



# Rapport

## Klacht

Zie onder *bevindingen* of *volledige tekst* voor de volledige tekst van het rapport.

## Beoordeling

Zie onder *bevindingen* of *volledige tekst* voor de volledige tekst van het rapport.

## Conclusie

Zie onder *bevindingen* of *volledige tekst* voor de volledige tekst van het rapport.

## Aanbeveling

Zie onder *bevindingen* of *volledige tekst* voor de volledige tekst van het rapport.

## Onderzoek

Zie onder *bevindingen* of *volledige tekst* voor de volledige tekst van het rapport.

## Bevindingen Klacht

Verzoeker klaagt over de wijze waarop het Zorgkantoor Noordoost-Brabant (zorgkantoor) hem heeft geïnformeerd over de hoogte van de vaststelling en de toekenning van zijn persoonsgebonden budget (PGB) voor de jaren 2008 en 2009. Hij klaagt er met name over dat het zorgkantoor:

1. nadat de jaarafrekening PGB over 2008 op 14 april 2009 definitief was vastgesteld, op respectievelijk 16 oktober 2009 en 12 november 2009 nieuwe jaarafrekeningen over 2008 naar verzoeker heeft gestuurd die volgens verzoeker niet correct zijn;
2. hem vijf verschillende toekenningsbeschikkingen PGB 2009 heeft gestuurd, waardoor verzoeker geen optimale zorg heeft kunnen plannen en inkopen.

Verder klaagt verzoeker erover dat het zorgkantoor zijn klachtbrieven, waarin verzoeker onder andere klaagt over de clustermanager van het zorgkantoor heeft laten beantwoorden door deze clustermanager.

## Onderzoek

Op 10 november 2009 ontving de Nationale ombudsman een verzoekschrift met een klacht over een gedraging van het Zorgkantoor Noordoost-Brabant uit Eindhoven. Naar deze

gedraging, die wordt aangemerkt als een gedraging van de Raad van Bestuur van Zorgverzekeraar Uvit, werd een onderzoek ingesteld.

In het kader van het onderzoek werd de Raad van Bestuur van Zorgverzekeraar Uvit verzocht op de klacht te reageren, een aantal vragen te beantwoorden en een afschrift toe te sturen van de stukken die op de klacht betrekking hebben.

Het resultaat van het onderzoek werd als verslag van bevindingen gestuurd aan betrokkenen. Aan de Raad van Bestuur van Zorgverzekeraar Uvit werden nog enkele aanvullende vragen gesteld.

De beantwoording van zorgverzekeraar Uvit op de aanvullende vragen en de reactie van verzoeker gaven aanleiding het verslag op enkele punten aan te vullen.

## ALGEMEEN

### Persoonsgebonden budget (PGB)

Mensen kunnen met een PGB zelf de zorg regelen die zij door ziekte, handicap of ouderdom thuis nodig hebben. Zo kunnen zij de zorg kiezen die ze willen. Ze krijgen een geldbedrag waarvoor zij zelf zorg, hulp of begeleiding inkopen. Een PGB kan dus worden ingezet om AWBZ-zorg in natura (geheel of gedeeltelijk) te vervangen. Dit kan bij de functies persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en tijdelijk verblijf.

Nadat iemand een indicatie heeft aangevraagd bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en een indicatie is toegekend, ontvangt de aanvrager een indicatiebesluit van het CIZ. Tegelijkertijd stuurt het CIZ een kopie van het indicatiebesluit naar het zorgkantoor. Het zorgkantoor bepaalt op basis hiervan het budget en stuurt vervolgens een PGB/AWBZ 'Toekenningsbeschikking' naar de budgethouder. Hierin staat hoe groot het PGB-bedrag is, voor welke periode iemand het PGB ontvangt en wanneer het PGB wordt uitbetaald. Ook staan er de rechten en de plichten van de budgethouder rondom het PGB in. Het toegekende PGB wordt door het zorgkantoor in voorschotten uitbetaald op naam en bank- of girorekeningnummer van de budgethouder. De budgethouder koopt zorg in en moet hierover verantwoording afleggen. Ten slotte ontvangt de budgethouder van het zorgkantoor een budgetafrekening met een rekenoverzicht van het PGB (de jaarafrekening). Dit kan erin resulteren dat een budgethouder niet uitgegeven geld moet terugbetalen aan het zorgkantoor of dat de budgethouder een nabetaling krijgt van het zorgkantoor, omdat een budgethouder te weinig heeft ontvangen van het zorgkantoor.

### Bruto / netto PGB

Het door het zorgkantoor berekende PGB, het bruto PGB genoemd, is het bedrag waarmee de budgethouder de geïndiceerde zorg moet inkopen. Op het bruto PGB wordt de eigen bijdrage in mindering gebracht. De uitkomst hiervan wordt het netto PGB

genoemd. Dat netto PGB bedrag wordt aan de budgethouder uitgekeerd. Van de budgethouder wordt verwacht dat hij bij het inkopen van de benodigde zorg een gedeelte daarvan zelf financiert (de eigen bijdrage), het andere deel wordt uit het door het zorgkantoor verstrekte netto PGB betaald.

