

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. H.A.J. Kroon, en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Zaaknummer: 202401556

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg

2) OMW CZ groep U.A. te Tilburg

hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 20 december 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 21 december 2024 heeft hij zijn verzoek aangevuld. Op 3 januari 2025 vond een telefonisch intakegesprek plaats waarvan de inhoud bij brief van dezelfde datum aan verzoeker is bevestigd. Bij brief van 3 januari 2025 zond verzoeker zijn reactie naar aanleiding van het intake gesprek aan de commissie. Op 3 januari 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 17 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op dezelfde datum aan verzoeker gestuurd. Bij brieven van 21 maart 2025 en 9 april 2025 richtte verzoeker zich tot de commissie. Afschriften van deze brieven zijn aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 april 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om deze reden ver onbesproken.
- 2.2. Verzoeker ontvangt van de ziektekostenverzekeraar sinds 2019 een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) ten laste van de zorgverzekering.

- 2.3. Bij brief van 8 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld een bedrag van € 21.332,70 terug te vorderen.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar diverse keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 11 juni 2024 en 26 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 21.332,70 niet van hem mocht terugvorderen.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe aangevoerd, in zijn brieven van 9 mei 2024 en 20 augustus 2024 dat het een onderwaardering is van de kwaliteiten van zijn professioneel geschoolde zorgverlener als zij alleen het informele tarief mag declareren.
In de brief van 19 maart 2024 van de ziektekostenverzekeraar is verzoeker niet geïnformeerd over een verplichting tot terugbetaling. Hij werd daarom onaangenaam verrast door de brief van 8 mei 2024 waarin de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 21.332,70 terugvordert. Verzoeker heeft niet de intentie gehad de ziektekostenverzekeraar of het zorgstelsel te benadelen. Hij is in 1996 door een arbeidsongeval arbeidsongeschikt geworden. Zijn echtgenote is sindsdien zijn zorgverlener. Zij heeft een eigen bedrijf en is al ruim 40 jaar bevoegd, bekwaam en gediplomeerd verzorgende IG. Haar bedrijf staat ingeschreven bij de Kamer van Koophandel en zij is in bezit van alle specifieke diploma's om zorg te verlenen. Tot eind 2023 zijn hier weinig of geen opmerkingen over gekomen van de ziektekostenverzekeraar. Iedere maand is er gedeclareerd op basis van het formele en informele tarief. Naast echtgenote is de zorgverlener van verzoeker ook zorgprofessional en zij dient daarvoor overeenkomstig te worden beloond. Een zorgprofessional wordt op deze manier fors onderbetaald. De zorg die verzoeker nodig heeft is niet planbaar en hiervoor kan hij geen andere zorgverlener krijgen.
- 3.3. In de brief van 20 december 2024 heeft verzoeker verklaard dat hij al jaren wordt verzorgd door zijn echtgenote en dat de ziektekostenverzekeraar hiervan op de hoogte was. Zijn echtgenote is niet alleen informele zorgverlener, maar zij voldoet ook aan de eisen van formele zorgverlener. Zij is in dienst van haar eigen bedrijf. In die hoedanigheid en in die rol wordt verzoeker door haar verzorgd. Dit is door verzoeker altijd doorgegeven en door de indicierend wijkverpleegkundige ook beschreven. De ziektekostenverzekeraar had dan ook moeten weten dat hij door zijn echtgenote werd verzorgd. Verzoeker heeft nooit teveel gedeclareerd en is ieder jaar binnen zijn budget gebleven. De ziektekostenverzekeraar kan niet na 5 jaar opeens gaan terugvorderen als eerdere jaren al zijn gecontroleerd. Verzoeker heeft in zijn brief van 21 december 2024 aanvullend verklaard dat de gehele terugvordering inmiddels is voldaan. Omdat hij vindt dat de ziektekostenverzekeraar onzorgvuldig is, is hij bereid om een bedrag van € 5.992,56 over 2023 te beschouwen als min of meer terecht aan de ziektekostenverzekeraar betaald. Het overige door hem ter zake van de terugvordering betaalde bedrag wil hij terugbetaald hebben.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoeker zijn standpunt herhaald en verklaard dat hij inmiddels het informele tarief declareert. In alle andere beroepsgroepen wordt een professional betaald naar de werkzaamheden die worden uitgevoerd. Ook als dit een partner betreft. Verzoeker heeft met zijn partner een overeenkomst over de te verlenen zorg. De ziektekostenverzekeraar is tekort geschoten door pas in 2024 te reageren. Dit hadden ze eerder moeten doen. De ziektekostenverzekeraar had verzoeker kunnen vragen wie de medewerker van de zorgverlener is. Dan had hij kunnen verklaren dat dit zijn partner betreft. In het reglement staat volgens de ziektekostenverzekeraar dat een partner nooit een formele verzorger kan zijn. Maar het is maar net hoe je deze bepaling leest. De partner van verzoeker voldoet aan alle voorwaarden van een formele zorgverlener. Van regels kan worden afgeweken. Verzoeker doet hiermee een verzoek om

