collega (...) heeft in haar indicatiebesluit vastgesteld dat een uitbreiding van de, al eerder toegewezen, 10u PV (persoonlijke verzorging) naar 14u PV, passend is voor de toegenomen zorgvraag. [Verzoekster] is voor de zorg bij incontinentie afhankelijk van een flexibele zorgverlener; gezien ze niet in staat is zelfstandig naar het toilet te gaan, zich te verschonen en

passende preventieve maatregelen toe te passen om huidletsel te voorkomen. Voor het verwisselen van incontinentiemateriaal is ze vanwege haar beperkingen afhankelijk van hulp. [Verzoekster] geeft aan dat ze op wisselende tijden, soms een paar keer per dag, soms niet, afhankelijk(...) is van hulp bij het uitkleden, verschonen, behandelen van de huid en het weer aankleden. U kunt zich voorstellen dat gezien de frequentie en de onvoorziene tijden van bovenstaande zorg de voorkeur uitgaat naar een zorgverlener in de vorm van [naam zorgverlener] (welke voor een aantal uur per dag in huis is om deze momenten op te vangen) in plaats van reguliere thuiszorg. Met name de frequentie en de duur van de incidentele zorgmomenten zijn niet te ondervangen door reguliere thuiszorg. Het inzetten van vaste zorgmomenten op een vast tijdstip zou een tegenargument kunnen zijn. Helaas komt de thuiszorg dan misschien voor niets, of zit [verzoekster] met verzadigd incontinentie materiaal tot het volgende zorgmoment. Verhoogd risico op huidletsel is een logisch gevolg, een vermindering van de zelfstandigheid en eigen regie van [verzoekster] vanwege de gebondenheid aan huis word[t] op deze manier in de hand gewerkt. (...)"

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. Medio maart 2016 werd geconstateerd dat verzoekster op haar declaraties een andere zorgverlener opgaf dan degene die zij had opgegeven bij haar eerste aanvraag voor een PGB vv en waarvoor de ziektekostenverzekeraar haar toestemming had verleend. De afdeling Speciale Zaken is eind april 2016 een onderzoek gestart naar de declaraties over de voorliggende periode. Daarbij is deze afdeling tot de conclusie gekomen dat verzoekster geen correcte opgave had gedaan van de door haar uitbetaalde zorgkosten. Zij had over de periode van mei 2015 tot en met april 2016 meer zorgkosten gedeclareerd dan zij feitelijk (en aantoonbaar) aan de zorgverlener had uitbetaald. Verzoekster stelt dat zij haar zorgverlener volledig per bank heeft uitbetaald. Deze stelling wordt echter niet gestaafd door de feiten, omdat zij over de betreffende periode slechts 50 percent van de gedeclareerde kosten per bank heeft uitbetaald aan de zorgverlener. Verder heeft zij toegelicht dat zij 25 percent door middel van het per pin betalen van de boodschappen van de zorgverlener heeft betaald, en 25 percent apart heeft gezet voor afdracht aan de Belastingdienst. Dat de zorgverlener haar eigen boodschappen afrekende met de bankpas van verzoekster, maakt nog niet dat daarmee bewijs is geleverd van betaling van de kosten van de aan verzoekster verleende zorg. Uit een pintransactie kan niet worden opgemaakt wie de boodschappen heeft aangeschaft, wie de pintransactie tot stand heeft gebracht en/of voor wie de boodschappen waren bedoeld. Ook van de afdracht aan de Belastingdienst is geen bewijs verstrekt. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom besloten het deel van het PGB vv dat niet aantoonbaar aan zorg is besteed, te weten 50 percent, van verzoekster terug te vorderen. Dit komt neer op een bedrag van € 5.817,64. Een en ander is gebaseerd op Rubriek D, artikel 31 van de zorgverzekering. De afdeling Speciale Zaken zag destijds geen aanleiding tot het nemen van de overige in het betreffende artikel genoemde maatregelen, omdat geen (opzettelijk) frauduleus handelen was geconstateerd.

