

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202500115

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoekster,

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 16 januari 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 18 februari 2025 is verzoekster gevraagd om aanvullende informatie en op 12 maart 2025 is haar verzocht het entreegeld te betalen. Omdat het entreegeld niet tijdig werd betaald, is het dossier op 23 april 2025 gesloten. Nadat verzoekster op 14 mei 2025 telefonisch contact had opgenomen is het dossier heropend en is haar opnieuw verzocht het entreegeld te voldoen, waaraan verzoekster gevolg heeft gegeven. Op 2 juni 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 7 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 8 augustus 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 1 oktober 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 oktober 2025 een correctie op de aantekeningen gestuurd, welke brief ter kennisname aan verzoekster is gezonden.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Den Haagpakket en Den Haagpakket Herverzekeren Verplicht Eigen Risico (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 2.2. Bij brief van 11 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij van mening is dat sprake is van fraude. Om die reden zijn de volgende maatregelen opgelegd:
 - opname van de persoonsgegevens van verzoekster in het Incidentenregister tot 16 januari 2027;
 - opname van de persoonsgegevens van verzoekster in het Externe Verwijzingsregister (EVR) tot 16 januari 2027;
 - beëindiging van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 juli 2024;

- terugvordering van een bedrag aan zorgkosten van € 15.624,--;
- vordering van de onderzoekskosten ten bedrage van € 1.682,20.

2.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 3 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat door haar geen fraude is gepleegd, en dat de in dat kader opgelegde maatregelen ongedaan moeten worden gemaakt.

3.2. Verzoekster heeft hiertoe in het klachtenformulier van 16 januari 2025 aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar is uitgegaan van fraude zonder dit objectief vast te stellen. De ziektekostenverzekeraar houdt onvoldoende rekening met de traumatische gevolgen die een dergelijke typering kan hebben op mensen die zich al in een zwakke mentale en fysieke positie bevinden. Het worden bestempeld als fraudeur is voor verzoekster ondraaglijk. Dat zij slordig heeft gehandeld heeft zij ruimhartig toegegeven, maar zij heeft geen fraude gepleegd. De ziektekostenverzekeraar vordert een groot bedrag terug, maar houdt hierbij geen rekening met het feit dat dit bedrag al is uitgegeven aan hoognodige zorg. De sanctie is disproportioneel en onredelijk. De aangeboden betalingsregeling biedt geen oplossing. Verzoekster zou minimaal € 700,-- per maand moeten gaan betalen. Dit bedrag kan zij niet missen, zeker omdat zij ook nog kosten heeft voor de zorg die zij ontvangt. Verzoekster is van mening dat de menselijke maat hierbij volledig is zoekgeraakt.

3.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat geen sprake is van fraude, maar van een combinatie van gezondheidsproblemen en administratieproblemen. Zij lijdt aan verschillende gezondheidsklachten waardoor zij minder belastbaar is. Daarbij kwam in 2022 het overlijden van haar vader. Dit heeft ertoe geleid dat zij minder goed in staat was om haar verplichtingen na te komen. Er is geen kwade opzet of misleiding geweest, maar het was voor haar niet mogelijk de administratie goed te voeren. Verzoekster is geen fraudeur, en het doet haar en haar familie veel pijn dat zij in een categorie wordt geplaatst van mensen die misbruik maken van het systeem. Er is geen bewijs van opzet, en dit is best een grote beschuldiging. Zij erkent wel dat er sprake is geweest van slordigheden en onkunde die zij nu met hulp van haar familie probeert te verbeteren. Zij wilde haar familieleden niet belasten met het schaamtegevoel te worden bestempeld als fraudeur. Verzoekster vraagt de commissie te kijken naar de menselijke maat. Het melden in de registers is buitengewoon disproportioneel. Zij verzoekt de commissie rekening te houden met haar persoonlijke omstandigheden en om coudance en passende oplossingen in plaats van het onterecht opleggen van het fraudestempel. Als verzoekster informatie krijgt begrijpt zij vaak niet wat er aan de hand is. Zij kan de administratie niet goed bijhouden. Zij weet dat er voorwaarden zijn verbonden aan het PGB vv, maar heeft hieraan niet steeds voldaan. Verzoekster heeft de kans om verweer te voeren niet goed benut, en is vervolgens geholpen door mensen die ook niets begrijpen van de administratie. Het gaat voornamelijk om het stempel fraude. Zij begrijpt dat er geld moet worden terugbetaald als er fouten zijn gemaakt, maar dit maakt nog niet dat het gaat om fraude. Verzoekster heeft desgevraagd verklaard dat haar jongste dochter voor haar zorgde. Zij werkt ook in de zorg, maar zij is niet goed in het voeren van de administratie. Verzoekster vraagt zich af hoe de ziektekostenverzekeraar weet dat er geen zorg is verleend, want hij was er niet bij. Zij heeft verder verklaard dat een buurvrouw die eveneens een PGB ontving, haar heeft verteld dat zij ook in aanmerking kwam voor huishoudelijke hulp, en dat zij dit kon invullen bij de declaraties. Zij begrijpt dat hierdoor bij de ziektekostenverzekeraar een bepaald beeld is ontstaan. Verzoekster heeft voorts verklaard dat er niemand is langs geweest. Zij weet niet wie de door de ziektekostenverzekeraar genoemde zorgaanbieder van de naturazorg is. Het verblijf in

Turkije had te maken met het feit dat haar vader was overleden. Haar beide dochters hebben haar financieel gesteund. Verzoekster was heel ziek.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster zich schuldig heeft gemaakt aan fraude, zodat de aan haar opgelegde maatregelen terecht zijn. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan verzoekster van 29 augustus 2024 aangevoerd dat zij door haar handelwijze een vergoeding heeft ontvangen waarop zij geen aanspraak had. Verzoekster en haar dochter(s) zijn regelmatig gewezen op het bepaalde in het ‘Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2024 (Zvw-pgb)’ van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). Ook is hen verteld hoe zij de administratie moeten voeren. Verder heeft verzoekster eerder een schriftelijke waarschuwing ontvangen omtrent het feit dat de regels van het reglement niet werden nageleefd, maar hierop heeft geen verbetering plaatsgevonden. Verzoekster heeft kosten gedeclareerd van zorg die niet heeft plaatsgevonden. Het gaat daarbij om Verpleging en Persoonlijke Verzorging tijdens een verblijf in Turkije, terwijl in dezelfde periode zorg vanuit Nederland is gedeclareerd. Daarnaast heeft verzoekster achteraf urenregistraties aangepast zodat zorg die niet voor vergoeding in aanmerking kwam alsnog werd vergoed. De ziektekostenverzekeraar ziet dit als een bewuste handeling. Vanwege de onnavolgbare, aangepaste dan wel onjuiste administratie is het voor de ziektekostenverzekeraar niet mogelijk de rechtmatigheid van de ingediende declaraties vast te stellen. Verzoekster heeft weliswaar meegewerkt aan het rechtmatigheidsonderzoek, maar heeft in dat kader tegenstrijdige verklaringen afgelegd en geen verklaring gegeven voor de bevindingen van de afdeling Veiligheidszaken. Zij beroept zich enkel op misverstanden, onwetendheid en haar gesteldheid. Gelet op alle keren dat verzoekster is gewaarschuwd en voorgelicht, acht de ziektekostenverzekeraar dit onaannemelijk.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij het opleggen van de maatregelen gekeken naar de proportionaliteit. Om die reden zijn de persoonsgegevens van verzoekster niet gedurende de gebruikelijke acht jaren opgenomen in het EVR, maar gedurende vier jaren. Omdat het niet mogelijk bleek te toetsen of de gedeclareerde zorg had plaatsgevonden, is de ziektekostenverzekeraar gerechtigd de vergoede zorgkosten van verzoekster terug te vorderen. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat hij de brief met maatregelen van 11 juni 2024 per aangetekende post heeft verzonden, maar dat verzoekster heeft geweigerd dit stuk in ontvangst te nemen. De brief is vervolgens nogmaals via de reguliere post verstuurd. Verzoekster heeft hierover telefonisch op 3 juli 2024 verklaard: *“ik dacht briefje van VGZ ga ik niet lezen”* en later *“ja toch wel gelezen, maar niet onthouden”*. Een en ander is opmerkelijk, omdat verzoekster is betrokken in een fraudeonderzoek en zich hierover moet (laten) informeren.
- 4.3. In zijn brief aan de commissie van 7 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat verzoekster een PGB vv toegekend heeft gekregen voor de periode van 5 mei 2022 tot en met 30 april 2023 en voor de periode van 1 mei 2023 tot en met 30 april 2025. Op de eerste aanvraag is door de indicierend wijkverpleegkundige vermeld dat verzoekster tweemaal per dag ondersteuning nodig heeft tijdens de algemene dagelijkse levensverrichtingen (hierna: ADL) en dat deze ondersteuning dient te bestaan uit hulp bij het douchen en bij het aan- en uitkleden. Daarnaast is driemaal per dag nodig dat medicatie wordt aangereikt door de dochters. Deze zorg is geïndiceerd geweest voor 55 minuten Persoonlijke Verzorging per dag. Volgens de indicatiesteller zou deze zorg elke dag noodzakelijk zijn. Tevens is vermeld dat verzoekster niet langer dan 15 minuten kan lopen en maar één of twee keer per week naar buiten kan. Op basis van de indicatiestelling is door de ziektekostenverzekeraar een machtiging verleend voor de periode van 5 mei 2022 tot en met 30 april 2023 op basis van 6 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging per week met een bijbehorend bedrag voor 2022 van € 5.328,51. In de toekenningsbrief wordt expliciet verwezen naar de taken en verantwoordelijkheden die bij het PGB vv horen en naar het reglement. Daarin is vermeld dat eventuele wijzigingen aan de ziektekostenverzekeraar moeten worden