#### *Eigen bijdrage en het CAK*

De eigen bijdrage is het gedeelte van de kosten dat door de budgethouder zelf wordt betaald voor de zorg die hij ontvangt. Dit inkomensafhankelijke bedrag wordt berekend op basis van het verzamelinkomen van twee jaar terug.

Het CAK is verantwoordelijk voor het vaststellen van de eigen bijdrage in de AWBZ. Het CAK geeft aan het zorgkantoor door wat de hoogte van de maximale eigen bijdrage is.

#### *Samenloop Wmo en AWBZ PGB*

Er is één inkomensafhankelijk maximum voor de eigen bijdragen voor de Wmo-voorzieningen (waaronder het PGB voor huishoudelijke verzorging), voor de AWBZ naturazorg zonder verblijf én voor het AWBZ-PGB tezamen. Dat inkomensafhankelijke maximum wordt berekend op basis van het verzamelinkomen van twee jaar terug. Dat inkomen geldt zowel voor de berekening van de maximale AWBZ-bijdragen als voor de maximale Wmo-bijdragen.

De eigen bijdragen van de Wmo en de AWBZ mogen dus samen niet hoger zijn dan de periodieke maximale eigen bijdrage op basis van het inkomen, leeftijd en gezinssituatie van de budgethouder. Zoals aangegeven berekent het CAK wat de maximale eigen bijdrage is. De budgethouder ontvangt hiervoor een beschikking van het CAK. Indien iemand zowel een PGB in de Wmo als in de AWBZ heeft, bestaat - afhankelijk van de hoogte van iemands maximale eigen bijdrage - de kans dat iemand (tijdelijk) een dubbele eigen bijdrage betaalt. De eigen bijdrage in de Wmo gaat voor. Het CAK geeft periodiek aan de zorgkantoren door welke cliënten al een eigen bijdrage betalen in het kader van de Wmo. Het zorgkantoor zal hierop de eigen bijdrage die is ingehouden op het PGB AWBZ mogelijk moeten aanpassen. In de situatie dat dit niet gebeurt, adviseert het CAK om de facturen en de beschikking die een budgethouder ontvangt van het CAK over te leggen bij het zorgkantoor om het teveel betaalde eigen bijdrage terug te ontvangen.

## **Bevindingen**

### I. Ten aanzien van het versturen van de jaarafrekeningen

1. Verzoeker is 86 jaar oud en maakt sinds (enkele) jaren gebruik van een PGB om zorg in te kopen. Verzoeker is door polio zwaar gehandicapt en is daarom afhankelijk van een goede zorgverlening.

2. Op 14 april 2009 stuurde het zorgkantoor aan verzoeker de jaarafrekening PGB over het jaar 2008. Verzoeker had volgens deze beschikking recht op een bedrag van

€ 19.538,26 aan PGB in 2008. Het totaalbedrag van de voorschotten die verzoeker had ontvangen bedroeg ook € 19.538,26. Het resultaat van deze eindafrekening was aldus

€ 0,00. Verzoeker hoefde niets terug te betalen aan het zorgkantoor en het zorgkantoor hoefde ook geen nabetaling aan verzoeker te doen. Verzoeker maakte geen bezwaar tegen deze beschikking.

3. Op 16 oktober 2009 stuurde het zorgkantoor opnieuw een jaarafrekening PGB over het jaar 2008. De reden waarom verzoeker opnieuw een jaarafrekening ontving, stond niet in deze beschikking. Het resultaat van deze jaarafrekening was dat verzoeker € 3.923,15 moest terugbetalen aan het zorgkantoor. Volgens deze jaarafrekening had verzoeker namelijk recht op € 15.615,11 aan PGB in 2008. Op de aangehechte acceptgiro stond dat verzoeker € 2.319,58 moest terugbetalen aan het zorgkantoor. Verzoeker was het hier niet mee eens en nam hierover telefonisch contact op met het zorgkantoor. Hij kreeg als advies om de betreffende jaarafrekening terug te zenden. Over een maand zou hij de correcte jaarafrekening ontvangen. Verzoeker koos ervoor om de jaarafrekening als bewijs te houden.

4. Naar aanleiding van een klacht van verzoeker (zie onder *klachtenprocedure*) stuurde het zorgkantoor op 12 november 2009 een nieuwe jaarafrekening PGB 2008. Volgens deze jaarafrekening had verzoeker recht op € 20.071,64 aan PGB in 2008. Verzoeker kreeg daarom nog € 656,34 van het zorgkantoor.

