Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. J.J.M. Linders en mr. B.L.A. van Drunen

Zaaknummer: 202501900

Partijen

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

en

1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Leiden, en
2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Leiden,
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 26 november 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 2 december 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

1.2. Bij brief van 13 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 16 maart 2026 aan verzoekster gestuurd.

1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 mei 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden. Vervolgens hebben partijen getracht samen tot een minnelijke oplossing te komen. Op 23 september 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar de commissie gevraagd de procedure voort te zetten. Een kopie hiervan is op 25 september 2026 aan verzoekster gestuurd.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzekerde is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend Zorg 2 sterren en Aanvullend Tand 2 sterren (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). Verzoekster (zijn moeder) treedt hierbij op als verzekeringnemer.

2.2. Verzekerde is minderjarig, en aangewezen op verpleging en verzorging. Verzoekster heeft voor de bekostiging hiervan een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (PGB-vv) aangevraagd en verkregen van de ziektekostenverzekeraar. Zij treedt in dit verband op als budgethouder ten behoeve van verzekerde.
In eerste instantie werd het informele tarief vergoed, aangezien verzoekster de zorg zelf aan verzekerde verleende. Op 6 mei 2020 heeft zij bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een PGB-vv voor formele zorg, te verlenen door de zorgaanbieder, met terugwerkende kracht vanaf 1 mei 2019. Op enig moment heeft de ziektekostenverzekeraar het

aangevraagde PGB-vv voor formele zorg vanaf die datum toegewezen. Vervolgens is het PGB-vv op grond van de tarieven voor formele zorg aan verzoekster uitgekeerd.

2.3. De ziektekostenverzekeraar is in 2023 een onderzoek gestart. Bij brief van 18 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster geïnformeerd over zijn voorlopige bevindingen. Er is door hem geconcludeerd dat verzoekster *"bewust en opzettelijk een Zvw-pgb voor een formele zorgverlener voor uw zoon heeft aangevraagd, terwijl er sprake was van een informele zorgverlener (familie uit de 1e graad), en declaraties heeft ingediend voor een hoger tarief dan waar recht op bestond."* Verzoekster is in de gelegenheid gesteld mondeling of schriftelijk te reageren op de voorlopige bevindingen.

2.4. Op 6 maart 2025 heeft in het kader van het onderzoek een gesprek plaatsgevonden tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar.

2.5. Bij brief van 24 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij *"vermoedt dat er sprake is van bewust onrechtmatige declaraties met als doel vergoedingen te verkrijgen waarop geen recht bestaat"*. Daarom worden de volgende maatregelen opgelegd:
- een bedrag van € 67.150,22 wordt teruggevorderd van verzoekster;
- de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie van de Afdeling Speciale Zaken van de ziektekostenverzekeraar voor de duur van 8 jaren of zoveel langer tot het dossier financieel is afgewikkeld;
- de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in het Interne Verwijzingsregister tot 24 juli 2033;
- de persoonsgegevens van verzoekster worden opgenomen in het Incidentenregister tot 24 juli 2033.

2.6. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 14 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft. Hij heeft hierbij benadrukt dat hij geen fraude heeft vastgesteld, maar wel onrechtmatige declaraties en dat hij vermoedt dat sprake is van het opzettelijk indienen daarvan.

3. Standpunt verzoekster

3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar dient af te zien van terugvordering van het bedrag van € 67.150,22, en de registratie van haar persoonsgegevens in de diverse registers moet vervallen.

3.2. In het verzoek om heroverweging van 29 september 2025 heeft verzoekster benadrukt dat zij niet heeft gefraudeerd. In het geval van fraude moet sprake zijn van een benadeelde, financieel gewin en opzet. Aan de twee laatste voorwaarden is niet voldaan. Verzoekster is door de zorgaanbieder geattendeerd op de mogelijkheid om de zorg aan verzekerde te leveren, zonder dat zij hiervoor de administratie hoefde te verzorgen. Dat was mogelijk door bij de zorgaanbieder in dienst te treden. Bovendien zou er dan een achtervang zijn in het geval zij ziek werd of verhinderd was. Daarbij kreeg zij van de zorgaanbieder verschillende personeelsnummers voor de zorg die zij aan verzekerde verleende en die voor zorg aan andere cliënten. Deze constructie is zo opgezet door de zorgaanbieder. Verzoekster heeft hiervan geen financieel voordeel gehad. Zij kreeg van de zorgaanbieder een salaris dat maar iets hoger was dan toen zij nog vanuit het PGB-vv werd betaald, maar dat was voordat de indicatie werd verhoogd. De vergoeding via de zorgaanbieder was dus feitelijk een verlaging van haar beloning voor de zorg aan verzekerde. Ook het vereiste opzet is niet bewezen. Zo er al sprake is van opzet, is deze toe te schrijven aan de zorgaanbieder. Er bestond een gezagsverhouding omdat verzoekster in dienst was bij de zorgaanbieder. De formulieren zijn ingevuld op aanwijzing van, en onder "volledige indoctrinatie" door de

zorgaanbieder. Verzoekster heeft de formulieren ondertekend, maar heeft hierbij niet de gevolgen voor ogen gehad die de ziektekostenverzekeraar hieraan verbindt. Zij heeft op dat moment gedwaald, onder druk van haar werkgever, in het kader van een – ongelijke – gezagsverhouding.

3.3. In het klachtenformulier van 26 november 2025 heeft verzoekster aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar er geen rekening mee heeft gehouden dat de zorgaanbieder, vanuit zijn werkgeverspositie, eiste dat zij het ontvangen PGB-vv naar hem zou overmaken. Daarna kreeg verzoekster een salaris dat minder bedroeg dan wanneer zij vanuit haar rol als moeder de zorg zelf zou hebben geleverd. Pas nadat verzoekster wantrouwig werd over het handelen van de zorgaanbieder en zij de declaratie opvroeg bij de ziektekostenverzekeraar, is de ziektekostenverzekeraar een onderzoek gestart naar de situatie.
De ziektekostenverzekeraar houdt voorts geen rekening met de kwetsbare situatie van verzoekster. Zij is slachtoffer van de toeslagenaffaire, alleenstaande moeder met een gehandicapt kind, en verkeerde in een afhankelijke positie als werknemer bij de zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar gebruikt het woord ‘fraude’ weliswaar niet meer, maar behandelt de zaak wel als fraude, zonder hierbij de zorgaanbieder aan te spreken op diens verantwoordelijkheid. Verzoekster heeft het geld niet en ook nooit gehad. Dat de zorgaanbieder niet te goeder trouw heeft gehandeld blijkt uit het feit dat verzoekster bij hem op basis van twee verschillende contracten werkte. Inmiddels is de zorgaanbieder failliet en is een claim neergelegd bij de curator, die vermoedelijk niets zal opleveren. Als gevolg van de terugvordering van de ziektekostenverzekeraar is de gezondheidssituatie van verzoekster sterk achteruitgegaan, terwijl zij nog steeds de verantwoordelijkheid draagt voor de zorg voor verzekerde. De ziektekostenverzekeraar had eerder aan zijn eigen verplichtingen moeten voldoen, en eerder controles moeten uitvoeren op de door de zorgaanbieder ingediende declaraties, en niet pas nadat verzoekster zelf aan de bel had getrokken.