doorgegeven. Op 5 december 2022 is aan verzoekster meegedeeld dat het budget voor 2023, waarin het PGB vv ook geldig is, € 2.653,20 bedraagt tot en met 30 april 2023. Op 17 januari 2023 is deel 2 van het aanvraagformulier opnieuw ingevuld, om een wijziging van zorgverlener door te geven. Op het formulier wordt vermeld dat de jongste dochter de zorg gaat verlenen. De zorg werd daarvoor verleend door de oudste dochter. Verzoekster schrijft dat die is getrouwd en verhuisd. Vervolgens heeft de ziektekostenverzekeraar op 24 maart 2023 de tweede aanvraag ontvangen. De zorgvraag in deze aanvraag is verhoogd. In de aanvraag staat dat 14 uren en 15 minuten Persoonlijke Verzorging worden geïndiceerd en 30 minuten Verpleging. De Persoonlijke Verzorging voor tweemaal per dag ADL zorg (wassen en aan- en uitkleden), driemaal per dag een opfrisbeurt en toiletgang, en driemaal per dag het aanreiken van medicatie. Deze zorg staat als dagelijks noodzakelijk vermeld. Waaruit de verpleegkundige zorg van 30 minuten per week bestaat, is niet vermeld. Deze aanvraag is in beginsel afgewezen, maar na een ingediende klacht is toch een goedkeuring gegeven. Op 28 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar toestemming verleend, na overleg met de indicerende wijkverpleegkundige, voor 13 uren en 15 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Op deze aanvraag staat tevens dat door verzoekster fysiotherapie wordt gevolgd en dat ergotherapeutische zorg zal worden ingeschakeld. Daarbij is vermeld dat naast de benodigde PGB-zorg, de dochters van verzoekster de huishoudelijke taken doen en voor haar koken.

- 4.4. Naar aanleiding van een ontvangen melding, zoals per brief aan verzoekster is meegedeeld, is een onderzoek gestart conform artikel 7.3, tweede lid, van het reglement. In het kader van dit onderzoek heeft de ziektekostenverzekeraar de declaraties van verzoekster gecontroleerd. Hieruit is gebleken dat een aantal keren de urenregistraties als zijnde declaraties zijn ingediend. Op deze urenregistraties is vermeld dat naast Persoonlijke Verzorging ook huishoudelijke hulp en begeleiding wordt ontvangen. Bij nader onderzoek heeft de ziektekostenverzekeraar een factuur ontdekt, die op 9 november 2022 is ingediend onder de polis van een andere verzekerde, namelijk de moeder van verzoekster. Het declaratienummer op het declaratieformulier ‘formele zorgverlener pgb verpleging en verzorging’, waarop de naam van de moeder is vermeld, is hetzelfde als het declaratienummer op de factuur, waarop de naam van verzoekster staat. Bij nader onderzoek is ook gebleken dat verzoekster als vervangend pgb-zorgverlener van haar moeder staat opgegeven. Op 25 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster op de hoogte gebracht van de uitkomsten van het onderzoek. In het kader van het onderzoek heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster gevraagd hem de administratie over de periode van 5 mei 2022 tot en met 30 april 2023 toe te zenden. Verder is gevraagd om de urenregistraties met daarop de naam van de informele zorgverlener, het uurloon, de eenheden, de soort zorg (Persoonlijke Verzorging of Verpleging) en een toelichting op de ontvangen zorg. Tevens is gevraagd om de zorgovereenkomst(en), waarin de afspraken met de zorgverlener(s) zijn opgenomen en bancaire betalingsbewijzen, waaruit blijkt dat voor de geleverde zorg aan de zorgverlener is betaald. Deze stukken zijn op 4 november 2023 naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd. In de brief van 16 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster op de hoogte gebracht van zijn voorlopige bevindingen naar aanleiding van de aangeleverde stukken.
- 4.5. Uit de door de ziektekostenverzekeraar uitgevoerde controle is gebleken dat:
 1. de genoteerde zorgmomenten op de urenregistraties niet overeenkomen met het zorgplan/de geïndiceerde zorg, waardoor niet in overeenstemming wordt gehandeld met artikel 7.1, tweede lid, van het reglement. Uit de urenregistraties blijkt niet dat dagelijks zorg wordt geleverd, terwijl dagelijkse zorgverlening wel is geïndiceerd. Volgens beide aangeleverde declaraties ontvangt verzoekster slechts acht dagen per maand zorg. In de urenregistraties die als declaraties zijn ingediend, staat genoteerd ‘begeleiding individueel’, waardoor de ziektekostenverzekeraar niet weet welke specifieke zorg is verleend. Slechts een klein deel van het PGB vv is besteed aan individuele begeleiding. Het aanreiken van medicatie is op geen enkele urenregistratie vermeld;
 2. er meer zorg is gedeclareerd dan is genoteerd in de urenregistraties. Op alle toegezonden urenregistraties over de periode van mei 2022 tot en met april 2023 is door de zorgverlener 24 uur

per maand ingevuld. Vanaf mei 2023 wordt echter veel meer zorg gedeclareerd dan de geregistreerde 24 uur door de zorgverlener;

3. op de urenregistraties huishoudelijke zorg en begeleiding is genoteerd. Het merendeel van de zorg die maandelijks wordt gedeclareerd, bestaat uit individuele begeleiding en daarnaast uit huishoudelijke hulp. Het kleinste deel van de verleende zorg bestaat uit Persoonlijke Verzorging. De geleverde en gedeclareerde zorg is zodoende niet in lijn met de indicatie;

4. de urenregistraties achteraf zijn gewijzigd. De urenregistraties die de ziektekostenverzekeraar op 4 november 2024 ontving over de maanden mei 2022 tot en met oktober 2022, wijken af van de urenregistraties die eerder zijn ingediend als zijnde declaraties. De declaraties, ontvangen op 4 november 2024, zijn niet meer uitgesplitst in huishoudelijke hulp, begeleiding en douchen, maar vermelden elke maand 24 uur begeleiding individueel, verdeeld over acht dagen per maand. Ook is er een verschil in de dagen waarop de hulp is ontvangen, indien dit wordt vergeleken met de oorspronkelijk ingediende declaraties. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat dit een bewuste handeling betreft;

5. de informele zorgverlener die in de zorgovereenkomst is vermeld, niet overeenkomt met de informele zorgverlener die gedurende die periode de zorg daadwerkelijk heeft verleend. In de zorgovereenkomst staat dat vanaf het begin, namelijk 5 mei 2022 tot en met 31 december 2022, de jongste dochter de informele zorgverlener is geweest. Verzoekster heeft op 19 januari 2023 doorgegeven dat per 1 december 2022 haar jongste dochter de zorg van haar oudste dochter zou gaan overnemen, maar dit komt niet overeen met de uitbetaling van de zorg door verzoekster en dus ook niet met de zorgovereenkomst die achteraf is aangeleverd. De betalingen van de ziektekostenverzekeraar voor zorg tot en met oktober 2022 zijn volgens de bankoverzichten gedaan aan de oudste dochter. De betalingen van zorg vanaf 1 november 2022 zijn gedaan aan de jongste dochter. Volgens het wijzigingsformulier PGB vv van 17 januari 2023 is door de jongste dochter pas vanaf 1 december 2022 zorg verleend;

6. in de periode waarin verzoekster zorg vanuit het PGB vv ontving, ook zorg in natura is gedeclareerd. Vanwege het ontbreken van een machtiging hiervoor is de zorg niet vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster stelt dat niemand over de vloer is geweest en dat zij de thuiszorgorganisatie niet kent. Een bekende van de familie stelt later dat de facturen van de thuiszorgorganisatie voor vervangende Persoonlijke Verzorging in de maanden september en oktober 2022 zijn geweest. Dit betekent dat ofwel de thuiszorgorganisatie niet langs is geweest en de ingediende nota's niet rechtmatig zijn, ofwel dat PGB vv-zorg door de dochter van verzoekster is gedeclareerd, die niet is geleverd;

7. verzoekster van 30 juli 2023 tot en met 23 augustus 2023 in Turkije is geweest. Dit blijkt uit de bancaire informatie die is aangeleverd en uit de schadehistorie, waarin is te zien dat er op 23 augustus een passantenconsult is gedeclareerd door Airport Medical Services Schiphol. Tijdens het verblijf van verzoekster in Turkije is PGB-zorg gedeclareerd. Verzoekster heeft in het gesprek aangegeven dat haar verblijf in Turkije geen vakantie betrof, maar dat zij hier is geweest om een ziek familielid te bezoeken en om een second opinion te krijgen. Zij heeft tijdens het gesprek tevens toegelicht dat haar dochter geld zou hebben meegegeven om door middel van contante betalingen iemand te betalen om voor haar te zorgen en haar overal met de auto naartoe te vervoeren. Dit is in strijd met artikel 7.3, zesde lid, en artikel 8, achtste lid, sub d van het reglement. Daarnaast is geen bewijs voor de geleverde zorg aangeleverd. Er zijn geen transacties met betrekking tot zorg aangetroffen op de bancaire afschriften. Verzoekster heeft verklaard dat dit komt doordat het merendeel van de genoten zorg kosteloos was en dat haar echtgenoot de kosten die wel in rekening zijn gebracht, niet wilde declareren. Hierdoor kan niet worden nagegaan of het in augustus 2023 voor PGB vv-zorg betaalde bedrag aan de geïndiceerde zorg is besteed;