Overzicht jaarafrekeningen 2008 in een schema

Datum

Totaal netto bedragen PGB-TB2008

Recht op PGB

in 2008

Ontvangen voorschotten

2008

Door het zorgkantoor

*goedgekeurde*

verantwoordings-

formulieren

Resultaat

eindafrekening

2008

14-04-2009

€ 19.538,26

€ 19.538,26

€ 19.538,26

€ 19.710,00

€ 0,00

16-10-2009

€ 15.615,11

€ 15.615,11

€ 19.538,26

€ 19.710,00

€ 3.923,15

*(dit bedrag wordt door het zorgkantoor teruggevorderd /c.q. verrekend. Op de aangehechte acceptgiro staat: € 2.319,58)*

12-11-2009

€ 24.109,11

€ 20.071,64

€ 19.538,26

€ 19.710,00

€ 656,34

2010/298

**de Nationale ombudsman**

*(dit bedrag wordt door het*

*zorgkantoor nagestort)*

Visie zorgkantoor

De reden waarom verzoeker in oktober en in november 2009 een nieuwe jaarafrekening ontving, was dat het zorgkantoor de CIZ-indicatie van verzoeker in eerste instantie verkeerd had verwerkt. In de klachtafhandelingsbrief van 16 november 2009 staat:

"In de toekenningsbeschikking van 2008 (verzonden op 16 oktober 2009;No) staat de functie persoonlijke verzorging aangegeven in klasse C voor een bedrag van € 7.785,00. Dit had moeten zijn persoonlijke verzorging klasse E voor een bedrag van € 16.279,00. Hierdoor is een netto budget vastgesteld van € 15.615,11 in plaats van € 24.109,11."

De jaarafrekening is door het zorgkantoor gecorrigeerd naar aanleiding van de klacht van verzoeker van 29 oktober 2009. Uit de klacht van verzoeker was gebleken dat de eerste jaarafrekening niet correct was en dat hij recht had op een hoger budget, daarom heeft het zorgkantoor de jaarafrekening aangepast.

Het zorgkantoor heeft aangegeven dat het zorgkantoor definitieve jaarafrekeningen mag herzien, als deze herziening leidt tot een hoger budget voor de budgethouder. Dit is een interne regeling van het zorgkantoor. Er hoeft hiervoor geen reden op de nieuwe jaarafrekening te staan. Wijzigingen, zoals die van de eigen bijdrage, worden vermeld op de herziening van de toekenningsbeschikking, aldus het zorgkantoor. Nu verzoeker geen bezwaar had gemaakt tegen de eerste jaarafrekening is hiermee de jaarafrekening definitief vast komen te staan en onherroepelijk geworden.

Het zorgkantoor gaf verder aan dat bij het versturen van de tweede jaarafrekening, dus die van 16 oktober 2009, bij de aanpassing van de eigen bijdrage ook per abuis de klasse van persoonlijke verzorging is aangepast van E naar C.

Visie verzoeker

De eerste jaarafrekening 2008 van 14 april 2009 was correct. De jaarafrekening was tot in details goedgekeurd en met alle rekeningen uit 2008 veilig opgeborgen en vergeten. De redenering van het zorgkantoor dat een hoger budget was toegekend vanwege zijn klacht bij het zorgkantoor snijdt geen hout, aldus verzoeker. Het hogere budget betreft het jaar 2009. Een hoger budget is actueel in het lopende jaar en heeft niets te maken met de jaarafrekening van een jaar eerder (jaarafrekening 2008).

II. Ten aanzien van het versturen van de toekenningsbeschikkingen PGB 2009

1. Verzoeker ontving in totaal vijf verschillende toekenningsbeschikkingen PGB 2009.

De eerste beschikking is gedateerd op 25 december 2008 en verstuurd in verband met de nieuwe tarieven in 2009. De eigen bijdrage was hier nog niet definitief bekend, omdat het CAK de inkomensgegevens van 2007 nog niet aan het zorgkantoor had meegedeeld. Daarom was er sprake van een voorlopige toekenningsbeschikking.

2. Op 17 september 2009 stuurde het zorgkantoor verzoeker opnieuw een toekenningsbeschikking, dit in verband met wijziging eigen bijdrage. Verzoekers eigen bijdrage werd in deze beschikking definitief vastgesteld. De toegekende bedragen voor de functie persoonlijke verzorging (PV) en de functie verpleging waren hetzelfde als in de voorgaande beschikking, het bedrag van de eigen bijdrage verschilde ten opzichte van de vorige beschikking.

3. Twee weken later, op 30 september 2009, stuurde het zorgkantoor verzoeker opnieuw een beschikking. De reden hiervan was wijziging eigen bijdrage. Verder was er sprake van samenloop (€ 2.815,65). De eigen bijdrage bleef hetzelfde als in de beschikking van 17 september 2009.