5.2. Verzoekster had een indicatie voor tien uren Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 19 mei 2015 tot en met 18 mei 2020, en op die grond is haar een PGB vv toegekend, eerst van 19 mei 2015 tot en met 31 december 2015 en later van 1 januari 2016 tot en met 31 december 2016. Op 5 september 2016 heeft de wijkverpleegkundige bij verzoekster een indicatie gesteld voor veertien uren Persoonlijke Verzorging per week. Verzoekster heeft een aanvraag ingediend voor een PGB vv op basis van dit aantal uren. De ziektekostenverzekeraar is vervolgens tot de conclusie gekomen dat het ging om planbare zorg, zodat niet was voldaan aan de criteria van artikel 3 lid 4 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Om die reden is de aanvraag voor een ruimer budget afgewezen, en is het lopende PGB vv beëindigd met ingang van 1 november 2016. Omdat verzoekster gedurende de afhandeling van haar klacht met betrekking tot de afwijzing van haar aanvraag voor een ruimer budget had toegelicht dat zij de door haar gewenste zorg niet via een gecontracteerde thuiszorgorganisatie had kunnen regelen, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten verzoekster

tegemoet te komen en het PGB vv coulancehalve te laten doorlopen tot en met 31 december 2016 op basis van de oude indicatie van tien uren Persoonlijke Verzorging per week. Met ingang van 1 januari 2017 zijn de zorginhoudelijke criteria die waren verbonden aan het PGB vv vervallen. Verzoekster heeft een nieuwe aanvraag ingediend, die is toegekend van 1 januari 2017 tot en met 31 december 2017, op basis van veertien uren Persoonlijke Verzorging per week.

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

6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel 37 van de zorgverzekering en van 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 (i) alsnog een PGB vv op basis van veertien uren Persoonlijke Verzorging toe te kennen voor de periode van 1 november 2016 tot en met 31 december 2016, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering, en (ii) de terugvordering van het bedrag van € 5.817,64 over de periode van 19 mei 2015 tot en met 30 april 2016 te laten vervallen.

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 in de artikelen 5 tot en met 27 van de zorgverzekering.

8.3. Artikel 27 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op Verpleging en Verzorging bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

“Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. (...)

27.1 Zvw-pgb bij verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Waar heb ik recht op?

Indien u aanspraak heeft op verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 27 kunt u, nadat door Zorg en Zekerheid is vastgesteld dat u voldoet aan de gestelde voorwaarden, in aanmerking komen voor een Zvw-pgb.

Wat zijn de voorwaarden?

- u heeft aanspraak op verpleging en verzorging zoals bedoeld in artikel 27 en voldoet tevens aan de in dat artikel gestelde voorwaarden;

- u vraagt zelf vooraf schriftelijk toestemming bij Zorg en Zekerheid;

- het Reglement persoonsgebonden budget wijkverpleging is van kracht, u vindt dit op www.zorgenzekerheid.nl/brochures. In dit reglement vindt u onder welke voorwaarden u voor een Zvw-pgb in aanmerking komt. (...).”

8.4. Artikel 2 van het '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 u onder één of meerdere van de hieronder beschreven doelgroepen valt: (...)

3. U bent langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op verpleging en/of verzorging aangewezen. (...)

Hierbij geldt ook:

- dat de omvang van de indicatie meer dan 3 uur gemiddeld per week moet bedragen;*
- dat u in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de verantwoordelijkheden die bij het Zvw-pgb horen, uit te voeren. De verantwoordelijkheden die u moet kunnen uitvoeren zijn bijvoorbeeld contracten afsluiten en controleren met zorgaanbieders en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten, zie hiervoor ook artikel 6;*
- dat u in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van het werkgeverschap;*
- dat u in staat bent de zorgaanbieders 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 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Om voor een pgb vv in aanmerking te komen moet u voldoen aan de navolgende voorwaarden:

1. U bent in het bezit van een door een gecontracteerde BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie voor verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden én behoort (...) tot een van de doelgroepen zoals beschreven in artikel 2. (...)