coulance in zijn situatie. De aansprakelijkheid van het bedrijfsongeval is door de Hoge Raad vastgesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft mogelijk een verhaalsmogelijkheid bij de oude werkgever van verzoeker.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar stelt zich in zijn reactie aan de commissie van 17 maart 2025 op het standpunt dat het verschil tussen het formele en informele tarief terecht door hem is teruggevorderd. Hij verwijst ter onderbouwing naar zijn brieven van 19 maart 2024 aan verzoeker en zijn brief van 4 december 2024 in de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen. In de brief van 4 december 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoeker in de brief van 27 maart 2020 is gewezen op het volgende:

"Wij willen u er nog graag op wijzen dat in artikel 7.2 van het Reglement PGB is opgenomen dat een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad nooit een formele zorgverlener kan zijn, ongeacht de verdere bevoegdheden van deze zorgverlener. Hierbij dienen daarom de maximumtarieven van de informele zorgverleners te worden aangehouden."

Vanaf dat moment was verzoeker ervan op de hoogte, of had hij ervan op de hoogte moeten zijn, dat op de zorg die wordt verleend door zijn echtgenote het informele tarief van toepassing is. In zijn brief van 11 juni 2024 aan verzoeker schreef de ziektekostenverzekeraar dat hij op 26 oktober 2023 een aanvraag ontving tot verlenging van het PGB vv. Op basis van deze aanvraag heeft de ziektekostenverzekeraar op 27 oktober 2023 per abuis gegevens opgevraagd van de informele zorgverlener. Op 19 februari 2024 is om gegevens van de formele zorgverlener verzocht. Hierop heeft verzoeker de gegevens van zijn echtgenote toegestuurd. De ziektekostenverzekeraar concludeerde vervolgens dat de echtgenote van verzoeker de volledige zorg verleende. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker over zijn bevindingen geïnformeerd in de brief van 19 maart 2024 en heeft vervolgens een onderzoek ingesteld naar de eerder ingediende declaraties. Zijn vordering vanaf 2019 tot en met 27 maart 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar laten vervallen. De declaraties vanaf 27 maart 2020 zijn door hem opnieuw gecontroleerd en hieruit is gebleken dat verzoeker ten onrechte het formele tarief heeft gedeclareerd. Dit rechtvaardigt de terugvordering van het verschil tussen het vergoede formele tarief en het informele tarief.