8. verzoekster geen hulpmiddelen, fysiotherapie of ergotherapie heeft gedeclareerd gedurende de periode waarvoor haar een PGB vv is toegekend. In beide aanvragen is vermeld dat zij fysiotherapie volgt. Uit de ingediende declaraties blijkt echter dat alleen op 20 juli 2022 een fysiotherapeutische behandeling heeft plaatsgevonden. Tevens wordt benoemd dat ergotherapie zal worden ingezet. Hierover zeggen verzoekster en de bekende van de familie dat wegens een wachtlijst nog steeds geen ergotherapie kon worden opgestart. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat dit geen

steekhoudend argument is, aangezien elke verzekerde contact kan opnemen met de afdeling Zorgadvies en Bemiddeling om te vragen waar tijdige zorg, zoals ergotherapie, kan worden verleend door een gecontracteerde zorgaanbieder. Indien de ziektekostenverzekeraar binnen de gestelde Treeknorm geen gecontracteerde zorgaanbieder aan een verzekerde kan aanbieden, kan hij conform de polisvoorwaarden toestemming verlenen aan een verzekerde om zorg af te nemen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder;

9. verzoekster en haar dochter(s) tijdens gesprekken nadrukkelijk zijn gewezen op de noodzaak van het voeren van de juiste administratie én op het reglement. Tijdens het gesprek op 25 augustus 2023 met verzoekster en haar jongste dochter is besproken dat eerder een vast maandloon blijkt te zijn gegeven, maar dat dit niet mag. Aan hen is uitgelegd dat één of twee maanden een gelijk maandloon kan voorkomen, maar dat de maanden natuurlijk een wisselend aantal dagen hebben, dus dat dat niet altijd het geval kan zijn. Tijdens het gesprek is meegedeeld dat het niet bewust is dat dit verkeerd is gedaan, maar dat de familie een drukke periode achter de rug heeft gehad en dat het beheer geen prioriteit had. Er is in dit gesprek ook benoemd dat het beheer niet gaat zoals het zou moeten en er is gewezen op de taken behorend bij het beheer. Er is hierbij specifiek verwezen naar het reglement, maar vooral naar de artikelen 7 en 8;

10. verzoekster met de brief van 28 augustus 2023 formeel is gewaarschuwd voor haar slechte administratie én het ontbreken van zorgovereenkomsten;

11. verzoekster als vervangend zorgverlener is vermeld op de PGB vv-aanvraag van haar moeder. Gelet op de geïndiceerde zware zorgbehoefte van verzoekster lijkt het zeer onwaarschijnlijk dat zij ook zorgverlener voor haar moeder kan zijn;

12. de zorg in natura declaratie van 1 september 2022 tot en met 30 september 2022 van verzoekster ook is gedeclareerd op de polis van haar moeder. Op 24 januari 2024 heeft de bekende van de familie een brief gestuurd met het verzoek om tot 14 februari 2024 de tijd te verlenen om de reactie nader aan te vullen en in de brief van 9 februari 2024 schrijft hij dat verzoekster graag een gesprek met de ziektekostenverzekeraar wil voeren. Dit gesprek heeft op 30 april 2024 op het kantoor van de ziektekostenverzekeraar plaatsgevonden. Daarbij zijn verzoekster en de bekende van de familie aanwezig geweest. Verzoekster heeft tijdens het gesprek meerdere malen nadrukkelijk aangegeven dat zowel zij als haar jongste dochter geen weet heeft van een PGB vv-administratie en dat zij niet weten hoe die gevoerd moet worden. Zij heeft meegedeeld dat voor een PGB vv is gekozen, omdat dit was geadviseerd door de zorgverlener van haar vader. Deze zorgverlener heeft zorg in natura verleend aan de vader van verzoekster. Verzoekster heeft toegelicht geen specifieke redenen te hebben om te kiezen voor een PGB vv. Waarom zij toch voor een PGB vv heeft gekozen is dan ook onduidelijk. Verzoekster heeft verder verklaard dat de zorg bestaat uit begeleiding naar (medische) afspraken, wassen, aan- en uitkleden, uittrekken van steunkousen en begeleiding bij het traplopen. Haar echtgenoot is volgens verzoekster al genoeg belast en kan niet helpen bij deze handelingen. Ook tijdens het gesprek kan niet duidelijk worden gemaakt wie de informele zorgaanbieder is. Over de PGB vv-zorg in Turkije heeft verzoekster verteld dat de begeleiding heeft bestaan uit het met de auto door iemand naar het dorp worden gebracht van haar overleden vader en naar ziekenhuizen. Verzoekster heeft zich niet gehouden aan de voorwaarden van het reglement, terwijl zowel zijzelf als haar informele zorgverlener(s) meerdere malen op de hoogte is gesteld van de voorwaarden en er zelfs twee waarschuwingen zijn verstuurd. Dit was dus een bewuste handeling. Voorts is geconstateerd dat zorg is gedeclareerd, zonder dat deze (volledig) daadwerkelijk is verleend. De bewijsstukken tonen aan dat het PGB vv door is gedeclareerd, terwijl verzoekster voor een periode in het buitenland verbleef. Zij heeft geen bewijsstukken aangeleverd waaruit blijkt dat gedurende deze periode zorg is geleverd (door de zorgverlener), terwijl er wel een uitbetaling is geweest voor de geïndiceerde PGB-zorg over deze periode. Daarnaast is tweemaal zorg in natura ontvangen, terwijl voor dezelfde periode ook PGB-zorg is gedeclareerd. Ook zijn achteraf urenregistraties aangepast. Hiervoor zijn overigens door verzoekster geen verklaringen gegeven. Na een zorgvuldige beoordeling van alle feiten en omstandigheden is de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat hij passende maatregelen heeft genomen.

4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar benadrukt dat het blijven declareren van het PGB vv gedurende de periode dat zorg in natura is verleend, een bewuste handeling is geweest. Dit betekent dat ofwel de zorgaanbieder niet langs is geweest en de ingediende nota's niet rechtmatig zijn, ofwel dat PGB vv-zorg door de dochter van verzoekster is gedeclareerd, die niet is geleverd. Een vertegenwoordiger van de familie heeft in zijn brief van 8 mei 2024 verklaard dat de twee ingediende facturen voor vervangende Persoonlijke Verzorging zijn geweest in de maanden september en oktober 2022. Tijdens het persoonlijk gesprek dat heeft plaatsgevonden op het kantoor van de ziektekostenverzekeraar tussen de afdeling Veiligheidszaken en verzoekster, heeft verzoekster verklaard dat bij haar niemand van een thuiszorgorganisatie langs is geweest. Dit zijn zeer opvallende en tegenstrijdige verklaringen. Het blijven declareren van het PGB vv gedurende een langere periode, terwijl verzoekster in het buitenland verbleef, is volgens de ziektekostenverzekeraar eveneens een bewuste handeling geweest, waarbij niet aannemelijk is gemaakt dat zorg is verleend. Verzoekster heeft tijdens het gesprek ook verteld dat haar dochter geld zou hebben meegegeven om door middel van contante betalingen iemand te betalen om voor haar te zorgen en met de auto overal naartoe te vervoeren. Dit is in strijd met de artikelen 7.3, zesde lid, en 8, achtste lid, sub d, van het reglement. Het is voorts niet aannemelijk gemaakt dat het budget voor PGB vv-zorg voor de maand augustus 2023 is besteed aan deze zorg. Het declareren van de zorg in natura op de polis van de moeder van verzoekster is volgens de ziektekostenverzekeraar óók een bewuste handeling geweest, zeker omdat de nota niet enkel op de polis van de moeder van verzoekster is gedeclareerd, maar de nota van de maand september 2022 tevens is gedeclareerd op de polis van verzoekster zelf. Dit onderstreept te meer dat sprake is van een bewuste handeling. Het aanpassen van de urenregistraties achteraf is eveneens een bewuste handeling met het opzet de ziektekostenverzekeraar te misleiden. Dit omdat in casu 'huishoudelijke hulp' niet meer op de urenregistraties wordt vermeld die naar aanleiding van het fraudeonderzoek zijn opgevraagd, maar ook omdat de zorg op andere dagen wordt verleend dan op de oorspronkelijk ingediende declaraties. Dit betekent dat de geregistreerde tijd met terugwerkende kracht is aangepast, alsof de eerder vastgelegde zorgtijd voor bijvoorbeeld 'huishoudelijke hulp' niet is geleverd, maar ook dat andere zorg langer heeft geduurd, omdat het totaal aantal uren per maand na aanpassing niet is gewijzigd. Dat weerspiegelt uiteraard niet de werkelijkheid. De ziektekostenverzekeraar kan hierdoor ook niet de rechtmatigheid van de declaraties controleren. Daarnaast vindt de ziektekostenverzekeraar het opvallend dat verzoekster als vervangend zorgverlener is vermeld op de PGB vv aanvraag van haar moeder. Tijdens het gesprek tussen de afdeling Veiligheidszaken en verzoekster, samen met de vertegenwoordiger van de familie, zijn hierover ook tegenstrijdige uitspraken gedaan. Verzoekster is herhaaldelijk gewezen op het belang van het naleven van het reglement. Zo heeft haar dochter op 18 oktober 2022 expliciet verklaard dat het reglement bekend is en dat duidelijk is hoe het PGB vv-beheer dient te worden uitgevoerd. Bij het ondertekenen van een PGB vv-aanvraag bevestigt een verzekerde dat hij/zij op de hoogte is van de voorwaarden van het reglement en daarmee akkoord gaat. Daarnaast wordt in de toekenningsbrieven, die bij goedkeuring van een aanvraag worden verstuurd, opnieuw benadrukt hoe belangrijk het is de in het reglement opgenomen voorwaarden te kennen en deze na te leven. Tijdens het gesprek op kantoor heeft verzoekster evenwel gesteld dat zij niet begreep wat de verplichtingen van een PGB vv inhouden en ook dat zij niet weet hoe het beheer moet gaan. Dit is echter niet aannemelijk, gezien de vele waarschuwingen.