3. U moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgaanbieder(s) die door ons zijn gecontracteerd. Dit noemen wij Zorg In Natura (ZIN). Indien u een combinatie wenst van Zorg In Natura met een pgb vv, dan mag de indicatie maar door één zorgaanbieder worden gesteld. Uit de indicatie moet blijken hoe u de geïndiceerde zorg verdeelt over ZIN en pgb vv.

4. Uw zorgvraag [moet] aansluiten bij één of meer van de volgende voorwaarden. Uit de indicatie moet blijken dat:

- u vaak zorg nodig hebt op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen en/of op meerdere locaties,*
- u zorg nodig hebt 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;*
- er een noodzaak is voor vaste zorgaanbieders door de specifieke zorgverlening die u nodig hebt, of in verband met [het] gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen."*

8.6. Artikel 4.10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar luidt, voor zover hier van belang:

"Uw pgb vv eindigt met ingang van de dag waarop:

(...)

d. u niet meer voldoet aan de specifieke voorwaarden als bedoeld in artikel 3.4; (...)"

8.7. Artikel 31 van de zorgverzekering luidt:

"Verlies van uitkering en einde verzekeringsovereenkomst:

a. Iedere aanspraak op zorg dan wel vergoeding van kosten vervalt als door of namens verzekeringnemer en/of verzekerde wordt gefraudeerd dan wel enige verkeerde voorstelling van zaken is gegeven, vervalste of misleidende stukken zijn overlegd of enige onjuiste opgave is gedaan;

b. Zorg en Zekerheid vordert alle reeds uitgekeerde kosten per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a. bij verzekeringnemer terug;

c. Zorg en Zekerheid heeft het recht per datum dat sprake is van handelingen als bedoeld onder a., de verzekeringsovereenkomst te beëindigen;
d. Indien Zorg en Zekerheid voor de vaststelling van handelingen als bedoeld onder a, onderzoekskosten maakt, worden deze kosten op de verzekeringnemer verhaald;
e. Fraudeonderzoek vindt plaats conform het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit en hetgeen daarover bij of krachtens de Zorgverzekeringswet is bepaald. Bij vastgestelde fraude zal Zorg en Zekerheid de verzekeringnemer en/of verzekerde registreren in het Extern Verwijzingsregister. Bij vastgestelde fraude of een sterk vermoeden van fraude kan aangifte worden gedaan bij de politie."

- 8.8. De artikelen 27 en 31 van de zorgverzekering en 2, 3 en 4.10 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar zijn volgens artikel 1 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 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 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. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is of de terugvordering van de ziektekostenverzekeraar van € 5.817,64 over de periode van 19 mei 2015 tot en met 31 april 2016 terecht is.
Voorts dient te worden beoordeeld is of verzoekster aanspraak heeft op een PGB vv voor veertien uren Persoonlijke Verzorging per week met betrekking tot de periode van 1 november 2016 tot en met 31 december 2016.

Terugvordering € 5.817,64 over de periode van 19 mei 2015 tot en met 31 april 2016

- 9.3. Met betrekking tot de terugvordering heeft de ziektekostenverzekeraar in het nader commentaar medegedeeld deze te baseren op artikel 31 van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar licht in dezelfde brief toe dat hij van mening is dat geen sprake is van opzettelijke fraude. De commissie merkt op dat in voornoemd artikel, naast fraude, enkele andere gronden worden genoemd die kunnen leiden tot verlies van uitkering. De vraag is derhalve of één van deze gronden in de situatie van verzoekster aan de orde is. De commissie overweegt dienaangaande als volgt.

- 9.4. Vast staat dat verzoekster slechts de helft van het PGB-budget giraal heeft overgemaakt naar haar zorgverlener. Over dit deel van het budget bestaat geen discussie. Met betrekking tot het restant van het budget geldt dat verzoekster stelt de ene helft hiervan te hebben gebruikt voor boodschappen, die volgens haar door haar zorgverlener met haar pinpas zijn betaald. De andere helft is volgens verzoekster apart gehouden voor afdracht aan de Belastingdienst. Van het een noch het ander is echter bewijs geleverd. Hieruit volgt dat door verzoekster niet kan worden verantwoord dat de betreffende helft van het PGB-budget is gebruikt voor de zorg waarvoor dit budget was bedoeld, zodat sprake is geweest van een onjuiste opgave en de ziektekostenverzekeraar, gelet op artikel 31 onder b van de zorgverzekering, gerechtigd was dit bedrag van verzoekster terug te vorderen dan wel te verrekenen met een nog uit te keren budget over een volgende periode.