3.4. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat er volgens de ziektekostenverzekeraar begin mei 2023 bij meerdere zorgverzekeraars signalen binnenkwamen dat er iets aan de hand was met de zorgaanbieder. Dit was volgens de ziektekostenverzekeraar de aanleiding om een onderzoek te starten. Hiervan zijn echter geen stukken overgelegd. De ziektekostenverzekeraar heeft aldus niet inzichtelijk gemaakt dat het onderzoek is gestart op basis van iets anders dan het telefoontje van verzoekster. Zij heeft begin mei 2023 gebeld en haar zorgen geuit over de zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar doet alsof verzoekster alleen heeft gebeld om loonstroken en een urenoverzicht op te vragen. Uit het enkele feit dat verzoekster niet beschikte over deze stukken, blijkt dat zij in de macht was van de zorgaanbieder. Dat alleen al zou voor de ziektekostenverzekeraar een signaal moeten zijn dat het niet in orde was. Ook de verschillende handschriften op de formulieren hadden een signaal moeten zijn. Verzoekster verwachtte hulp en die is niet gekomen. Het is een extra pijnlijke ervaring voor verzoekster gezien haar verleden als slachtoffer van de toeslagenaffaire. De zorgaanbieder heeft de keuze gemaakt om verzoekster in loondienst te nemen. Zij stond, als gezegd, in een gezagsverhouding tot de zorgaanbieder. Deze regelde de zaken en gaf steeds aan dat alles in orde was. Tegen de tijd dat verzoekster wel in staat was een eigen keuze te maken, heeft zij geprobeerd zich los te maken van de zorgaanbieder. Dit zorgde voor enorme problemen. Verzoekster verkeerde in een kwetsbare situatie en de zorgaanbieder heeft daar misbruik van gemaakt. De zorgaanbieder is een fraudeur en de ziektekostenverzekeraar zou zijn aandacht daarop moeten richten. Verzoekster heeft nog een schuld van € 40.000, --. Er is nog steeds geen duidelijkheid over hoe dit wordt opgelost. Door verzoekster verantwoordelijk te houden voor het bedrag voegt de zorgverzekeraar leed toe. Verzoekster heeft niet het formele tarief aangekruist. De zorgaanbieder heeft dit geregeld en tegen verzoekster gezegd dat zij moest tekenen. Het is naïef en stupide geweest om te vertrouwen op een organisatie, maar het gaat hier om kwetsbare mensen. Van de ziektekostenverzekeraar wordt verwacht dat hij zich realiseert dat er een overstijgend belang is. Er moet bewustwording komen over hoe met zorggelden wordt omgegaan. Verzoekster heeft het geld niet gekregen. Zij heeft een minimumloon ontvangen van de zorgaanbieder en het geld is aan de zorgaanbieder gegeven. Deze

is inmiddels failliet. De ziektekostenverzekeraar kan afzien van terugvordering in exceptionele situaties. Hiervoor zou hij moeten kiezen, gelet op de omstandigheden van het geval. Er moet door hem rekening worden gehouden met de machtsverhouding, het feit dat verzoekster slachtoffer is geweest van de toeslagenaffaire en hier nog steeds de gevolgen van ondervindt, en de schuld van € 40.000,-- die zij al heeft. Als daar meer dan € 67.000, -- bij wordt opgeteld, wordt verzoekster kapot gemaakt. De menselijke maat moet worden toegepast. In de jurisprudentie van bijvoorbeeld de Centrale Raad van Beroep ziet men dit ook terugkomen. Als de vordering en de registraties worden doorgezet, krijgt verzoekster opnieuw een label. Van verzoekster zal de ziektekostenverzekeraar het geld niet krijgen. Zij heeft dit namelijk niet. Daarnaast had de ziektekostenverzekeraar een zorgplicht. Als duidelijk wordt dat een verzekerde in een dergelijke constructie terecht komt, moet hij handelen. Mogelijk was het dan minder lang doorgegaan. De ziektekostenverzekeraar kan ook afzien van de registraties. Hiermee wordt verzoekster een label opgelegd dat er iets fout is gegaan. Zij heeft echter zelf naar de ziektekostenverzekeraar gebeld en open kaart gespeeld. Onder deze omstandigheden kan niet worden gezegd dat zij bezig was om de ziektekostenverzekeraar op te lichten.
Desgevraagd heeft verzoekster toegelicht dat het feit dat zij slachtoffer is geweest van de toeslagenaffaire in dit verband relevant is, omdat iemand die al een keer flink is aangereden kwetsbaar is. Zorgverzekeraars zitten tegen overheidsinstellingen aan, omdat burgers verplicht zijn om deze verzekering af te sluiten. Met de terugvordering en de registraties wordt iemand die al kwetsbaar is, opnieuw geraakt. De ziektekostenverzekeraar zou rekening moeten houden met de kwetsbaarheid van zijn verzekerden. Kwetsbaarheid van een verzekerde, ook indien veroorzaakt door een ander dan de ziektekostenverzekeraar, moet in een exceptionele situatie worden meegenomen door de ziektekostenverzekeraar.
Bij de totstandkoming van de arbeidsovereenkomst was er al een gezagsverhouding tussen verzoekster en de zorgaanbieder. De zorgaanbieder had een overwicht op mensen en ook op verzoekster. De zorgaanbieder heeft voorgesteld haar te ontlasten van onder andere de administratieverplichting. Verzoekster zat precies op dat moment klem. Zij was slachtoffer van de toeslagenaffaire en zij zou haar uitkering verliezen als zij niet zou gaan werken. De zorgaanbieder bood haar op dat moment een arbeidsovereenkomst aan. Verzoekster had twee contracten met de zorgaanbieder, waaronder een leerlingcontract. Zij mocht niet benoemen dat het ging om haar zoon, maar moest spreken van “een cliënt” van de zorgaanbieder. De zorgaanbieder gaf aan dat alles volgens de wet was geregeld. Er is verzoekster ook uitgelegd dat het geen PBG-vv meer betrof, maar dat voortaan sprake was van een andere constructie.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft onderzoek verricht naar de nota’s wijkverpleging van verzekerde betreffende het PGB-vv over de periode van 1 mei 2019 tot en met 31 december 2022. De voorlopige bevindingen zijn schriftelijk gedeeld met verzoekster, en daarna, op 6 maart 2025, heeft een gesprek plaatsgevonden tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar, bij brief van 24 juli 2025, zijn ‘definitieve bevindingen en afronding onderzoek fraudeonderzoek Zvw-pgb’ gedeeld met verzoekster. In deze brief heeft de ziektekostenverzekeraar haar meegedeeld dat hij vermoedt dat sprake is van bewust onrechtmatige declaraties met als doel het verkrijgen van vergoedingen waarop geen aanspraak bestaat. De ziektekostenverzekeraar heeft vastgesteld dat in voornoemde periode verzoekster zelf de zorg heeft verleend aan verzekerde. Op grond hiervan bestond aanspraak op vergoeding op basis van het informele tarief. De kosten van de betreffende zorg zijn echter gedeclareerd op naam van de zorgaanbieder en op grond hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar het formele, en dus hogere, tarief vergoed. Verzoekster heeft zelf op de aanvraagformulieren Zvw-PGB vermeld dat de zorg zou worden verleend door de zorgaanbieder. Op het aanvraagformulier van 26 mei 2020 heeft zij uitdrukkelijk verklaard dat géén sprake was van zorg door bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad. De feitelijke situatie wijkt dus af van de situatie die is geschetst in de ingediende aanvraag. Daarnaast zijn er inconsistenties in de loonadministratie en de urenregistraties. De