- 4.2. In de akkoordverklaring van 28 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker erop gewezen dat de echtgenote optreedt als zijn zorgverlener, en dat hij daarom het informele tarief dient te declareren. In 2021 declareerde verzoeker ook enkel het informele tarief. In de aanvragen van 2022 en 2023 gaf verzoeker aan dat zijn echtgenote slechts 5 tot 10 minuten per dag zorg verleent en dat de overige zorg wordt geleverd door een gekwalificeerde verzorgende van Mieke Voetverzorging. Ook in het zorgplan staat dat deze verzorgende een groot deel van de zorg op zich neemt. Omdat verzoeker in 2021 enkel het informele tarief declareerde achtte de ziektekostenverzekeraar een nadere controle op dat moment niet noodzakelijk. Bij achteraf uitgevoerde controle bleek dat enkel het diploma van de echtgenote van verzoeker is overgelegd. Nu er, ondanks dat hij hiertoe in de brief van 19 maart 2024 in de gelegenheid is gesteld, geen diploma van een ingehuurde kracht is aangeleverd, gaat de ziektekostenverzekeraar ervan uit dat zijn echtgenote de volledige zorg heeft geleverd en dat het formele tarief niet gedeclareerd had mogen worden. De grondslag van de terugvordering is gelegen in artikel 11 van het reglement. Daarnaast beroept de ziektekostenverzekeraar zich op artikel 6:203 BW, welk artikel de algemene basis vormt voor het terugvorderen van onverschuldigde betalingen.
- 4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de wetgever ervoor heeft gekozen om de sociale context voor te laten gaan op diploma's en bekwaamheid. Dit is niet door de ziektekostenverzekeraar bedacht, maar staat in artikel 2.29a van de Regeling Zorgverzekering en de toelichting daarop. Dit is een keuze die door de overheid is gemaakt. Dit betekent ook dat het niet mogelijk is om in de situatie van verzoeker uit coulance een uitzondering te maken of anderszins een schikking te treffen. De ziektekostenverzekeraar had mogelijk de

puzzel kunnen leggen en bij de aanvraag kunnen zien dat de medewerkster van de zorgverlener en de partner van verzoeker dezelfde persoon is aan de hand van postcodegebruik. Het is echter de verantwoordelijkheid van de budgethouder om conform het reglement te declareren. De vraag of er een verhaalsmogelijkheid is bij de oude werkgever van verzoeker doet niet ter zake nu het hier gaat om het verschil tussen het declareren van het formele en informele tarief.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 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 verpleging en verzorging en in het bijzonder het PGB vv, alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en bepalingen uit het Reglement PGB van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld in artikel B.26 van de voorwaarden van de zorgverzekering en het reglement. Het PGB vv is een financieringsvorm die nader is uitgewerkt in het reglement. Verzoeker heeft aanspraak op verpleging en verzorging voor zover het gaat om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Verder moet sprake zijn van een geneeskundige context en dient de verzekerde op de zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs te zijn aangewezen. Tot slot kunnen partijen afspraken hebben gemaakt over de doelmatigheid. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker aanspraak heeft op Persoonlijke Verzorging. In dat kader ontvangt hij van de ziektekostenverzekeraar een PGB vv.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft het verschil tussen het in het kader van het PGB vv aan verzoeker vergoede formele tarief en het informele tarief teruggevorderd met terugwerkende kracht tot 27 maart 2020, zodat voor de beoordeling van de reglementen voor de jaren 2020 tot en met 2024 wordt uitgegaan. In artikel 7.2.3 van het reglement 2020 is bepaald dat bloedverwanten of een partner in de eerste of tweede graad of een partner (echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel) zijn aan te merken als informele zorgverleners. De reglementen van de daaropvolgende jaren kennen vergelijkbare bepalingen. Vanaf 2022 is aan artikel 7.2.3 toegevoegd dat genoemde personen in geen enkel geval worden aangemerkt als formele zorgverlener. Hierbij is door de ziektekostenverzekeraar geen uitzondering gemaakt voor echtgenoten/partners/levensgezellen die werken via een zorgaanbieder die formele zorg mag verlenen. Dit is in lijn met artikel 2.29a Regeling Zorgverzekering. De commissie oordeelt dat het artikel in het reglement niet op een andere manier is uit te leggen en concludeert dat de echtgenote van verzoeker daarom voor de aan hem verleende Persoonlijke Verzorging niet het formele tarief in rekening mocht brengen. Of zij de juiste diploma's en kwaliteiten heeft om als formele zorgverlener te kunnen worden aangemerkt is hierbij niet van belang. Verzoeker heeft, in zijn rol van budgethouder en verzekerde, in strijd met het bepaalde in artikel 7.2.3. van het reglement gehandeld door nota's op basis van het formele tarief te declareren, zodat het de zorgverzekeraar vrij stond het teveel uitgekeerde bedrag van hem terug te vorderen. Een en ander volgt uit artikel 11 van het reglement. Aangezien het meerdere zonder rechtsgrond werd betaald, is voor dat deel sprake van onverschuldigde betaling als bedoeld in artikel 6:203 BW.