4. Het zorgkantoor stuurde verzoeker op 12 november 2009 opnieuw een toekenningsbeschikking 2009, de aanleiding hiertoe was de klachtenprocedure. De bedragen voor de functies PV en verpleging kwamen overeen met de bedragen van de beschikkingen van 25 december 2008 en 17 september 2009. Voor de eerste keer werd in deze toekenningsbeschikking een bedrag voor tijdelijk verblijf opgenomen (voor de periode 01-08-2008 tot en met 15-08-2010 ten bedrage van € 10.428,57), de bedragen voor eigen bijdrage en samenloop kwamen overeen met de beschikking van 17 september 2009.

5. Op 31 maart 2010 stuurde het zorgkantoor verzoeker opnieuw een toekenningsbeschikking 2009, als reden hiervan werd vermeld wijziging eigen bijdrage. De functies, klassen en bedragen zijn hetzelfde als de beschikking van 12 november 2009.

6. Naast de vijf toekenningsbeschikkingen 2009 ontving verzoeker in 2010 ook nog twee toekenningsbeschikkingen 2008. Als reden hiervan werd vermeld: wijziging eigen bijdrage. Ook stond op deze beschikkingen voor de eerste keer de functie tijdelijk verblijf vermeld (op de beschikking van 14 april 2009 staat vermeld tijdelijk verblijf, klasse B, voor de periode 01-08-2008 tot en met 10-08-2008 ten bedrage van € 273,54 en de keer erop staat vermeld tijdelijk verblijf, klasse B, voor de periode 01-08-2008 tot en met 15-08-2010 ten bedrage van € 4185,11).

Overzicht toekenningsbeschikkingen in een schema

Datum

Beschikkings-

nummer



Functies

karakter EB

*reden wijziging*

Resultaat

25-12-2008

TB 2009.5964.1

PV=klasse E

Verpleging=B

voorlopig

(€ 2128,18)

nieuwe tarieven

€ 18.572,82

17-9-2009

TB 2009.5964.2

PV= klasse E

Verpleging=B

definitief

(€ 1639,95)

*wijziging eigen bijdrage*

€ 19.061,05

30-9-2009

*TB 2009.5964.3*

PV= klasse E

Verpleging=B

definitief

(€ 1639,95)

samenloop

(€ 2815,65)

*wijziging eigen bijdrage*

€ 20.701,00

12-11-2009

TB 2009.5964.1

PV=klasse E

Verpleging=B

*TV= klasse B*

definitief

(€ 1639,95)

samenloop

(€ 2815,65)

*klachten-procedure*

€ 31.129,57

14-4-2009

*TB 2008.1496.5*

*PV=klasse E*

Verpleging=B

*TV=klasse B*

definitief

(€ 2543,26)

samenloop

(€ 2543,26)

*wijziging eigen bijdrage*

€ 19.538,26

16-10-2009

TB 2008.30344.1

PV=klasse C

Verpleging=B

TV=klasse B

definitief

(€ 2543,26)

samenloop

(€ 2543,26)

*wijziging eigen bijdrage*

€ 15,615,11

31 maart 2010

TB 2009.5964.2

PV=klasse E

Verpleging=B

TV= klasse B

definitief

(€ 1639,95)

samenloop

(€ 2815,65)

*wijziging eigen bijdrage*

€ 31.129,57

## Visie zorgkantoor

Het zorgkantoor heeft over 2009 vier toekenningsbeschikkingen gestuurd en één vaststellingsbeschikking (jaarafrekening) 2008. De eerste toekenningsbeschikking is gestuurd in verband met de jaarovergang, in dit geval eind 2008. Het is een standaardprocedure dat alle budgethouders aan het einde van het jaar een bericht ontvangen over de hoogte van het budget en de betalingsdata voor het komende jaar. De tweede en de derde toekenningsbeschikking zijn gestuurd vanwege een wijziging in de eigen bijdrage. De vierde en laatste toekenningsbeschikking is gestuurd naar aanleiding van de ingediende klacht van verzoeker.

In de klachtafhandelingsbrief van 16 november 2009 staat:

"In de toekenningsbeschikking van 2009 zijn wij vergeten de functie tijdelijk verblijf te verwerken. Hierdoor is een verkeerd budget berekend in de beschikking van 30 september 2009. Het netto budget moet zijn € 31.129,57 in plaats van € 20.701,00".

Op de vraag van de Nationale ombudsman of het mogelijk is om verzoeker en andere budgethouders in de toekomst eenmaal voorafgaand aan elk nieuw jaar een toekenningsbeschikking te sturen als er geen sprake is van wijzigingen reageerde het zorgkantoor als volgt:

"Dit is alleen mogelijk als er gedurende het jaar geen wijzigingen zijn. Het zorgkantoor dient bij veranderingen (herindicatie, samenloop eigen bijdrage) de budgethouder op de hoogte te stellen door een nieuwe toekenningsbeschikking op te sturen".