4.7. Tot slot zijn er nog andere opvallende zaken geconstateerd in het dossier, zoals:

1. dat tot op heden niet bekend is wie van de dochters de PGB vv-zorg daadwerkelijk heeft verleend, omdat onder andere de zorgovereenkomst die is aangeleverd door de vertegenwoordiger van de familie, niet overeenkomt met hetgeen is vermeld door verzoekster in de wijzigingsbrief van 17 januari 2023. Daarin staat namelijk dat de jongste dochter van verzoekster de zorg vanaf mei 2022 tot en met december 2023 zou hebben verleend;
2. de bancaire bewijzen daarmee niet overeenkomen;

3. de ingediende declaraties daarmee niet overeenkomen en de vertegenwoordiger van de familie in zijn brief van 8 mei 2024 ook aangeeft dat niet kan worden vastgesteld waarom urenregistraties en declaraties over dezelfde periode verschillen;

4. de verklaring over het volgen van fysiotherapie niet kloppend is, omdat maar één behandeling fysiotherapie is terug te vinden in de declaraties;

5. de zorg niet wordt geleverd conform indicatie;

6. verzoekster als vervangend zorgverlener staat op de PGB vv-aanvraag van haar moeder, ingediend voor de periode van 19 april 2022 tot en met 18 april 2023. Dit is al opvallend gezien de zware zorgbehoefte van verzoekster, maar wat daarnaast zeer opvallend is, is dat verzoekster haar moeder helpt bij het huishouden, het koken, en haar naar afspraken brengt. Op de PGB vv-aanvraag van verzoekster staat juist dat haar huishouden, het koken, en het helpen met de ADL worden gedaan door haar dochter(s).

Al deze opvallende zaken, in samenhang met eerdergenoemde feiten, die het opzet bewijzen, leiden tot de conclusie dat sprake is geweest van een telkens terugkerend patroon door de jaren heen, van proberen de ziektekostenverzekeraar te misleiden.

- 4.8. De ziektekostenverzekeraar heeft desgevraagd ter zitting nog toegelicht dat bij het opleggen van de maatregelen een dubbele proportionaliteitstoets plaatsvindt. Voor het EVR geldt een termijn van acht jaren, maar vanwege de gezondheid van verzoekster is dit gematigd tot drie jaren. Er is getoetst aan de criteria van het financieel belang, verzwarende omstandigheden (verzekerde blijft ontkennen, stelselmatige fraude). De uitkomst was 16 punten. Er waren ook verzachtende omstandigheden, namelijk het zorg nodig hebben en de mentale gezondheid. Daarom is gematigd tot drie jaren.

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 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 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 het Burgerlijk Wetboek (BW) 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 ziektekostenverzekeraar is van mening dat sprake is van fraude. Hij heeft in dat kader enkele maatregelen getroffen. Zo heeft hij de persoonsgegevens van verzoekster opgenomen in het Incidentenregister en EVR tot 16 januari 2027, de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 juli 2024 beëindigd, en de vergoede zorgkosten en onderzoekskosten van verzoekster gevorderd, ten bedrage van € 15.624,-- respectievelijk € 1.682,20.
- 6.3. De commissie zal allereerst de vraag beantwoorden of de ziektekostenverzekeraar terecht heeft geconcludeerd dat verzoekster hem opzettelijk heeft misleid. Op grond van artikel 7:941, tweede lid, BW is de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde verplicht de verzekeraar alle gegevens te verstrekken die van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen. In het vijfde lid van dit artikel is bepaald dat als de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde die verplichting niet is nagekomen met het opzet verzekeraar te misleiden het recht op uitkering

vervalt. Het is aan de verzekeraar om te stellen, en zo nodig te bewijzen, dat de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde opzettelijk een onjuiste voorstelling van zaken heeft gegeven, met als doel een (hogere) vergoeding te ontvangen. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar hierin is geslaagd. Voor dit oordeel is het volgende van belang.

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in verschillende brieven, gericht aan verzoekster en de commissie, uiteengezet waarop hij baseert dat verzoekster zich schuldig heeft gemaakt aan het opzet hem te misleiden. Samengevat stelt hij het volgende:
- de zorgovereenkomsten en urenregistraties komen niet overeen met de gestelde indicatie;
 - er is meer zorg gedeclareerd dan is genoteerd in de urenregistraties;
 - de urenregistraties zijn achteraf gewijzigd;
 - de zorgverlener in de zorgovereenkomst komt niet overeen met de zorgverlener die de zorg daadwerkelijk heeft verleend;
 - verzoekster heeft tegelijkertijd zorg vanuit het PGB vv en zorg in natura gedeclareerd;
 - verzoekster heeft vanuit het PGB vv zorg gedeclareerd tijdens een verblijf in Turkije, maar heeft geen bewijzen overgelegd dat tijdens die periode ook zorg aan haar is verleend;
 - verzoekster heeft geen hulpmiddelen, fysiotherapie of ergotherapie gedeclareerd, terwijl in de aanvragen staat dat zij fysiotherapie ondergaat en dat wordt gestart met ergotherapie;
 - verzoekster is – ondanks haar grote zorgbehoefte – als vervangend zorgverlener op de PGB vv-aanvraag van haar moeder vermeld.
- 6.5. Verzoekster heeft geen inhoudelijk verweer gevoerd naar aanleiding van het gestelde. Zij heeft slechts aangevoerd dat zij weliswaar slordig heeft gehandeld, maar dat zij geen fraude heeft gepleegd. De commissie stelt vast dat een deel van de door de ziektekostenverzekeraar hiervoor genoemde feiten ziet op het niet naleven van het reglement, maar niet zozeer op het opzettelijk misleiden van de ziektekostenverzekeraar. Anders is dit voor de feiten dat de urenregistraties achteraf zijn gewijzigd waarmee deze uren alsnog vergoed werden, het tegelijkertijd declareren van PGB vv-zorg en zorg in natura, alsmede het declareren van zorg tijdens een verblijf in Turkije zonder bewijs dat tijdens die periode ook de geïndiceerde zorg aan verzoekster is verleend. Aangezien verzoekster deze feiten niet gemotiveerd heeft bestreden, kan hierin het opzet worden gezien de ziektekostenverzekeraar te misleiden met het doel een – hogere – vergoeding te ontvangen. Verzoekster heeft zich daarmee schuldig gemaakt aan fraude als bedoeld in artikel 2.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.6. Vervolgens dient de vraag te worden beoordeeld of de opgelegde maatregelen aan verzoekster mochten worden opgelegd.

Registratie persoonsgegevens

- 6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft de persoonsgegevens van verzoekster voor de duur van drie jaren opgenomen in het Incidentenregister en EVR.
- 6.8. Elke verzekeraar houdt een Incidentenregister bij. Doet zich een incident voor, dan wordt dit incident omschreven in het Incidentenregister, waarbij de persoonsgegevens van betrokkene worden vermeld. Alleen medewerkers van de afdeling veiligheidszaken van een verzekeraar hebben toegang tot deze systematisch toegankelijke registratie. Toch kan opname hierin een beperkte externe werking hebben, omdat deze informatie onder voorwaarden met andere verzekeraars kan worden uitgewisseld. Een verzekeraar kan daarnaast besluiten om andere verzekeraars te waarschuwen door de persoonsgegevens van degene die bij het incident was betrokken op te nemen in het EVR, een systematisch toegankelijke registratie waartoe alle verzekeraars toegang hebben. Medewerkers van andere verzekeraars kunnen daardoor

achterhalen of over iemand een melding is opgenomen in het interne Incidentenregister van een verzekeraar. Vervolgens kunnen zij de informatie over het incident opvragen bij de verzekeraar die de persoonsgegevens heeft laten registreren in het EVR. Het gevolg hiervan kan zijn dat niet alleen de verzekeraar die tot opname in het EVR is overgegaan, maar ook andere verzekeraars hun (financiële) diensten aan betrokkene, in dit geval verzoekster, kunnen weigeren.

- 6.9. De eisen voor registratie in het Incidentenregister en het EVR zijn opgenomen in het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen van 23 oktober 2021 (hierna: PIFI), waarbij de vereniging Zorgverzekeraars Nederland partij is. De ziektekostenverzekeraar is via zijn lidmaatschap van genoemde vereniging gebonden aan het PIFI.
- 6.10. De commissie zal hierna nagaan of opname van de persoonsgegevens van verzoekster in het Incidentenregister en het EVR terecht is geweest en zo ja, of deze maatregel, onder andere met het oog op de duur, ook proportioneel is.
- 6.11. Artikel 5.2.1 PIFI bepaalt onder welke voorwaarden persoonsgegevens mogen worden opgenomen in het EVR. Er moet enerzijds een zwaardere verdenking tegen betrokkene bestaan dan alleen maar een redelijk vermoeden van schuld aan de fraude. Anderzijds is een strafrechtelijke veroordeling voor fraude niet vereist (ECLI:NL:HR:2009:BH4720). Wel moet er bewijs zijn van opzettelijke misleiding.
- 6.12. Gelet op hetgeen onder 6.5 is overwogen, is sprake van opzettelijke misleiding door verzoekster. Met het oog op het met de registratie beoogde doel is de opname van haar persoonsgegevens in het Incidentenregister en het EVR terecht. Waar het gaat om de proportionaliteit ziet de commissie vanwege de omvang van de fraude, de duur van drie jaren, en de uitleg hierbij van de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding om de duur van de registraties te matigen.