ziektekostenverzekeraar vordert daarom de te veel uitgekeerde bedragen terug van verzoekster. Dit betreft een totaalbedrag van € 67.150,22. Ook worden haar persoonsgegevens geregistreerd in het Incidentenregister, het Interne Verwijzingsregister en de Gebeurtenissenadministratie voor de duur van 8 jaren. Voor de registratie in de Gebeurtenissenadministratie geldt dat deze zo nodig langer duurt, en wel tot het dossier financieel is afgewikkeld.

4.2. In de heroverweging van 14 oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar opgemerkt dat hij zijn onderzoek met de vereiste zorgvuldigheid en grondigheid heeft uitgevoerd. Tijdens dit onderzoek zijn, als gezegd, diverse onregelmatigheden vastgesteld, en wel in de ingediende aanvraagformulieren voor het PGB-vv, de (onrechtmatige) declaraties, en de gehanteerde tarieven. De ziektekostenverzekeraar heeft geen fraude door verzoekster vastgesteld, maar dus wel onrechtmatige declaraties en hij vermoedt dat sprake is van het opzettelijk indienen hiervan. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat verzoekster bij hem geen melding heeft gedaan over mogelijke onregelmatigheden betreffende de declaraties met betrekking tot de aan verzekerde verleende zorg. Zij heeft uitsluitend gegevens opgevraagd ter ondersteuning van de juridische procedure die zij op dat moment tegen de zorgaanbieder voerde. De ziektekostenverzekeraar heeft gedurende het onderzoek en bij de eindbeoordeling van het dossier alle omstandigheden meegewogen en daarmee rekening gehouden. Dus ook met de persoonlijke omstandigheden van verzoekster. Het uitgangspunt blijft evenwel dat vergoedingen waarop geen recht bestond dienen te worden terugbetaald. In dit geval wordt alleen het te veel vergoede bedrag teruggevorderd.

4.3. In de brief van 13 maart 2026, gericht aan de commissie, heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat verzekerde al geruime tijd een PGB-vv had. Dit PGB-vv werd uitgekeerd aan verzoekster, als zijn wettelijk vertegenwoordiger. Tot en met 30 april 2019 werd met dit PGB-vv de door verzoekster geleverde zorg bekostigd. Als familie in de eerste graad kreeg verzoekster het informele tarief vergoed. Op 8 en 26 mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvraagformulieren van verzoekster ontvangen, waarin met ingang van 1 mei 2019 een PGB-vv ten behoeve van verzekerde werd aangevraagd voor zorg verleend door de zorgaanbieder. Naar aanleiding hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar vanaf 1 mei 2019 de zorg op basis van het formele tarief vergoed.

4.4. Begin 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar via de vereniging Zorgverzekeraars Nederland een signaal ontvangen over de zorgaanbieder. Bij meerdere zorgverzekeraars werd een materiële controle of fraudeonderzoek uitgevoerd naar de zorgaanbieder. Daarbij bleek dat door de zorgaanbieder bewust familieleden in dienst werden genomen, meer zorg werd gedeclareerd dan er werd geleverd, niet werd geïndiceerd door een wijkverpleegkundige, en dat twijfel bestond over de noodzaak van bepaalde zorg. Deze melding was voor de ziektekostenverzekeraar aanleiding om een fraudeonderzoek te starten.

4.5. Verzoekster heeft op 26 mei 2023 telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft hierbij verzocht om een vergoedingenoverzicht van alle kosten van de zorgaanbieder. Dit in verband met een rechtszaak die zij tegen de zorgaanbieder was gestart. De ziektekostenverzekeraar heeft in het kader van het fraudeonderzoek op 4, 5 en 7 september 2023 telefonisch contact opgenomen met verzoekster. In deze gesprekken heeft verzoekster verklaard in dienst te zijn geweest van de zorgaanbieder en persoonlijk de zorg aan verzekerde te hebben geleverd via de zorgaanbieder. Vanaf het kalenderjaar 2023 had zij - naar haar zeggen - een geschil met de zorgaanbieder. Op 6 maart 2024 heeft een gesprek in persoon plaatsgevonden tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar.