Het zorgkantoor gaf aan dat er inderdaad geen verschil zat tussen de laatste toekenningsbeschikking uit 2009 en die van 31 maart 2010. Door een technisch probleem was deze toekenningsbeschikking per abuis verstuurd, aldus het zorgkantoor.

Verzoeker zal niet nog meer toekenningsbeschikkingen 2009 ontvangen, omdat het subsidiejaar 2009 volledig is afgerond.

Op de vraag van de Nationale ombudsman wat de reactie van het zorgkantoor was op de opmerking van verzoeker dat de functie verblijf al sinds 16 augustus 2005 op zijn CIZ-indicatie staat vermeld, maar dat hij jaren achtereen geen bedrag voor tijdelijk verblijf kreeg uitgekeerd, waardoor tijdelijk verblijf door hem zelf moest worden betaald, reageerde het zorgkantoor als volgt:

"De functie verblijf is afgegeven in zorg in natura (ZIN), het zorgkantoor kan deze functie pas omzetten naar PGB op verzoek van cliënt. Dit verzoek hebben wij in november 2009 (via de klacht) ontvangen. Het zorgkantoor heeft uit coulance, naar aanleiding van de klacht, met terugwerkende kracht vanaf 01-08-2008, de functie tijdelijk verblijf omgezet van ZIN naar PGB".

#### Visie verzoeker

Volgens verzoeker kan alles met twee beschikkingen rond zijn. Het CAK stelt eerst een voorlopige eigen bijdrage vast en daarna - zodra het verzamelinkomen bekend is - de definitieve bijdrage. Afgezien van de wijziging in eigen bijdrage moeten alle functiebedragen onveranderd blijven. Deze bedragen zijn echter meerdere keren gewijzigd. Het zorgkantoor voert de wijziging eigen bijdrage aan als reden voor nieuwe beschikkingen. Verzoeker vraagt zich af hoe het mogelijk is dat het bedrag van de functie PV in de toekenningsbeschikking van 30 september 2009 opeens € 3.000 hoger is, terwijl het bedrag van de functie verpleging gelijk blijft en het bedrag van de eigen bijdrage ook. Verzoeker is van mening dat het zorgkantoor van de toekenningsbeschikkingen een puinhoop maakt, waardoor hij geen adequate zorg kan inkopen.

Verzoeker is verder van mening dat hij altijd een PGB heeft gehad voor alle geïndiceerde functies, dus ook voor tijdelijk verblijf. Nadat hij in 2005 de indicaties van het CIZ had ontvangen, heeft hij direct het zorgkantoor gevraagd om de indicatie om te zetten in een PGB. Op 12 oktober 2005 ontving hij van het zorgkantoor een toekenningsbeschikking voor het PGB nieuwe stijl. Volgens verzoeker heeft het zorgkantoor de indicatie niet uit coulance omgezet, maar omdat het zorgkantoor had ontdekt dat zij het jarenlang fout hadden gedaan. Verzoeker geeft aan dat hij hierover overigens nooit een klacht ingediend heeft. Verzoeker vertrouwde erop dat het zorgkantoor correct handelde met de toekenningsbeschikkingen. Hij ging er steeds vanuit dat het zorgkantoor de wettelijke regeling correct toepaste, daarom controleerde hij aanvankelijk niets. Inmiddels is hem gebleken dat hij ieder woord en bedrag nauwkeurig moet controleren, omdat het regent van fouten bij het zorgkantoor.

#### III. Ten aanzien van de klachtenprocedure

1. Verzoeker diende op 29 oktober 2009 twee klachten in bij de directie van het zorgkantoor. Hij klaagde daarin onder meer over de diverse jaarafrekeningen PGB **2008**, over de verschillende toekenningsbeschikkingen PGB van **2009** en over (de wijze van het opstellen van de beschikkingen door) een medewerker (de manager) van het zorgkantoor.
2. Hierop ontving verzoeker op 16 november 2009 een reactie van het zorgkantoor. Het zorgkantoor bood zijn excuses aan voor de foutieve jaarafrekening 2008 en toekenningsbeschikking 2009. De brief was ondertekend door dezelfde medewerker als degene waar verzoeker in zijn brieven ook over had geklaagd.

## Visie zorgkantoor

1. Het zorgkantoor heeft naar aanleiding van vragen van de Nationale ombudsman over de klachtafhandeling door de medewerker waarover ook was geklaagd, als volgt gereageerd:

"Wij handelen conform het klachtenprotocol van de Zorgkantoren Uvit; dit protocol is ook getoetst door de NZa. Inhoudelijke afhandeling van de klachten vindt plaats door een inhoudelijk deskundig medewerker en wordt vervolgens gecheckt door een collega en een communicatiemedewerker. Ondertekening vindt plaats door de clustermanager. In dit geval had de manager de klacht niet zelf in behandeling mogen nemen, maar heeft in zijn veronderstelling conform het klachtenprotocol gehandeld. In het protocol staat niet expliciet vermeld dat als er geklaagd wordt over een manager, zijn direct leidinggevende de klacht dient te behandelen en te ondertekenen. Het klachtenprotocol van de UVIT-zorgkantoren wordt hierop aangepast".