Aanspraak PGB vv periode 1 november 2016 tot en met 31 december 2016

- 9.5. De aanvraag voor verhoging van het PGB vv van tien naar veertien uren Persoonlijke Verzorging per week is door de ziektekostenverzekeraar ontvangen op 18 oktober 2016. Omdat door de ziektekostenverzekeraar werd geoordeeld dat verzoekster niet langer voldeed aan de specifieke eisen zoals gesteld in artikel 3 lid 4 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar, heeft deze besloten het PGB vv met ingang van 1 november 2016 te beëindigen, een en ander conform het bepaalde in artikel 4.10 van bedoeld reglement.
- De zorg die verzoekster ontvangt is gericht op ondersteuning bij-/ dan wel het overnemen van algemeen dagelijkse levensverrichtingen in de ochtend en avond. Deze zorg betreft naar zijn aard zorg die op vaste tijdstippen kan worden ingepland. Het gaat daarom niet om zorg die op wisselende en ongebruikelijke tijdstippen nodig is dan wel die slecht is in te plannen. Verder gaat het naar zijn aard niet om zorg die 24 uur per dag direct beschikbaar moet zijn. Tot slot is niet gebleken van een noodzaak voor een vaste zorgverlener in verband met specifieke zorgverlening die verzoekster nodig heeft, dan wel in verband met het gebruik van specifieke (eigen) hulpmiddelen. Hoewel het begrijpelijk is dat verzoekster er de voorkeur aan geeft de zorg te ontvangen van zijn vaste zorgverlener omdat zij zich daar vertrouwd bij voelt, betekent dit niet dat formele zorgverleners geen rekening kunnen houden met zijn problematiek en wensen. Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst.
- De ziektekostenverzekeraar heeft echter coulancehalve besloten tot voortzetting van het PGB vv tot en met 31 december 2016 op basis van de oude indicatie van tien uren Persoonlijke Verzorging per week. In die beslissing van de ziektekostenverzekeraar zal de commissie niet treden.
- 9.6. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 5 oktober 2016 verklaard waarom de zorg niet is te leveren door een thuiszorgorganisatie, en waarom de gestelde indicatie van veertien uren Persoonlijke Verzorging per week juist is. De ziektekostenverzekeraar is hierop niet ingegaan, en heeft slechts gesteld dat sprake is van planbare zorg die kan worden geleverd door een thuiszorgorganisatie. De ziektekostenverzekeraar heeft tevens niet gemotiveerd wat de situatie ná 1 november 2016 anders maakt dan de periode daarvóór, toen kennelijk werd voldaan aan de voorwaarden van artikel 3 lid 4 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar. Daarom is de commissie van oordeel dat verzoekster - conform artikel 4.8 van het reglement - met ingang van de dag waarop het aanvraagformulier voor het PGB vv door de ziektekostenverzekeraar is ontvangen, namelijk op 18 oktober 2016, aanspraak heeft op een PGB vv voor veertien uren Persoonlijke Verzorging per week, een en ander onder verrekening van de onder 9.5 bedoelde coulancevergoeding.

Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 9.7. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van het PGB vv, zodat die verzekering geen verdere bespreking behoeft.



Conclusie

- 
- 9.8. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden toegewezen, met inachtneming van hetgeen onder 9.6 is bepaald. Het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.
- 
- 9.9. Aangezien het verzoek deels wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.
- 
10. Het bindend advies
- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek toe, met inachtneming van hetgeen onder 9.6 is bepaald.
- 
- 10.2. De commissie bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster dient te vergoeden een bedrag van € 37,--.



Zeist, 21 juni 2017,



H.A.J. Kroon