4.6. De ziektekostenverzekeraar heeft uiteindelijk geconcludeerd dat de verleende zorg, gefinancierd via het PGB-vv, niet op rechtmatige wijze is gedeclareerd. Door de wijze van declareren is de indruk gewekt dat de zorg werd verleend door een formele zorgverlener, terwijl de zorgverlening aan verzekerde feitelijk plaatsvond door verzoekster, zijn moeder. De ziektekostenverzekeraar

heeft het vermoeden dat dit opzettelijk is gedaan met als doel onterecht hogere vergoedingen te verkrijgen. Uit het onderzoek is echter ook gebleken dat verzoekster zich in een kwetsbare situatie bevond en dat hiervan mogelijk misbruik is gemaakt. De ziektekostenverzekeraar heeft geconcludeerd dat de omvang van de betrokkenheid van verzoekster bij deze vermoedelijke fraude en haar opzet tot fraude niet kunnen worden vastgesteld. Het onderzoek is daarom afgesloten met de conclusie dat het vermoeden van fraude in relatie tot verzoekster niet kon worden bewezen. Wel is komen vast te staan dat aan haar ten onrechte vergoedingen zijn verleend op basis van het formele tarief. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom het verschil tussen het uitgekeerde formele tarief en het informele tarief, waarop wel recht bestond, van verzoekster teruggevorderd.

4.7. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat verzekerden met het PGB-vv een budget krijgen ter dekking van de kosten van wijkverpleging. Hieraan zijn echter ook verantwoordelijkheden en verplichtingen verbonden. Als betrokkene daaraan niet kan voldoen, kan de wijkverpleging niet door middel van een PGB-vv worden ingekocht en bestaat de mogelijkheid wijkverpleging via zorg in natura te ontvangen. Het PGB-vv wordt uitgekeerd aan de budgethouder. De budgethouder dient achteraf aan de ziektekostenverzekeraar verantwoording af te leggen voor de juiste besteding van dat budget. De budgethouder staat in voor de juistheid van de ingediende declaraties. De controle op de rechtmatigheid van de zorg ligt dus in eerste instantie bij de budgethouder.

4.8. Ten aanzien van de registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in het Interne Verwijzingsregister heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 13 maart 2026 meegedeeld dat hij om hem moverende redenen heeft besloten hiervan af te zien.

4.9. De ziektekostenverzekeraar handhaaft daarentegen de registratie in het Incidentenregister en de Gebeurtenissenadministratie. Op grond van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen (PIFI) houdt de ziektekostenverzekeraar een Incidentenregister bij, waarin incidenten worden omschreven met vermelding van de persoonsgegevens van de betrokkene(n). Alleen medewerkers van de afdeling Speciale Zaken van de ziektekostenverzekeraar hebben toegang tot dit systeem. Voor opname in het Incidentenregister is (uitsluitend) vereist dat sprake is van een incident. Blijkens artikel 2 van het PIFI wordt daaronder verstaan: *“een gebeurtenis die als gevolg heeft/zou kunnen hebben of heeft gehad dat de belangen, integriteit of veiligheid van de cliënten of medewerkers van een Financiële Instelling, de Financiële Instelling zelf of de financiële sector als geheel in het geding zijn of kunnen zijn, zoals het falsificeren van nota’s, identiteitsfraude, skimming, verduistering in dienstbetrekking, phishing en opzettelijke misleiding.”* Naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar is in het geval van verzoekster sprake van een incident als bedoeld in het PIFI. Zij is immers betrokken bij het (vermoedelijk bewust) indienen van onrechtmatige declaraties wijkverpleging ten laste van het PGB-vv van verzekerde, aldus de ziektekostenverzekeraar.

4.10. De ziektekostenverzekeraar heeft naast de klantadministratie, waarin klantgegevens worden vastgelegd, een Gebeurtenissenadministratie, waarin gebeurtenissen worden vastgelegd die van belang zijn voor zijn veiligheid en integriteit. De vastgelegde ‘gebeurtenissen’ zijn gegevens van feitelijke aard met een uiteenlopend karakter, variërend van klachten van verzekerden tot screeningsverzoeken en gegevens over door de verzekerde gepleegde fraude. De vastgelegde gegevens in de Gebeurtenissenadministratie zijn alleen te raadplegen door medewerkers van de afdeling Speciale Zaken, niet door andere medewerkers van de ziektekostenverzekeraar en evenmin door medewerkers van een andere financiële instelling. Aangezien verzoekster betrokken is bij het (vermoedelijk bewust) indienen van onrechtmatige declaraties wijkverpleging ten laste van het PGB-vv van verzekerde, is hier sprake van een ‘gebeurtenis’.

4.11. Volgens de ziektekostenverzekeraar voldoet de registratie in beide registers aan de vereisten van subsidiariteit en proportionaliteit. De registratie ondersteunt de veiligheid en de integriteit van de

financiële sector. Het Incidentenregister en de Gebeurtenissenadministratie vormen tezamen het geheugen van de afdeling Speciale Zaken. Waar het Incidentenregister het mogelijk maakt om met privacy-waarborgen informatie extern te delen, stelt de Gebeurtenissenadministratie de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid om op een op een met privacy-waarborgen omgeven wijze voor de eigen organisatie gegevens te 'onthouden'.

4.12. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar uitgelegd dat hij zich er niet van bewust was dat de melding van de vereniging Zorgverzekeraars Nederland over de zorgaanbieder relevant was. Deze kan nog worden overgelegd. Het signaal van de vereniging Zorgverzekeraars Nederland is de aanleiding geweest voor het onderzoek en niet het telefoongesprek met verzoekster. In het telefoongesprek met verzoekster is door haar gevraagd om een overzicht van de zorgkosten. Er is niet verzocht om loonstroken. Ook heeft verzoekster toen verklaard dat zij een conflict had met de zorgaanbieder.