## Visie verzoeker

Vanaf het moment dat de betreffende medewerker de scepter bij het zorgkantoor overnam zijn er problemen met beschikkingen. Zijn brieven die hij heeft gericht aan de directie, werden beantwoord door dezelfde medewerker over wie hij zich had beklagd. Deze medewerker werkt als een slager die zijn eigen vlees keurt.

Het financieel plannen van de zorg en de zorgbestedingen, het weloverwogen inkopen van zorg is door het zorgkantoor in de jaren 2008 en 2009 voor hem onmogelijk gemaakt. Het rotste jaar (2009) van zijn 86 jaren is voorbij, maar meer zorgellende kan hij in 2010 verwachten, aldus verzoeker.

## IV. Nieuwe klacht over het zorgkantoor

Nadat het verslag van bevindingen was verstuurd op 20 augustus 2010, stuurde verzoeker op 3 september 2010 opnieuw een klacht over het zorgkantoor naar de Nationale ombudsman. Verzoeker klaagde erover dat hij de afgelopen maanden geen PGB-betalingen van het zorgkantoor had ontvangen en dat er door het zorgkantoor niet werd gereageerd op zijn brief van 23 mei 2010 en zijn telefoontjes.

De Nationale ombudsman heeft deze klachten voorgelegd aan het zorgkantoor, dat hierop als volgt reageerde.

De reden waarom het zorgkantoor niet eerder heeft gereageerd op de brief van 23 mei 2010, is dat de betreffende brief niet door het zorgkantoor was ontvangen. De brief is door verzoeker opnieuw opgestuurd en door het zorgkantoor op 30 juli 2010 ontvangen. Hierop zal het zorgkantoor alsnog binnen twee weken reageren richting verzoeker.

De betaling van het PGB was door het zorgkantoor stopgezet, aangezien er sprake was van een openstaande vordering die niet door verzoeker werd betaald. De vordering is inmiddels komen te vervallen. Hierover had het zorgkantoor verzoeker al eerder bericht. Echter de administratieve handeling om de vordering te laten vervallen en het incassotraject te beëindigen is niet door het zorgkantoor uitgevoerd. De incasso van de vordering is inmiddels beëindigd en de betaling van het PGB hervat.

Aan verzoeker zijn door het zorgkantoor telefonisch excuses aangeboden en is een bloemetje gestuurd.

## Beoordeling

### I. Ten aanzien van de jaarafrekeningen over 2008

1. Het vereiste van rechtszekerheid houdt onder meer in dat gerechtvaardigde verwachtingen van burgers en organisaties jegens overheidsinstanties door die overheidsinstanties worden gehonoreerd. Het vereiste van administratieve nauwkeurigheid houdt in dat overheidsinstanties secuur werken.

Verzoeker klaagt erover dat het zorgkantoor nadat de jaarafrekening PGB over 2008 (een beschikking waartegen bezwaar en beroep openstond) op 14 april 2009 definitief was vastgesteld, op respectievelijk 16 oktober 2009 en 12 november 2009 nieuwe jaarafrekeningen over 2008 naar verzoeker heeft gestuurd die volgens verzoeker niet correct zijn.

2. Op 14 april 2009 heeft het zorgkantoor de jaarafrekening PGB 2008 gestuurd ten bedrage van € 19.538,26. Na het versturen van de eerste jaarafrekening PGB 2008, stuurde het zorgkantoor op 16 oktober 2009 - een half jaar later - opnieuw een jaarafrekening 2008 aan verzoeker. Deze jaarafrekening leidde echter niet tot een hoger budget, maar tot een lager budget, namelijk € 15.615,11, een negatief verschil van € 3.923,15. Verzoeker nam hierover telefonisch contact op met het zorgkantoor en diende vervolgens een klacht in bij het zorgkantoor. Uiteindelijk resulteerde dit in een nieuwe (de derde) jaarafrekening waarin stond dat verzoeker recht had op een PGB bedrag in 2008 van € 20.071,64.

3. Het is het zorgkantoor toegestaan om definitieve jaarafrekeningen te herzien als een herziening leidt tot een hoger budget voor de budgethouder, aldus het zorgkantoor. Dit is gebaseerd op een interne regeling.

4. Verzoeker maakte geen bezwaar tegen de jaarafrekening van 14 april 2009. Hiermee was de jaarafrekening definitief komen vast te staan en onherroepelijk geworden. Verzoeker mocht er vervolgens op vertrouwen dat het budget niet meer zou worden verlaagd. Het zorgkantoor heeft door een half jaar na de eerste jaarafrekening op

16 oktober 2009 opnieuw een jaarafrekening te sturen welke als resultaat had dat aan verzoeker een lager budget werd toegekend, niet overeenkomstig dit vertrouwensbeginsel gehandeld. Ook was dit in strijd met de interne regeling van het zorgkantoor. Deze jaarafrekening bleek bovendien niet juist te zijn.