Beëindiging zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.13. Hiervoor is geconcludeerd dat verzoekster de ziektekostenverzekeraar opzettelijk heeft misleid zodat sprake is van fraude. Hiermee bestond, gelet op artikel 7:940, derde lid BW, en artikel 2.4 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering, een grondslag voor tussentijdse beëindiging van deze verzekeringen.

Terugvordering PGB vv

- 6.14. Onder 6.5 is vastgesteld dat verzoekster de urenregistraties achteraf heeft gewijzigd zodat deze uren alsnog werden vergoed, tegelijkertijd PGB vv-zorg en zorg in natura heeft gedeclareerd, alsmede zorg heeft gedeclareerd tijdens een verblijf in Turkije zonder bewijs dat tijdens die periode ook de geïndiceerde zorg aan haar is verleend. Deze zorg heeft zij derhalve, voor zover toegekend, ten onrechte vergoed gekregen. De ziektekostenverzekeraar mocht de uitgekeerde bedragen van haar terugvorderen. Deze zijn immers zonder rechtsgrond en daarmee onverschuldigd betaald.
- 6.15. Voorts is in artikel 11 van het reglement bepaald dat het PGB vv geheel of gedeeltelijk kan worden teruggevorderd indien de verzekerde zich niet houdt aan het bepaalde in het reglement. Gelet op de feiten die de ziektekostenverzekeraar heeft benoemd, en die door verzoekster niet gemotiveerd zijn bestreden dan wel weerlegd, heeft zij niet voldaan aan meerdere voorwaarden van het reglement. Ook om die reden mocht de ziektekostenverzekeraar het uitgekeerde PGB vv volledig terugvorderen. Volgens hem gaat het hierbij om een bedrag van € 15.624,--. Verzoekster heeft de hoogte van de terugvordering niet bestreden. De commissie gaat daarom uit van de juistheid van het teruggevorderde bedrag.

Verhaal onderzoekskosten

- 6.16. In artikel 2.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is bepaald dat in geval van misleiding de kosten van het onderzoek hiernaar op betrokkene worden verhaald. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat de onderzoekskosten € 1.682,20 bedragen, maar heeft hiervan geen berekening overgelegd. Ook heeft hij niet met stukken onderbouwd dat deze kosten een rechtstreeks gevolg zijn van het handelen van verzoekster. De commissie is daarom van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar de onderzoekskosten niet bij verzoekster in rekening mocht brengen. Aangezien het verzoek hiermee gedeeltelijk wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.

Slotsom

- 6.17. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie beslist dat:
- (i) verzoekster de gevorderde onderzoekskosten van € 1.682,20 niet aan de ziektekostenverzekeraar hoeft te betalen;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden, en
 - (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 11 november 2025,

L. Ritzema

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

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 940

1. Bij opzegging tegen het einde van een verzekeringsperiode teneinde verlenging van de overeenkomst te verhinderen, wordt een termijn van twee maanden in acht genomen.
2. De verzekeringnemer en, tenzij het een persoonsverzekering betreft, de verzekeraar kunnen een overeenkomst die is aangegaan voor een periode van meer dan vijf jaar, of die voor zulk een periode is verlengd, opzeggen tegen het einde van elk vijfde jaar binnen die periode. Daarbij geldt de in lid 1 genoemde termijn.
3. Indien de verzekeraar de bevoegdheid heeft bedongen de overeenkomst tussentijds op te zeggen, komt de verzekeringnemer een gelijke bevoegdheid toe. Tenzij jegens hem is gehandeld met het opzet tot misleiding neemt de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer daarbij een termijn van twee maanden in acht. Indien een verzekering dekking biedt tegen schade veroorzaakt door risico's als bedoeld in artikel 3:38 van de Wet op het financieel toezicht, kan, bij de verwezenlijking van een dergelijk risico of bij een dreiging van het ophanden zijn daarvan, de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer in afwijking van deze termijn van twee maanden, de overeenkomst met inachtneming van een termijn van zeven dagen opzeggen. De verzekeraar kan slechts tussentijds opzeggen op in de overeenkomst vermelde gronden welke van dien aard zijn dat gebondenheid aan de overeenkomst niet meer van de verzekeraar kan worden gevergd.
4. Indien de verzekeraar de voorwaarden van de overeenkomst ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
5. De verzekeraar kan een persoonsverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voor zover dat is gelegen in de persoon van degenen, die de verzekering betreft.
6. De verzekeringnemer kan de overeenkomst steeds langs elektronische weg opzeggen. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van de verzending van opzeggingen langs elektronische weg.
7. De voordracht voor een krachtens het zesde lid vast te stellen algemene maatregel van bestuur wordt niet eerder gedaan dan vier weken nadat het ontwerp aan de beide kamers der Staten-Generaal is overgelegd.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 941

1. Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, of behoort te zijn, is hij verplicht aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden. Dit geschiedt zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.
2. De verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.
3. Indien door de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 of 2 niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.
4. De verzekeraar kan het vervallen van het recht op uitkering wegens niet-nakoming van een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 slechts bedingen voor het geval hij daardoor in een redelijk belang is geschaad.
5. Het recht op uitkering vervalt indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt.

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de polis. Op het polisblad zijn de verzekerden en de voor hen gesloten zorgverzekering(en) vermeld.

2.2. Werkgebied

De zorgverzekering staat open voor alle verzekeringsplichtigen die in Nederland of in het buitenland wonen.

De zorgverzekeraar is een landelijk werkende verzekeraar. Zolang u verzekeringsplichtig bent, kunt u deze zorgverzekering behouden. Ook een verzekeringsplichtige die in het buitenland woont, heeft recht op deze verzekering.

2.3. Bijbehorende documenten

In deze verzekeringsvoorwaarden wordt verwezen naar documenten. Deze maken deel uit van de voorwaarden. Het gaat om de volgende documenten:

- Besluit Zorgverzekering
- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Clausuleblad terrorismedekking
- Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg (LIP)
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgaanbieders
- Lijst Therapieën GGZ
- Limitatieve Lijst Machtigingen Medisch Specialistische Zorg
- Limitatieve Lijst Machtigingen Kaakchirurgie
- Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders
- Premiebijlage
- Regeling zorgverzekering
- Reglement farmaceutische zorg
- Reglement hulpmiddelen
- Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging
- Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard
- Zorgstandaard Obesitas.

U vindt deze documenten op onze website. U kunt de documenten ook via onze klantenservice opvragen.

2.4. Fraude

Als wij vermoeden dat er sprake is van fraude, zullen wij een onderzoek (laten) instellen. U bent verplicht om aan dit onderzoek mee te werken en ons relevante en juiste informatie te geven. Tijdens dit onderzoek betalen wij uw nota(s) niet uit. Blijkt uit het onderzoek dat u of iemand anders namens u (geheel of gedeeltelijke) fraude heeft gepleegd? Dan vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Daarnaast vorderen wij uitgekeerde vergoedingen bij u terug. Ook bent u verplicht de kosten die voortvloeien uit het fraudeonderzoek te betalen.

Aangifte en registratie

Wij kunnen bij fraude aangifte doen bij de politie. Ook kunnen wij uw gegevens en die van medeplegers en medeplichtigen (laten) registreren:

- In ons Incidentenregister
- In het Extern Verwijzings Register (EVR) van de stichting CIS.

Beëindiging verzekering(en)

Als u fraude pleegt, beëindigen wij uw zorgverzekering. U kunt dan 5 jaar geen zorgverzekering bij ons sluiten. Wij beëindigen ook uw aanvullende zorgverzekering(en). U kunt dan 8 jaar geen aanvullende verzekering sluiten bij de verzekeraars van Coöperatie VGZ.

Fraude door zorgaanbieders

Zorgaanbieders die fraude plegen, laten wij registreren in het Extern Verwijzings Register (EVR). Wij vergoeden geen zorg van zorgaanbieders die in dit register staan en informeren deze zorgaanbieders hierover. De zorgaanbieder is verplicht om u voorafgaand aan de zorgverlening te informeren dat wij hun zorg niet vergoeden.

Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2024 (Zvw-pgb)

Artikel 1. Inleiding

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 14, verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2024 van:

- Gewoon ZEKUR Zorg Basis
- Gewoon ZEKUR Zorg Plus
- IZA Basis Keuze
- IZA Ruime Keuze
- IZA Eigen Keuze
- IZZ Basisverzekering, Variant Basis Keuze
- IZZ Basisverzekering, Variant Bewuuzt
- IZZ Basisverzekering, Variant Natura
- IZZ Basisverzekering, Variant Combinatie
- UC Basis Keuze
- UC Bewuste Keuze
- UC Ruime Keuze
- UC Eigen Keuze
- Univé Zorg Select polis
- Univé Zorg Basis polis
- Univé Zorg Geregeld polis
- Univé Zorg Uitgebreid polis
- UMC Eigen Keuze
- UMC Ruime Keuze
- VGZbewuuzt Basis
- VGZ Basis Keuze
- VGZ Ruime Keuze
- VGZ Eigen Keuze
- Zorgzaam Ruime Keuze

De voorwaarden en afspraken die wij opgenomen hebben in het Reglement zijn ontleend aan de meest recente bestuurlijke afspraken over uitgangspunten en inhoud van het Zvw-pgb die zijn overeengekomen door het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, V&VN en Per Saldo.