De ter zitting door verzoekster gegeven context was eerder niet bekend. De ziektekostenverzekeraar ging ervan uit dat verzoekster als ouder van verzekerde de zorgaanbieder had ingeschakeld en dat zij niet bij deze in dienst was. Verder refereerde verzoekster aan formulieren die bij de ziektekostenverzekeraar argwaan hadden moeten wekken. Het is de ziektekostenverzekeraar evenwel niet duidelijk welke formulieren dat betreft. Bij de aanvraagformulieren staat een krabbel en dit heeft de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding gegeven om te denken dat deze door een ander dan verzoekster zou kunnen zijn gezet. Verder heeft verzoekster regelmatig contact gehad met de ziektekostenverzekeraar. Dit duidt ook op een normale PGB-vv situatie. Ten aanzien van de voorgestelde oplossing om geheel af te zien van terugvordering, geldt dat dit tot de mogelijkheden kan behoren, waarbij de ziektekostenverzekeraar echter van mening is dat er nog wel een paar stappen tussen zitten. Daarom is ook gevraagd om een passend voorstel. Als dat passende voorstel inderdaad € 0,-- zou zijn, is het aan verzoekster dit goed te onderbouwen. Hier kan dan naar worden gekeken. Het gaat te ver om de vordering in dit stadium al weg te strepen.
Verzoekster is verantwoordelijk voor de besteding van het toekende PGB-vv. Als dit verkeerd wordt besteed, is zij hiervoor verantwoordelijk. De ziektekostenverzekeraar heeft wel oog voor haar situatie en heeft daarom gevraagd om een passend voorstel. Het gaat daarbij om de mogelijkheden die verzoekster heeft. De ziektekostenverzekeraar is niet bekend met haar financiële situatie. Ten aanzien van de zorgplicht geldt dat keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid juist de kenmerken zijn van het PGB-vv. Er was voor de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding om te denken dat er iets mis was.
De ziektekostenverzekeraar heeft verder uitgelegd dat geen sprake is van fraude, maar wel van een incident in het kader van het PIFI. Het gaat om een gebeurtenis waardoor de financiële sector mogelijk in gevaar zou kunnen komen. Ook is er sprake van een gebeurtenis. Er heeft een fraudeonderzoek plaatsgevonden, waarbij weliswaar een vermoeden van fraude is geconstateerd, maar daartoe kon uiteindelijk niet worden geconcludeerd. De registraties zijn voor het eigen geheugen van de afdeling Speciale Zaken van de ziektekostenverzekeraar. De informatie uit de registraties komt niet naar boven bij het afsluiten van een verzekering of het indienen van een declaratie. Pas bij een nieuwe fraudemelding kan de afdeling Speciale Zaken de informatie inzien.
Desgevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar uitgelegd dat verzoekster de zorg zelf aan verzekerde heeft verleend. Zij is een bloedverwant in de eerste graad en daarom geldt het informele tarief. Dit had moeten worden aangegeven op het aanvraagformulier. Het is mogelijk dat een zorgaanbieder een bloedverwant aanneemt van een cliënt, maar dat moet dan wel worden vermeld zodat het juiste tarief wordt uitgekeerd.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende

ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 18.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Uit de aanhef van de aanvullende ziektekostenverzekering blijkt dat voornoemd artikel ook van toepassing is op deze verzekering.

5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over het PGB-vv, zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

6.2. De commissie constateert dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 14 oktober 2025 heeft verklaard dat hij geen fraude door verzoekster heeft vastgesteld. In dezelfde brief heeft de ziektekostenverzekeraar vermeld dat hij wel vermoedt dat sprake is van het opzettelijk indienen van onrechtmatige declaraties. Ook blijft hij spreken van "(vermoedelijk bewust) onrechtmatige declaraties".
De commissie overweegt dat indien sprake is van aantoonbaar onrechtmatige declaraties en het opzet tot misleiding is bewezen, de conclusie geen andere kan zijn dan dat sprake is van fraude. Nu de ziektekostenverzekeraar evenwel geen fraude door verzoekster heeft vastgesteld, geeft het geen pas dat hij de suggestie blijft wekken dat dit wel aan de orde zou zijn. Het betekent ook dat de door hem getroffen maatregelen niet in het kader van de voor fraude geldende regels kunnen worden beoordeeld, waarbij alleen nog een toetsing aan de hand van subsidiariteit en proportionaliteit zou hoeven plaatsvinden.

Registratie persoonsgegevens

6.3. Op grond van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) is voor de verwerking van persoonsgegevens een grondslag vereist. Bij ontbreken daarvan is verwerking verboden.
In dit verband ligt als eerste de vraag voor of de ziektekostenverzekeraar de persoonsgegevens van verzoekster had mogen opnemen in het Incidentenregister. Hij beroept zich voor deze registratie op artikel 2 van het PIFI en stelt dat is voldaan aan de hierin opgenomen definitie van een incident. In dit artikel worden als voorbeelden genoemd: "*het falsificeren van nota's, identiteitsfraude, skimming, verduistering in dienstbetrekking, phishing en opzettelijke misleiding.*" De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar niet heeft onderbouwd waarom hij van mening is dat de situatie van verzoekster onder deze definitie valt. De commissie ziet ook niet in hoe bij ontbreken van het opzet te misleiden sprake kan zijn van een incident dat onder de omschrijving van artikel 2 van het PIFI valt. De ziektekostenverzekeraar mocht de persoonsgegevens van verzoekster daarom niet opnemen in het Incidentenregister.

6.4. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar de persoonsgegevens van verzoekster opgenomen in zijn – interne – Gebeurtenissenadministratie en in het Interne Verwijzingsregister (IVR). Hij heeft in dit kader verklaard dat in de registers gebeurtenissen worden vastgelegd die van belang zijn voor zijn veiligheid en integriteit. Verder heeft hij toegelicht dat de vastgelegde 'gebeurtenissen' gegevens van feitelijke aard zijn met een uiteenlopend karakter, variërend van klachten van verzekerden tot screeningsverzoeken en gegevens over door de verzekerde gepleegde fraude. De registers fungeren daarbij als intern geheugen van de afdeling Speciale Zaken.
De commissie stelt vast dat het gaat om de opname van zogenoemde blote feiten, die geen verband hoeven te houden met fraude. De ziektekostenverzekeraar mocht de persoonsgegevens van verzoekster daarom opnemen in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR. In zijn brief van

13 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard af te zien van registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in het IVR.

Terugvordering

6.5. De commissie overweegt dat op grond van artikel 29 van de voorwaarden van de zorgverzekering aanspraak bestaat op verpleging en verzorging. Hierin wordt ook de mogelijkheid geboden om de zorg te regelen via een PGB-vv. De regels hiervoor zijn nader uitgewerkt in het Reglement Zvw-pgb dat deel uitmaakt van de voorwaarden van de zorgverzekering. In het Reglement Zvw-pgb is in artikel 11 bepaald dat de ziektekostenverzekeraar het uitbetaalde PGB-vv geheel of gedeeltelijk kan terugvorderen van betrokkene als deze zich bij de besteding van het PGB-vv niet houdt aan de regels uit het reglement. Daarnaast is in artikel 7 van dit reglement bepaald dat een onderscheid wordt gemaakt tussen formele en informele zorgverleners en tussen de uurtarieven die beiden in rekening mogen brengen. Hierbij is uitdrukkelijk vermeld dat bloedverwanten in de eerste graad, zoals in het geval van verzoekster en verzekerde, vallen onder de informele zorgverleners.