Het versturen van de derde jaarafrekening was wel correct, omdat deze jaarafrekening tot een hoger budget voor verzoeker heeft geleid. Het zorgkantoor mocht de mogelijkheid om van dit extra budget gebruik te maken niet aan verzoeker onthouden.

Wat betreft het versturen van de tweede jaarafrekening had verzoeker er op mogen vertrouwen dat het budget niet meer verlaagd zou worden. Hiermee heeft het zorgkantoor gehandeld in strijd met het rechtszekerheidsvereiste. Nu deze jaarafrekening bovendien niet juist was, heeft het zorgkantoor bovendien in strijd met het vereiste van administratieve nauwkeurigheid gehandeld.

De onderzochte gedraging is in zoverre niet behoorlijk.

## II. Ten aanzien van de toekenningsbeschikkingen over 2009

1. Het vereiste van administratieve nauwkeurigheid houdt in dat overheidsinstanties secuur werken. Dit impliceert dat slordigheden moeten worden vermeden en dat fouten zo spoedig mogelijk moeten worden hersteld.

2. Verzoeker klaagt erover dat het zorgkantoor hem vijf verschillende toekenningsbeschikkingen PGB heeft gestuurd, waardoor verzoeker geen optimale zorg heeft kunnen inkopen.

3. Het CAK stelt de eigen bijdrage in de AWBZ vast. Het zorgkantoor kan niet zien wanneer de maximale eigen bijdrage van een budgethouder is bereikt en is afhankelijk van de gegevens van het CAK om de definitieve eigen bijdrage op het PGB AWBZ vast te stellen. Na ontvangst van deze gegevens zal het zorgkantoor de eigen bijdrage die is ingehouden op het PGB AWBZ mogelijk moeten aanpassen. Het zorgkantoor moet bij wijzigingen in de hoogte van de eigen bijdrage een nieuwe toekenningsbeschikking sturen aan de budgethouder.

Het zorgkantoor heeft aan verzoeker vijf toekenningsbeschikkingen PGB verstuurd. De eerste toekenningsbeschikking is een voorlopige beschikking. De tweede is op 17 september 2009 verstuurd vanwege de wijziging eigen bijdrage. De derde is verstuurd op 30 september 2009 vanwege de samenloop met de WMO, de vierde is verstuurd in het kader van de klachtenprocedure. Het versturen van deze toekenningsbeschikkingen was correct.

De vijfde en laatste toekenningsbeschikking is verstuurd vanwege wijziging eigen bijdrage, terwijl er niets was veranderd. De laatste toekenningsbeschikking is dan ook ten onrechte



verstuurd.

4. In de toekenningsbeschikkingen over 2009 valt te constateren dat pas in de vierde toekenningsbeschikking over 2009 (van 16 november 2009) voor de eerste keer de functie tijdelijk verblijf is opgenomen. Het zorgkantoor vermeldt in de klachtafhandelingsbrief van 16 november 2009 aan verzoeker dat vergeten was de functie tijdelijk verblijf te verwerken in de eerdere beschikking van 2009. Het zorgkantoor gaf echter in een later stadium aan dat uit coulance, naar aanleiding van de klacht van verzoeker, de functie tijdelijk verblijf was omgezet van Zorg in Natura (ZIN) naar PGB. Echter, in de eerdere toekenningsbeschikkingen van 2008 stond de functie tijdelijk verblijf al wel gewoon vermeld. Dit rijmt ook met het standpunt van verzoeker waarin hij aangeeft dat hij - nadat hij in 2005 de indicaties van het CIZ had ontvangen - direct aan het zorgkantoor gevraagd heeft om deze om te zetten in een PGB. Hierop ontving verzoeker in oktober een toekenningsbeschikking persoonsgebonden budget 2005.

Het is dan ook aannemelijk dat het zorgkantoor de functie tijdelijk verblijf is vergeten op te nemen in de eerste drie toekenningsbeschikkingen van 2009.

5. Het zorgkantoor kan niet worden verweten dat het zorgkantoor meerdere toekenningsbeschikkingen heeft gestuurd naar verzoeker in verband met wijziging van de eigen bijdrage en de samenloop. Dit is voor verzoeker - begrijpelijkerwijs - vervelend, omdat het daardoor lastig is om zorgafspraken te maken, maar het zorgkantoor is verplicht opnieuw een toekenningsbeschikking te sturen bij samenloop en het wijzigen van de eigen bijdrage. Het zorgkantoor kan wel worden verweten dat op 31 maart 2010 een vijfde toekenningsbeschikking is verstuurd naar verzoeker, omdat er geen sprake was van een wijziging van de eigen bijdrage of samenloop.