Artikel 2. Doelgroep Zvw-pgb

1. U komt in aanmerking voor een persoonsgebonden budget op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) als u behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.
 - a. Onder deze zorg benoemd in artikel 2.1. vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

Daarnaast dient u:

2. Langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf
3. Op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen te zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de levensverwachting minder is dan drie maanden.

Artikel 3. Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle onderstaande voorwaarden. Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle onderstaande voorwaarden te voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het Zvw-pgb verlenen, dan wel aanvullende eisen stellen waaraan dient te worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.

1. U bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging zoals benoemd in artikel 2.1. van dit reglement. Deze indicatie is op het moment dat uw aanvraag door ons is ontvangen niet ouder dan 3 maanden;
2. U bent naar ons oordeel in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit;
3. U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. De volgende aspecten wegen wij mee in onze beoordeling:
 - a. U heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo, Zorgverzekeringswet of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b. U was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de Zvw-pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
 - c. Er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
 - d. U heeft of had het afgelopen jaar een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
 - e. U valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - f. U heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard.
4. U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;

5. U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.

Artikel 4. Weigeringsgronden

U ontvangt geen Zvw-pgb als zich één van de volgende weigeringsgronden voordoet:

1. U voldoet niet aan de voorwaarden opgenomen in artikel 2 en/of 3.
2. U bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
3. U beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
4. Uw vrijheid is u rehtens ontnomen;
5. U verleent geen medewerking (meer) aan een 'Bewust-keuzegesprek' en/of huisbezoek dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
6. Uit uw aanvraagformulier of het 'Bewust-keuzegesprek' en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
7. Uw (wettelijk) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):
 - a. Heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij of zij als hulppersoon of (wettelijk) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b. Beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
 - c. Is zijn/haar vrijheid rehtens ontnomen;
 - d. Valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - e. Heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of is failliet verklaard;
 - f. Biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen;
 - g. De hulp tegen betaling verleent;
8. U beschikt over meer dan één indicatie voor de zorg zoals beschreven in artikel 2.1. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord;
9. U koopt zorg in bij uw (wettelijk) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (partner, bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad);
10. U bent failliet verklaard of, als de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden is failliet verklaard;
11. Het Zvw-pgb wordt geweigerd als u wordt geholpen door een andere vertegenwoordiger dan uw wettelijk vertegenwoordiger, een bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad of uw echtgenoot of (geregistreerde) partner;
12. Er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die al vergoed wordt vanuit andere zorgsoorten, bijvoorbeeld medisch specialistische zorg (vanuit een DBC). Om dubbele bekostiging en daarmee onrechtmatige zorg uit te sluiten.

Artikel 5. Aanvraag Zvw-pgb

1. U kunt een Zvw-pgb aanvragen door ons Zvw-pgb formulier in te vullen, te ondertekenen en naar ons op te sturen. U vindt ons formulier op onze website. U kunt het Zvw-pgb-aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Deel 1 van het aanvraagformulier laat u invullen en ondertekenen door de verpleegkundige die de indicatie stelt. Deze verpleegkundige moet u eerst in uw thuissituatie hebben gezien. Deel 2 van het aanvraagformulier vult u in en ondertekent u zelf (of uw vertegenwoordiger). Wij nemen uw aanvraag niet in behandeling als het aanvraagformulier niet volledig is ingevuld, ondertekend en/of als er bijlagen ontbreken. Loopt uw Zvw-pgb af? Dan adviseren wij u om 13 weken voor het aflopen van uw huidige Zvw-pgb contact op te nemen met een verpleegkundige die de indicatie stelt (zie artikel 5.2, 5.3. en 5.4.) en minimaal 6 weken voor afloop van uw Zvw-pgb de volledige pgb-aanvraagformulieren-set bij ons in te dienen. Wilt u uw Zvw-pgb voor palliatief terminale zorg verlengen? Dan kunt u uiterlijk 2 weken voor het aflopen van uw Zvw-pgb een (her)indicatie laten stellen door een verpleegkundige. Wij adviseren u om uw aanvraag zo snel mogelijk bij ons in te dienen.
2. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen (deel I: het verpleegkundige deel en deel II: het verzekerden deel). Een 'Bewust-keuzegesprek' maakt onderdeel uit van de aanvraagprocedure, tenzij wij hiervan afzien. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden, zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3, krijgt u een akkoordverklaring voor een Zvw-pgb.
 - a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door een minimaal BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving (het normenkader van V&VN) heeft opgesteld;
 - b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een minimaal BIG-geregistreerde hbo-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkun-

dige. De indicatiesteller dient werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de BINKZ (Branchevereniging Integrale Kindzorg). De indicatie wordt volgens het normenkader van de V&VN en de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) opgesteld in de thuissituatie in aanwezigheid van het kind en de wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder of mentor).

3. Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op arbeidsmarkt kan er contact worden opgenomen met ons om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen.
4. Bij de indicatiestelling dient de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg te hanteren bij het bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk.
5. Is er sprake van voorbehouden of risicovolle handelingen? Dan moet u, als we u daarom vragen, aan kunnen tonen dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd.
Risicovolle handelingen: Bij een risicovolle handeling moet de aard, omvang en inhoud van de zorg uitgewerkt zijn in het zorgplan.
Voorbehouden handelingen: Gaat het om voorbehouden handelingen door een formele zorgverlener? Dan moet uw zorgverlener bevoegd en bekwaam zijn om deze handelingen uit te voeren. U moet, als we u daarom vragen, een uitvoeringsverzoek kunnen laten zien van een arts voor die handelingen en kunnen aantonen dat er wordt gewerkt overeenkomstig de 'handleiding voorbehouden handelingen in de (wijk) verpleging & verzorging' (ActiZ, 2019).
Bij informele zorgverleners moet u, als we u daarom vragen, kunnen aantonen dat de arts de zorgverlener voldoende bewust en bekwaam acht om de handeling verantwoord uit te voeren.
6. Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandelend arts toe te voegen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.
7. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden. De indicatie mag daarom in ieder geval niet gesteld worden door een wijkverpleegkundige die:
 - uw (wettelijke) vertegenwoordiger en/of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn is, en/of
 - zelf zorg aan u gaat leveren, en/of
 - in dienst is bij, of een samenwerkingsverband heeft met een zorgverlener die de zorg deels aan u gaat leveren, tenzij het gaat om een zorgverlener die wij voor zorg in natura gecontracteerd hebben.
8. Bij de indicatiestelling moet de wijkverpleegkundige volgens het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving' van V&VN de afweging maken wat u en uw netwerk zelf kan oplossen. Dit betekent dat de wijkverpleegkundige onder andere uw netwerk in kaart brengt en vervolgens afweegt welke zorg op grond van belasting en belastbaarheid wel of niet door het netwerk kan worden verleend. De zorg die door het netwerk wordt verleend, mag in de indicatie voor wijkverpleging niet meegenomen worden. Hiervoor krijgt u dan ook geen pgb. De afweging die de wijkverpleegkundige daarbij maakt, moet in de indicatie staan. Onder netwerk wordt volgens het Begrippenkader van de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) verstaan: "naasten en mantelzorgers" zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden van verzekerde. Bij de indicatiestelling maakt de wijkverpleegkundige de afweging, gegeven de hele context van de verzekerde (zorgvrager), hoe de hulpvraag opgelost of hoe de interventie uitgevoerd kan worden. Zelfredzaamheid (samen met het eigen netwerk) is het uitgangspunt van het Normenkader.
9. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt, niet doelmatig is of dat de indicatiestelling niet voldoet aan het normenkader van V&VN. In dat geval nemen wij contact op met de indicierend wijkverpleegkundige en vragen wij om een nadere uitleg en onderbouwing. Als na dat contact naar ons oordeel de zorg niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt, of niet doelmatig is, of de indicatie is niet gesteld volgens het normenkader, dan kennen wij voor die zorg geen Zwv-rgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij in deze situatie vragen om een herbeoordeling van de indicatie. Wij vragen een tweede, onafhankelijke wijkverpleegkundige om de geldende indicatie opnieuw te beoordelen (herbeoordeling). De eerste wijkverpleegkundige behoudt de regie over de indicatie. Na de toetsing door een tweede wijkverpleegkundige moet het oordeel/advies van deze wijkverpleegkundige voorgelegd worden aan de eerste wijkverpleegkundige. Na overleg tussen beiden wijkverpleegkundigen (intervisie) beoordeelt de eerste wijkverpleegkundige vervolgens of de herbeoordeling tot aanpassing van de indicatie leidt en moet dit ook kunnen onderbouwen.
10. Als u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, dient u tevens aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotse) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins.
11. Als u verbleef in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zwv, kunt u weer gebruikmaken van uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd. Een nieuwe aanvraag is nodig als u langer dan 60 dagen opgenomen bent in een Wlz-instelling, in een ziekenhuis verblijft of langer dan 60 dagen gebruikmaakt van eerstelijnsverblijf.
12. Als u voor verpleging en verzorging gebruik wilt maken van zorg in natura in combinatie met een Zwv-rgb, dan moet u dit kenbaar maken op het aanvraagformulier. De verpleegkundige moet hiervoor één indicatie opstellen waarin zowel de zorg in natura als zorg vanuit het Zwv-rgb zijn opgenomen. De door ons gecontracteerde zorgaanbieders leveren alleen zorg in natura en geen zorg vanuit een Zwv-rgb.