6.6. Aangezien vaststaat dat verzoekster alle gedeclareerde zorg zelf heeft verleend aan verzekerde, bestond aanspraak op vergoeding van het informele uurtarief. Verder staat als onweersproken vast dat de zorg in de periode van 1 mei 2019 tot en met 31 december 2022 steeds op basis van het hogere – formele – uurtarief is gedeclareerd. Verzoekster had als budgethouder ten behoeve van verzekerde moeten begrijpen dat op grond van de bepalingen van het Reglement Zvw-pgb geen aanspraak bestond op vergoeding van dit formele uurtarief. De ziektekostenverzekeraar mocht daarom op grond van artikel 11 van het Reglement Zvw-pgb overgaan tot terugvordering van het PGB-vv.

6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft niet het gehele PGB-vv over genoemde periode teruggevorderd, maar alleen het verschil tussen het formele tarief en het informele tarief, volgens verzoekster ten onrechte. Hetgeen zij in dit verband heeft aangevoerd biedt daartoe echter geen steun.
Verzoekster was bekend met de verzekeringsvoorwaarden, althans moet daarmee bekend worden verondersteld, en kende de feitelijke situatie. Ook verleende zij al langere tijd zorg op basis van een PGB-vv aan verzekerde, waarbij aanvankelijk het informele tarief werd gedeclareerd. Het was haar keuze op enig moment in dienst te treden bij de zorgaanbieder. Zoals zij zelf heeft toegelicht, was verzoekster bang haar uitkering te verliezen en stemde zij in met een leerlingcontract. Er werd haar geïnstrueerd niet te spreken over haar zoon, maar over “een cliënt” van de zorgaanbieder. Dat zij in een afhankelijke positie ten opzichte van de zorgaanbieder zou zijn komen te verkeren is, zo al juist, niet relevant, nu deze afhankelijkheid immers het gevolg was van de hiervoor genoemde keuze. Verzoekster was bekend met de urenverantwoording in de periode voorafgaand aan de indiensttreding bij de zorgaanbieder en wist, althans zou moeten weten, wat op dit punt van haar als budgethouder werd verlangd. Dat zij van de gekozen constructie uiteindelijk geen financieel voordeel heeft gehad kan de commissie niet volgen. Het PGB-vv werd immers door de ziektekostenverzekeraar aan haar uitgekeerd. Dit laatste is indirect door verzoekster bevestigd met haar stelling dat de zorgaanbieder er bij haar op aandrong om het ontvangen PGB-vv naar hem over te maken.
Verzoekster heeft haar persoonlijke situatie uitgebreid toegelicht en gesteld dat de ziektekostenverzekeraar dient af te zien van de terugvordering vanwege de exceptionele situatie. Hoewel de commissie begrip heeft voor het feit dat verzoekster zich in een lastige situatie bevindt, ziet zij hierin geen aanleiding om te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar dient af te zien van terugvordering van significant teveel betaalde bedragen.

Slotsom

6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

(i) de ziektekostenverzekeraar de registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in het Incidentenregister ongedaan moet maken;

(ii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen;

(iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 19 oktober 2026,

A. de Ruijter

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.
Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering

3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

1. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde die behoefte heeft aan verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg, desgevraagd altijd in aanmerking komt voor een passende vergoeding in de vorm van een Zvw-pgb. De zorgverzekeraar stelt de verzekerde met deze vergoeding in staat in de praktijk zorg of een andere dienst te betrekken, die is afgestemd op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden.

2. De zorgverzekeraar treedt, na de in het eerste lid bedoelde aanvraag en voorafgaand aan het verstrekken van het Zvw-pgb, in contact met de verzekerde. De zorgverzekeraar informeert de verzekerde over de in het derde lid en andere bij of krachtens deze wet gestelde voorwaarden of beperkingen en beoordeelt de geschiktheid van verzekerde om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.

3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst de voorwaarden op waaronder de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb.

4. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde ook in aanmerking kan komen voor een Zvw-pgb indien de kosten die de verzekerde maakt voor het betrekken van de desbetreffende zorg of andere dienst hoger zijn dan de vergoeding in de vorm van het Zvw-pgb, mits het verschil voor rekening van de verzekerde komt.

5. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld over de voorwaarden die aan de verzekerde of diens vertegenwoordiger worden gesteld om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.

6. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot:

a. de inhoud van de zorg waarvoor een Zvw-pgb wordt verstrekt;
b. het uitzonderen van vormen van zorg of overige diensten van het Zvw-pgb;
c. het met een Zvw-pgb vergoeden van andere vormen van zorg of overige diensten die onmiddellijk samenhangen met verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg;
d. de mate van vergoeding die de zorgverzekeraar de verzekerde ten minste moet of ten hoogste mag bieden.

7. De zorgverzekeraar wijst de verzekerde bij de aanvraag op het recht op cliëntondersteuning, bedoeld in artikel 2.2.4, eerste lid, onder a, van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.

8. Bij ministeriële regeling kan een publiekrechtelijke rechtspersoon worden aangewezen die de verzekerde met een Zvw-pgb op diens verzoek ondersteunt bij het verkrijgen van de vergoeding van zijn zorgverzekeraar voor en zijn werkgeverstaken of opdrachtgeverschap in verband met de door verzekerde betrokken zorg of diensten.

9. In de ministeriële regeling, bedoeld in het achtste lid, kunnen regels worden gesteld over de uitvoering van de ondersteuning en over de verstrekking van een jaarlijkse rijksbijdrage voor de uitvoering van de ondersteuning.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.

Artikel 2.15a

1. Met het Zvw-pgb kan worden vergoed verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.

2. De zorgverzekeraar kan in zijn modelovereenkomst opnemen dat met het Zvw-pgb tevens kan worden vergoed verblijf als bedoeld in artikel 2.12 voor zover gepaard gaande met verpleging en verzorging voor verzekerden tot achttien jaar.

Artikel 2.15b

Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, kunnen bij ministeriële regeling bedragen worden vastgesteld die ten hoogste met een Zvw-pgb worden vergoed.

Artikel 2.15c

1. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt een Zvw-pgb verstrekt indien:

a. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit,
b. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren,
c. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door hem verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg en
d. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat hij de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.

2. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt het Zvw-pgb geweigerd indien:

a. de verzekerde bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat is gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
b. de verzekerde blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
c. de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen;
d. de vertegenwoordiger van de verzekerde niet voldoet aan regels inhoudende beperkingen of eisen die bij ministeriële regeling aan de kring van vertegenwoordigers kunnen worden gesteld in het belang van de bescherming van de verzekerde of van het waarborgen van de hulp, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d.

3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst geen andere voorwaarden en

weigeringsgronden op ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger dan vermeld in het eerste, tweede en vierde lid.

4. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden en weigeringsgronden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste 23 euro per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.

2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.

3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.

4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

a. de verzekerde, of, indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, failliet is verklaard;
b. ten aanzien van de verzekerde of, indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, dan wel een verzoek daartoe bij de rechtbank is ingediend.

Artikel 2.29c

1. Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:

a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,
b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,
c. de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.

2. De verzekerde die door een vertegenwoordiger wordt geholpen kan het Zvw-pgb worden geweigerd indien een gegronde reden bestaat om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:

a. bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
b. blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres,
c. zijn vrijheid is ontnomen,
d. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard,
e. anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor de verzekerde aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen, of
f. de hulp tegen betaling verleent.

20 Wat zijn de gevolgen van fraude?

20.1 Fraude is als iemand een vergoeding 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 vergoeding:
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 vergoeding
Als er sprake is van aangetoonde fraude, vervalt alle recht op de vergoeding van kosten van 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.

21 Begripsbepalingen

In onderstaande lijst vindt u een uitleg van specifieke begrippen die in deze verzekeringsovereenkomst staan. Wat verstaan wij onder de volgende begrippen?

Apotheek
Onder apotheek verstaan wij apotheekhoudende huisartsen of (internet)apotheken, apotheekketens, ziekenhuisapotheken, poliklinische apotheken.
Arts
Degene die op grond van de Nederlandse wet bevoegd is tot het uitoefenen van de geneeskunst en als zodanig geregistreerd staat bij de bevoegde overheidsinstantie in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
Basisverzekering
De zorgverzekering zoals die is vastgesteld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).
Bedrijfsarts
Een arts die is ingeschreven als bedrijfsarts in het door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) ingestelde register van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) en die optreedt namens de werkgever of namens de arbodienst waarbij de werkgever is aangesloten.
Bekkenfysiotherapeut
Een fysiotherapeut die als zodanig geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en die ook als bekkenfysiotherapeut is ingeschreven in het deelregister bekkenfysiotherapie van het Centraal Kwaliteitsregister (CKR) van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) of bij de Stichting Keurmerk Fysiotherapie.
Bureau Jeugdzorg
Een bureau als bedoeld in artikel 10 van de Jeugdwet (Jw).
Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde
Een universitair of daarmee door ons gelijkgesteld centrum voor het verlenen van tandheelkundige zorg in bijzondere gevallen, waarbij een behandeling een benadering in teamverband en/of bijzondere deskundigheid vereist.
Centrum voor erfelijkheidsonderzoek
Een instelling die een vergunning heeft op grond van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering.
Contract met preferentiebeleid
Hieronder verstaan wij een overeenkomst tussen ons en de apotheek waarin specifieke afspraken zijn gemaakt over het preferentiebeleid en/of de levering en betaling van farmaceutische zorg.
Dagbehandeling
Opname korter dan 24 uur.
Diagnose-behandelcombinatie (dbc)
Een dbc beschrijft, door middel van een dbc-code die op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg wordt vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), het afgesloten en gevalideerde traject van medisch specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ. Dit omvat (een deel van) het totale zorgtraject van de diagnose die de zorgaanbieder stelt tot en met de (eventuele) behandeling die hieruit volgt. Het dbc-traject begint op het moment dat verzekerde zich meldt met zijn zorgvraag en wordt afgesloten aan het eind van de behandeling of na 120 dagen voor medisch specialistische zorg en na 365 dagen voor gespecialiseerde GGZ.
Diëtist
Een diëtist die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.
Eerstelijns verblijf
Medisch noodzakelijk kortdurend verblijf in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging, psychologische zorg of paramedische zorg. De instelling moet een formeel vereiste toelating voor de levering van eerstelijns verblijf hebben en moet aantoonbaar voldoen aan alle voorwaarden daarvoor (tenzij de wet dit niet meer vraagt).
Ergotherapeut
Een ergotherapeut die voldoet aan de eisen als vermeld in het zogenoemde Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut.

29 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel 18, 30 en 31 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen en landelijk kwaliteitskader van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.

Voor kinderen tot 18 jaar kan verpleging en verzorging ook geleverd worden in een medisch kinderdagverblijf of kinderhospice.

Let op! Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging voor in de eigen omgeving kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement Zvw-pgb. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

Voorwaarden voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving

1a Voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld.

b Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde. De kinderarts of medisch specialist blijft hierbij eindverantwoordelijk voor de behandeling. Als blijkt dat het om intensieve kindzorg gaat dan dient de HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie Intensieve Kindzorg (BIKZ). Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op de arbeidsmarkt, kan er contact met ons worden opgenomen om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen.De indicatie dient gesteld te worden in aanwezigheid van uzelf in de thuissituatie. Een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige moet voor de start van de zorglevering een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Met het stellen van een indicatie bedoelen wij het proces waarbij door de wijkverpleegkundige en in samenspraak met u wordt bepaald welke zorg u nodig heeft gezien uw individuele situatie en welke resultaten men wil bereiken. Binnen de indicatiestelling valt ook het vastleggen van de gemaakte afspraken in een zorgplan en het vertalen van de behoefte aan zorg in uren verpleging en verzorging. In het zorgplan legt de BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige de zorgvraag en zorglevering vast. Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt in het aantal uur verzorging en het aantal uur verpleging. De indicatie moet zijn opgesteld volgens de 6 normen uit het document 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving'.

2 Bij palliatief terminale zorg is er een verklaring nodig van de behandelend arts. Uit de verklaring moet blijken dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden. De aard, inhoud en omvang van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan. De uitvoering moet plaatsvinden conform de inzichten uit de Zorgmodule palliatieve zorg (landelijk vastgesteld in 2013) of het kwaliteitskader palliatieve zorg.