6. Nu het zorgkantoor verweten kan worden dat ten onrechte een vijfde toekenningsbeschikking naar verzoeker is gestuurd én aannemelijk is geworden dat het zorgkantoor de functie tijdelijk verblijf is vergeten op te nemen in de eerste toekenningsbeschikkingen van 2009, heeft het zorgkantoor niet secuur gewerkt en heeft het zorgkantoor gehandeld in strijd met het vereiste van administratieve nauwkeurigheid. Het gevolg was dat het voor verzoeker, doordat het zorgkantoor pas in november 2009 een toekenningsbeschikking stuurde met daarin de functie tijdelijk verblijf, moeilijk, zo niet onmogelijk was, om aan het eind van het jaar nog tijdelijke zorg met verblijf te plannen en in te kopen. De onderzochte gedraging is op dit punt niet behoorlijk.

### III. Ten aanzien van de klachtbehandeling

1. Het verbod van vooringenomenheid houdt in dat overheidsinstanties zich actief opstellen om iedere vorm van een vooropgezette mening of de schijn van partijdigheid te vermijden.

2. Overeenkomstig artikel 9:7 eerste lid van de Algemene wet Bestuursrecht vereist een behoorlijke klachtbehandeling dat bij interne klachtbehandeling door een overheidsinstantie de behandeling van de klacht gebeurt door een persoon die niet betrokken is geweest bij de gedraging waarop de klacht betrekking heeft.

3. Doordat de medewerker over wie geklaagd werd door verzoeker zelf de klachtafhandelingsbrief heeft ondertekend, is in strijd met het verbod van vooringenomenheid gehandeld. De onderzochte gedraging is niet behoorlijk.

## **Conclusie**

De klacht over de onderzochte gedraging van het zorgkantoor, is:

gegrond,

ten aanzien van het versturen van één van de drie jaarafrekeningen over 2008, wegens schending van het rechtszekerheidsvereiste en van het vereiste van administratieve nauwkeurigheid;

ten aanzien van het versturen van verschillende toekenningsbeschikkingen over 2009, wegens schending van het vereiste van administratieve nauwkeurigheid;

ten aanzien van de afhandeling van de klacht, wegens schending van het verbod van vooringenomenheid.

## **Instemming**

Met instemming heeft de Nationale ombudsman er kennis van genomen dat het klachtenprotocol van de UVIT-zorgkantoren wordt aangepast. Klachten over een manager zullen worden behandeld en ondertekend door de direct leidinggevende van de betreffende manager.

## **Aanbeveling**

De Nationale ombudsman geeft het zorgkantoor in overweging om verzoeker uit te nodigen voor een gesprek om een basis te leggen voor het herstel van vertrouwen in het zorgkantoor.

## **Slotbeschouwing**

Verzoeker is een inmiddels 86 jarige man die vanwege polio bijzondere zorg nodig heeft. Via een persoonsgebonden budget - PGB - voorziet hij zelf in die zorg. Gelet op de omvang van die zorg is dat geen eenvoudige taak. Het zorgkantoor is verantwoordelijk

voor een correcte administratie en besluitvorming over zijn PGB. Deze zaak laat zien dat het verkrijgen van het juiste budget door de jaren heen omgeven is geweest met een zeer belastende bureaucratie. Verzoeker is geconfronteerd met vele opeenvolgende besluiten, deels onjuist, en zelfs met onterechte terugvorderingen. Uiteindelijk heeft hij het vertrouwen in het goed functioneren van het zorgkantoor verloren. Bovendien werd het voor verzoeker, doordat het zorgkantoor pas in november 2009 een toekenningsbeschikking (zijn vierde!) stuurde met daarin de functie tijdelijk verblijf, moeilijk, zo niet onmogelijk, om aan het eind van het jaar nog tijdelijke zorg met verblijf te plannen en in te kopen.

Toen verzoeker een klacht had over het zorgkantoor werd deze klacht door de persoon behandeld die zelf een rol had vervuld bij het veroorzaken van de vele problemen die verzoeker had ondervonden. Gevolg was dat de klachtbehandeling met de schijn van partijdigheid plaatsvond.

Het zorgkantoor heeft zich op deze wijze van zijn slechtste kant laten zien en het past het zorgkantoor om met gezwinde spoed ervoor te zorgen dat verzoeker het volle vertrouwen krijgt en behoudt dat het zorgkantoor zorgvuldig met zijn belangen omgaat.

Het zorgkantoor heeft zijn excuses aan verzoeker aangeboden en een bloemetje gestuurd. Hiermee is het zorgkantoor op de goede weg. Door het zorgkantoor is ook voorgesteld om verzoeker thuis op te zoeken en het gesprek met hem aan te gaan om een basis te leggen voor het herstel van vertrouwen in het zorgkantoor.

## **Achtergrond**

Zie onder *bevindingen* of *volledige tekst* voor de volledige tekst van het rapport.