Ook moet u de wijkverpleegkundige die de indicatie stelt, de instelling die de zorg in natura levert en degene die de Zvw-pgb zorg levert hierover informeren. Als u van ons geen akkoord heeft voor de vergoeding van zorg in natura in combinatie met Zvw-pgb, heeft dit gevolgen voor de vergoeding.

Artikel 6. Toekenningsverklaring

1. De ingangsdatum van het Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb ook op een latere datum in laten gaan.
2. In afwijking van artikel 6.1. is bij een herindicatie de ingangsdatum van het Zvw-pgb de datum van ingang van de geldende herindicatie, als aan de volgende voorwaarden is voldaan:
 - a. Op grond van de voorgaande indicatie was u een Zvw-pgb toegekend;
 - b. De ingangsdatum van de geldende herindicatie ligt niet later dan de dag volgend op de datum van beëindiging van de voorgaande indicatie;
 - c. Wij hebben uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag voor een Zvw-pgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de geldende herindicatie.
3.
 - a. In de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw Zvw-pgb vast. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en mits u een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5.
 - b. Indien er eerder door ons een Zvw-pgb is toegekend, dan is het in sommige maatwerksituaties mogelijk om een Zvw-pgb met een looptijd van maximaal 5 jaar toe te kennen, overeenkomstig de Handreiking verlengde toekenning Zvw-pgb.
4. Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-pgb gaan wij uit van aangevraagde uren Zvw-pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.
5. Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld.
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). Als u meer zorg gedeclareerd heeft dan uw naar rato verlaagde Zvw-pgb, dient u het teveel betaalde terug te betalen. Bij een tussentijdse herindicatie wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd en/of verhoogd. 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). Als u meer zorg gedeclareerd heeft dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het te veel terug te betalen.
7. De toekenning of beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring 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 uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.
9. Voor de berekening van het Zvw-pgb rekenen wij met de tarieven voor formele en informele zorgverleners zoals vermeld in artikel 7.2. Wij baseren de berekening op de door u vermelde zorgverleners in de aanvraag en de verdeling van de uren over deze zorgverleners.

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. Voor een goede en snelle afhandeling van uw declaraties verzoeken wij u om ons declaratieformulier te gebruiken. U kunt het formulier vinden op onze website of telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Voor het declareren van zorg verleend door formele zorgverleners en voor het declareren van zorg verleend door informele zorgverleners bestaat een apart declaratieformulier. De nota's die u ontvangt van uw zorgverleners controleert u en neemt u over op ons declaratieformulier. U kunt het declaratieformulier zowel per post als via de Mijn-omgeving bij ons indienen. U hoeft de nota's niet mee te sturen. U moet de nota's wel bewaren. Deze kunnen wij later bij u opvragen. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, pgb-aanvraag en toestemming mag gedeclareerd worden.
3. Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Door inzending van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg.
4. Het declareren van vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten, afgerond op 5 minuten mag worden gedeclareerd.

5. Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.
6. Indicatiestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in artikel 2.1. beschreven, casemanagement, verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg worden niet vergoed uit het Zvw-pgb. Deze zorg zal afhankelijk van uw zorgverzekering als zorg in natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed vanuit het artikel voor verpleging en verzorging.

7.2 Hoogte en omvang declaratie

1. Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
 - Persoonlijke verzorging: € 39,63 per uur
 - Verpleging: € 59,08 per uur
2. Voor het formele tarief komen in aanmerking zorgverleners die:
 - a. beschikken over een AGB-code uit een van de categorieën:
 - 41 ZZP'ers in de wijkverpleging / Zvw-pgb aanbieders / beheerstichtingen
 - 42 verzorgingshuizen
 - 75 thuiszorginstellingen
 - 91 verpleegkundigen
 - 98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars
 - b. zelfstandig of namens een onder a. bedoelde instelling werkzaam zijn als wijkverpleegkundig specialist, wijkverpleegkundige, verpleegkundige met diploma MBO-verpleegkunde of een verzorgende 3IG of verzorgende niveau 3 is en aantoonbaar voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. Wij kunnen bij u het diploma van uw formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan wij kunnen controleren of uw zorgverlener bevoegd is tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief.

Een bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad of uw echtgenoot, geregistreerde partner of levensgezel komen nooit in aanmerking voor het formele tarief.

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.

Formele zorgverleners die bekend zijn als Extern Verwijzingsregister (EVR) gesignaleerde aanbieders of waarbij een ernstig vermoeden van fraude is, kan op basis van onderzoek worden uitgesloten van een vergoeding vanuit het Zvw-pgb.

3. Voor informele zorgverleners kunt u maximaal € 24,12 per uur declareren voor persoonlijke verzorging en verpleging.
4. Onder informele zorgverleners vallen in ieder geval zorgverleners die:
 - a. Ouders, verzorgers, partner (zoals echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel), bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad zijn (deze personen kunnen in geen enkel geval aangemerkt worden als formele zorgverlener voor betreffende budgethouder) en/of;
 - b. Zorghulp of helpende tot opleidingsniveau 3 zijn en/of;
 - c. Niet zijn ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
 - d. Geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister.

Deze zorgverleners komen nooit in aanmerking voor het formele tarief.
5. Zowel het formele als het informele tarief zijn 'all-in-tarieven'. Dit houdt in dat u naast dit tarief geen andere kosten kunt declareren, zoals werkgeverslasten, reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en hulpmiddelen.

7.3 Overige bepalingen t.b.v. declareren

1. U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van de door u gecontracteerde zorgverleners. Voor zover u niet tijdig aan uw contractuele betalingsverplichting voldoet, kunnen eventuele bijkomende kosten (bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente) niet vanuit het Zvw-pgb worden betaald.
2. Wij zijn gerechtigd om controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgverleners die u heeft gecontracteerd en in lijn is met de door ons afgegeven toekenningsverklaring. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen. Indien van toepassing kunnen wij u adviseren hoe deze zorg doelmatiger ingezet kan worden.
3. Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.

4. Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het Zvw-pgb wordt overschreden, wordt niet door ons vergoed.
5. Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg.
6. Als u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgverlener(s) inhuren, dan dient u dit vooraf schriftelijk bij ons te melden. Na onze schriftelijke toestemming kunt u de nota's van buitenlandse zorgverlener(s) declareren.
7. U mag met uw zorgverleners hogere tarieven afspreken. U betaalt dan zelf het verschil tussen het tarief dat u heeft afgesproken en het maximumtarief dat wij vergoeden.
8. U kunt uw vordering op ons niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

Artikel 8. Verplichtingen

1. U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
 - NAW gegevens verzekerde
 - NAW gegevens zorgverlener
 - Relatie tussen verzekerde en zorgverlener
 - Looptijd van de overeenkomst
 - Welke zorg zal worden geleverd
 - Het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten
 - Welk tarief u daarvoor zult betalen
 - AGB-code als het een formele zorgverlener betreft
 - Ondertekening door verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger en zorgverlener.Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op onze website en telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen.
2. U dient er als verzekerde op toe te zien dat partner, bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad waarmee u een overeenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, niet meer dan 40 uur in één week aan werkzaamheden verrichten. Op het moment dat de bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad een dienstbetrekking heeft, waarbij het Arbeidstijdenbesluit van toepassing is, dan mag de werkweek inclusief de uren die uit het Zvw-pgb bekostigd worden niet meer dan 48 uur bedragen. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 15 jaar.
3. U bent verplicht om mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige, die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, bent u verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een aanvraagformulier in te vullen en in te dienen.
4. U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoopt. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.
5.
 - a. Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt, is een nieuwe indicatiestelling door de verpleegkundige noodzakelijk. Dit kan zowel gaan om een verslechtering als een verbetering van uw gezondheidssituatie. U moet dan per direct een nieuwe indicatie aanvragen en een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen.
 - b. De verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, kan ook minstens 1 keer per jaar op eigen initiatief toetsen of de indicatie nog aansluit bij uw zorgbehoefte en dus nog correct is. Als er op basis van die toetsing een nieuwe indicatie volgt, moet u ook een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. Monitoring en evaluatie zijn onderdeel van het proces van indicatiestelling, wijzigingen in de zorgbehoefte (indicatiestelling) kunnen leiden tot wijzigingen in de hoogte van het Zvw-pgb.
 - c. Bij een inventarisatie waaruit blijkt dat de zorgvraag meer dan 24 uur per week omvat, kan er voorafgaand aan het afgeven van de indicatie een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd worden door de wijkverpleegkundige, zodat de zorg wordt afgestemd met de verschillende professionals. U bent verplicht om mee te werken aan een MDO.
6. Als er wijzigingen zijn in de combinatie en verhouding zorg in natura en pgb moet u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan, als dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude Zvw-pgb wordt (her)berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 6.9. met ingang van de datum van de nieuwe aanvraag.
7. U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in overeenstemming is met de door ons afgegeven toekenningsverklaring.
8. U bent verplicht om een (bij voorkeur digitaal) dossier te beheren en na het beëindigen van het Zvw-pgb voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste:
 - a. Een beschikking van de rechtbank als u een wettelijk vertegenwoordiger heeft tenzij u dit van rechtswege bent;
 - b. De volledige Zvw-pgb aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en zorgovereenkomsten;
 - c. Facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;