3 Voor gespecialiseerde verpleging moet vooraf een uitvoeringsverzoek worden opgesteld door een medisch specialist. De gespecialiseerde verpleging moet worden verleend door een BIG-geregistreerde verpleegkundige die bevoegd en bekwaam is voor de zorg die nodig is voor de aandoening. De aard, omvang en inhoud van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft:

a u heeft volgens dit artikel geen recht op kraamzorg. Dat wordt vergoed via artikel 34 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen';

b u heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

c u heeft geen recht op gebruikelijke zorg. Onder gebruikelijke zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten, tot wie gerekend worden, de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie cliënt duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op! Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op www.zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.
Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Let op! Binnen de wijkverpleegkundige zorg constateren wij dat er sprake is van grote kwaliteitsverschillen in levering van zorg. Kwalitatief goede zorg vinden wij belangrijk. Om die reden zien wij strikt toe op de kwaliteitseisen die wij stellen aan onze gecontracteerde zorgverleners. Om te borgen dat ook de zorg die wordt geleverd door zorgverleners die wij niet contracteren voldoet aan onze eisen, hebben wij een machtigingsprocedure ingericht. Voor klanten die gebruik (willen) maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener gelden de onderstaande aanvullende voorwaarden. Wij willen u er op wijzen dat wanneer u gebruik maakt van niet gecontracteerde zorgverleners de afhandeltijd van nota's langer duurt. Wij wijzen u erop dat we in alle regio's ruim voldoende zorgaanbieders hebben gecontracteerd.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener

1 Maakt u gebruik van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener? Dan moet u vooraf toestemming bij ons aanvragen. Voor het aanvragen van toestemming dient u gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg' welke u kunt vinden op onze website. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u het volgende opsturen:
   - de indicatie en het zorgplan (opgesteld conform de bovengenoemde voorwaarden);
   - het diploma van de BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld;
   - en in het geval van palliatief terminale zorg de verklaring, waaruit blijkt dat de ingeschatte levensduur minder dan 3 maanden bedraagt.

   Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.

2 U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

6 Als uw zorgverzekering of uw Zvw-pgb voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Indien u meer zorg heeft gedeclareerd, dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel uitbetaalde pgb terug te betalen.
7 De toekenning of afwijzing van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.
8 Als u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al zorg in natura heeft of als u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg heeft op het moment dat u een aanvraag voor een Zvw-pgb indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het Zvw-pgb, zoals opgenomen in de toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u bij deze zorgverlener(s) uw zorg blijft afnemen.
9 Op ons besluit is de klachten- en geschillenregeling van de algemene polisvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing. Meer informatie hierover vindt u in artikel 18 van de algemene voorwaarden van uw basisverzekering. Tijdens de behandeling van uw klacht en tijdens de behandeling bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) zorgen wij, indien nodig in overleg met u, er voor dat u de benodigde zorg ontvangt. U houdt recht op verpleging en verzorging in de vorm zorg in natura of restitutie, zoals in artikel 28 verpleging en verzorging in uw polisvoorwaarden is beschreven.

Artikel 7 Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

1 U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw toekenningsverklaring staat vermeld.
2 De nota's die u ontvangt van de zorgverleners, waar u op basis van uw Zvw-pgb een overeenkomst mee heeft gesloten, controleert u en dient u bij ons in. Wij vergoeden alleen daadwerkelijke geleverde zorg die in lijn is met de indicatiestelling, pgb-aanvraag en toekenningsverklaring. Voor de declaratie van uw nota's gebruikt u de daartoe bestemde formulieren. U kunt deze formulieren vinden op onze website of bij ons opvragen. Als wij constateren dat de gedeclareerde zorg niet in lijn is met de indicatiestelling, pgb-aanvraag en toestemming, dan behouden wij ons het recht voor om deze gedeclareerde zorg achteraf alsnog af te wijzen.
3 Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Wij verlenen geen voorschot.
4 Door inzending van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg. In de algemene voorwaarden van uw zorgverzekering artikel 5.4 stellen wij verplichtingen als u zelf nota's declareert. Hier is omschreven waaraan een nota moet voldoen om in aanmerking te komen voor vergoeding
5 Het declareren van vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten (afgerond op 5 minuten) mag worden gedeclareerd.
6 Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen 3 maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Hiermee kunt u een actueel beeld houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.
7 Indicatiestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in art. 2.1. beschreven, casemanagement en verpleegkundige dagopvang en verblijf bij Intensieve KindZorg worden niet vergoed uit het Zvw-pgb. Deze zorg zal afhankelijk van uw basisverzekering als zorg in natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed op basis van artikel 28 verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) van uw basisverzekering.

7.2 Hoogte en omvang declaratie

Voor de besteding van het budget, declaratie en vergoeding van de zorg worden verschillende tarieven gehanteerd voor formele zorgverleners en informele zorgverleners.

1 Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

Omschrijving	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	€ 34.20	€ 2.85
Verpleging	€ 53.04	€ 4.42

2 Voor informele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

Omschrijving	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	€ 23,00	€ 1,92
Verpleging	€ 23,00	€ 1,92

3 Onder **informele zorgverleners** vallen zorgverleners die:
   a Een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad is en/of;
   b niet is ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
   c geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorg verlenende organisatie in het Handelsregister.
4 **Formele zorgverleners** zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in artikel 7.2.1 genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.
5 Zowel het formele als het informele tarief zijn "all-in tarieven". Dit betekent dat u naast het tarief geen andere kosten kunt declareren, zoals reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en andere werkgeverslasten.

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand;

1 die bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij/zij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad, niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
2 die niet beschikt over een geldig woonadres;
3 wiens vrijheid is ontnomen;
4 op wie de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, of daartoe een verzoek bij de rechtbank is ingediend;
5 die onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard;
6 die anderszins onvoldoende waarborg zal bieden voor het nakomen van de voor de budgethouder aan het pgb verbonden verplichtingen.

Ook een organisatie of persoon die tegen een vergoeding uw pgb beheert, wordt niet geaccepteerd als vertegenwoordiger.

Wettelijk vertegenwoordiger
Een wettelijk vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een curator, mentor of bewindvoerder, door de Rechtbank vastgesteld.

Zorg in natura
Bij zorg in natura levert en organiseert de zorgverlener de zorg en regelt de administratie daaromheen. Wij hebben deze zorgverlener rechtstreeks gecontracteerd.

Zorgverlener
Met een zorgverlener bedoelen wij alle partijen die u gecontracteerd heeft om zorg te verlenen.

Bijlagen
Dit reglement bevat de volgende bijlagen die op onze website zijn terug te vinden:

- Zvw-pgb aanvraagformulieren-set. De Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set bestaat uit 2 delen:
  (I) Verpleegkundig deel
  (II) Verzekerde deel
- Declaratieformulier Zvw-pgb