- d. Bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);
 - e. Kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaratie;
 - f. Uw zorgplan en de administratie over de doelstellingen en evaluatieverslagen.
9. U bent voorts verplicht om gegevens uit dit dossier zo spoedig mogelijk aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen. Ook als de Sociale Verzekeringsbank (SVB) aan uw zorgverleners betaalt, moet u zelf dit dossier beheren.
 10. U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige en de huisarts en/of medisch specialist om uw (medische) gegevens omtrent de Zvw-pgb aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien op het moment dat dit nodig is voor een juiste beoordeling. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur of verpleegkundig adviseur.
 11. U bent verplicht mee te werken aan een Bewust-keuze gesprek (BKG) of een huisbezoek (aangekondigd of onaangekondigd), als wij dat nodig vinden, bijvoorbeeld voor controledoeleinden. U en uw eventuele (wettelijke) vertegenwoordiger moeten op ons verzoek hierbij aanwezig zijn. Wij kunnen een huisbezoek uitbesteden aan een derde partij. Deze derde partij selecteren wij zorgvuldig. Zij zijn namelijk namens ons gerechtigd uw persoonlijke en medische gegevens op te vragen, in te zien en te controleren. Dit doen zij heel zorgvuldig in overeenstemming met ons privacy statement. U vindt het privacy statement op onze website. De derde partij geeft naar aanleiding van het huisbezoek een advies aan ons. Dit advies mag u vooraf inzien. Bent u het niet eens met het advies, dan mag u dit blokkeren. Het advies wordt dan niet aan ons toegestuurd. Als u gebruik maakt van dit blokkeringsrecht, wijzen wij uw aanvraag af op grond van artikel 4.5.
 12. Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toekenningsverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de geldige toekenningsverklaring (maximaal tot de vermelde einddatum van de indicatie) over (meldt u zich hiervoor bij uw nieuwe zorgverzekeraar) voor wat betreft het vermelde aantal uren voor verpleging en verzorging. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken omdat iedere zorgverzekeraar eigen tarieven hanteert. Wij adviseren u om deze toekenningsverklaring te bewaren zolang hij geldig is en een kopie op te sturen naar de nieuwe zorgverzekeraar.
 13. Als u alleen zorg inkoopt bij informele zorgverleners en het aantal uren verpleging en verzorging per week hoger is dan 24 (met name bij complexe zorgvragen), dan kunnen wij, vanuit het oogpunt van kwaliteit van de zorg, de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een formele zorgverlener. Deze voorwaarde wordt besproken tijdens het bewust-keuzegesprek, waarbij maatwerk steeds het uitgangspunt is. In uitzonderingssituaties is het ook mogelijk dat de zorgverzekeraar bij minder dan 24 uur verpleging en verzorging per week de voorwaarde stelt dat een deel van de zorg wordt geleverd door een formele zorgverlener en/of dat de zorg tussentijds geëvalueerd wordt. Bij een zorgvraag van minder dan 24 uur verpleging en verzorging per week is er afstemming tussen de zorgverzekeraar, de verpleegkundige en de budgethouder om gemotiveerd van deze grens af te wijken.

Artikel 9. Herziening of intrekking

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

- a. U niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden;
- b. U voldoet aan een van de weigeringsgronden;
- c. U niet voldoet aan de in dit reglement gestelde verplichtingen;
- d. U recht heeft op zorg vanuit de Wet langdurige zorg;
- e. U om beëindiging van het Zvw-pgb verzoekt;
- f. U langer dan twee maanden verblijft in een instelling voor zorg die ten laste komt van de basisverzekering;
- g. Met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing hadden geleid;
- h. U de informatie die wij u vragen niet dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
- i. U niet meewerkt aan een dossieronderzoek;
- j. Er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen;
- k. U het reglement niet naleeft;
- l. U gedurende de looptijd van het Zvw-pgb een nieuwe (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst, dan wel voor het eerst met een (wettelijk) vertegenwoordiger gaat werken en u met deze vertegenwoordiger, naar ons oordeel, niet in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren. U dient elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond door te geven via het wijzigingsformulier Zvw-pgb, dat u kunt vinden op onze website;
- m. U zorg in natura afneemt bij zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier heeft aangegeven.
- n. De wijkverpleegkundige is niet meer aan zet als zij besluit dat haar expertise niet meer nodig is gezien de medische situatie van de verzekerde of als zij van mening is dat er met haar interventies geen verpleegdoel meer bij de verzekerde te behalen valt. Als de inzet van de verpleegkundige expertise niet meer nodig is, kan de (eventuele) overgebleven zorgbehoefte worden overgedragen aan het netwerk, of aan een ander domein. De geldende indicatie komt hiermee te vervallen.

Artikel 10. Beëindigen van het Zvw-pgb

10.1 Uw recht op Zvw-pgb eindigt automatisch met ingang van de dag waarop:

- a. U niet langer behoort tot de in artikel 2. bedoelde specifieke doelgroep;
- b. De zorg waaraan u behoefte heeft, kan worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet, zoals de Wet langdurige zorg of de Wet maatschappelijke ondersteuning;
- c. U failliet bent verklaard of de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr) op u van toepassing is verklaard;
- d. U blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres;
- e. Rechtens uw vrijheid is ontnomen;
- f. U met uw Zvw-pgb uitsluitend nog zorg inkoopt bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg;
- g. U om beëindiging van het Zvw-pgb verzoekt;
- h. De geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken;
- i. Uw zorgverzekering eindigt.

10.2 Wij kunnen uw recht op Zvw-pgb ook beëindigen:

- a. Met ingang van de dag waarop u niet langer in staat bent om op eigen kracht te voldoen aan de in artikel 3 genoemde toekenningsvoorwaarden en u ook geen hulp van een vertegenwoordiger heeft;
- b. Met ingang van de dag waarop uw vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toekenningsvoorwaarden):
 1. Niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is;
 2. Bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 3. Blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres;
 4. Zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen;
 5. Failliet is verklaard of op hem/haar de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr) van toepassing is verklaard;
 6. Anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het Pgb verbonden verplichtingen;
 7. Uw zorgverlener en niet ook uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is;
- c. Met ingang van de dag waarop u zich niet (meer) houdt aan de aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
- d. Met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat met het Zvw-pgb wordt of zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit en/of doelmatige zorg. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt. Onder doelmatige zorg wordt verstaan in hoeverre met het Zvw-pgb zal worden gewerkt aan de verbetering, het behoud of beperking van achteruitgang van uw gezondheid. Daarmee wordt getoetst of de wijze waarop u uw zorg wil inzetten, gezien uw zorgvraag, effectief is;
- e. Met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat de continuïteit van de te ontvangen zorg voldoende gewaarborgd is in situaties waarin uw zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins niet in staat zal zijn de benodigde zorg te verlenen;
- f. Met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing had geleid;
- g. Met ingang van de dag waarop alsnog een van de situaties zoals beschreven in artikel 4 aan de orde is.

Artikel 11. Terugvordering

Als u zich bij de besteding vanuit Zvw-pgb niet houdt aan de regels uit dit reglement, dan kunnen wij het aan u uitbetaalde Zvw-pgb geheel of gedeeltelijk terugvorderen.

Artikel 12. Begripsomschrijvingen

AGB-code: Een unieke code voor zorgpartijen (ondernemingen, vestigingen en zorgverleners) die inzicht geeft in de kenmerken en actuele gegevens van alle declarerende ondernemingen in de zorg en individuele zorgverleners.

Bewust-keuzegesprek: Een (telefonisch) gesprek dat eventueel door ons wordt georganiseerd. In een 'bewust-keuzegesprek' kunt u uw Zvw-pgb aanvraag toelichten en wij kunnen informeren wat de keuze voor een Zvw-pgb voor u betekent.

BINKZ: Branchevereniging Integrale Kindzorg.

Bloed- en aanverwanten: Familie in de 1e of 2e graad van de verzekerde.

Handelsregister: Het handelsregister is de basisregistratie waarin alle bedrijven en rechtspersonen ingeschreven staan; met het handelsregister wordt ook wel de inschrijving bij de Kamer van Koophandel (KvK) bedoeld.

Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg: Deze kwaliteitsnorm biedt handvatten (aan de indicatiesteller) om te bepalen of er een tolk moet worden ingezet, en zo ja, of dit een informele tolk kan zijn of dat een professionele tolk zou moeten worden ingeschakeld.

Normenkader: Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving.

SBI codering: Elk bedrijf dat zich inschrijft in het Handelsregister krijgt één of meerdere SBI codes. Deze code geeft aan wat de activiteit van een bedrijf is. Een formele zorgverlener heeft de SBI code 86, 87 of 88.

V&VN: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Dit is de beroepsvereniging voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten.

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.

Vertegenwoordiger: Een vertegenwoordiger is een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst uit uw familie (bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad) en die niet aan de definitie van de wettelijk vertegenwoordiger voldoet. Wij beoordelen of u met deze vertegenwoordiger in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren.

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand:

- 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;
- Die niet beschikt over een geldig woonadres;
- Wiens vrijheid is ontnomen;
- Op wie de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, of daartoe een verzoek bij de rechtbank is ingediend;
- 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
- Die anderszins onvoldoende waarborg zal bieden voor het nakomen van de voor de budgethouder aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen.

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

WSNP: Wet schuldsanering natuurlijke personen.

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

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