- 6.4. Verzoeker heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar al geruime tijd ervan op de hoogte was dat zijn echtgenote de zorg verleende. Verzoeker stelt daarbij dat hij nooit teveel heeft gedeclareerd en altijd binnen het budget is gebleven. De ziektekostenverzekeraar heeft volgens hem nagelaten bij controles eerder actie te ondernemen. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar verzoeker in zijn brief van 20 maart 2020 erop heeft gewezen dat volgens het reglement een partner nooit een formele zorgverlener kan zijn, ongeacht de verdere bevoegdheden van deze zorgverlener, en dat daarom altijd de maximumtarieven van de informele zorgverleners dienen te worden aangehouden. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar in de akkoordverklaring van 28 december 2020 erop gewezen dat de echtgenote optreedt als zijn zorgverlener, en dat verzoeker daarom het informele tarief dient te declareren. In 2021 declareerde verzoeker dan ook het informele tarief. In de aanvragen van 2022 en 2023 gaf verzoeker aan dat zijn echtgenote slechts 5 tot 10 minuten per dag zorg verleent en dat de overige zorg wordt geleverd door een gekwalificeerde verzorgende van Mieke Voetverzorging. Ook in het zorgplan staat dat deze verzorgende een groot deel van de zorg op zich neemt. Hiermee heeft verzoeker de indruk gewekt dat de zorg werd verleend door een derde, die het formele tarief in rekening mocht brengen. Ook al had de ziektekostenverzekeraar mogelijk uit de aanvraag kunnen opmaken dat de zorgverlener en de partner dezelfde persoon zijn volgt de commissie de ziektekostenverzekering in zijn stelling dat het aan verzoeker als budgethouder is om volgens de regels van het reglement te declareren. Verzoeker verklaart zich bij ondertekening van iedere PGB vv aanvraag bekend met het reglement en heeft er bewust voor gekozen om in afwijking van de regels het formele tarief te declareren. De commissie heeft, gelet op de kwalificaties van zijn partner, begrip voor het standpunt van verzoeker, maar de onder 6.3. getrokken conclusie blijft in stand.
- 6.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar voorgesteld bij wijze van schikking enkel het verschil tussen het vergoede formele tarief en het informele tarief over 2023 terug te betalen of om in zijn individuele situatie een uitzondering te maken. De ziektekostenverzekeraar heeft dit voorstel afgewezen. De commissie overweegt dat het teveel betaalde vanaf 27 maart 2020 terecht werd teruggevorderd. Het schikkingsvoorstel is daarmee feitelijk een beroep op coulance van de ziektekostenverzekeraar. Het toepassen van coulance is een handelen uit welwillendheid, dus zonder dat het juridisch verplicht is. Het coulancebeleid is daarom aan de ziektekostenverzekeraar voorbehouden en de commissie kan niet in diens beslissing treden.

Slotsom

- 6.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 mei 2025,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

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 6

Artikel 203

1. Degene die een ander zonder rechtsgrond een goed heeft gegeven, is gerechtigd dit van de ontvanger als onverschuldigd betaald terug te vorderen.
2. Betreft de onverschuldigde betaling een geldsom, dan strekt de vordering tot teruggave van een gelijk bedrag.
3. Degene die zonder rechtsgrond een prestatie van andere aard heeft verricht, heeft eveneens jegens de ontvanger recht op ongedaanmaking daarvan.

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.

§ 1a. Het Zvw-pgb

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

§ 1.4a. Zvw-pgb

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 € 28,20 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.
5. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020, als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de zorgverlener niet is verleend;
 - b. deze niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
6. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het vijfde lid. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.
7. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021, door de zorgverlener niet is verleend in verband met:
 - 1°. een besmetting van de verzekerde of de zorgverlener met Covid-19,

- 2°. een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde of diens zorgverlener vanwege Covid-19, of
 - 3°. het niet kunnen verlenen overeenkomstig de maatregelen in verband met Covid-19 aan de budgethouder vanwege een beperking bij de budgethouder als bedoeld in artikel 6.6, tweede lid, onderdelen d en e, van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
8. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het zevende lid. In de registratie is opgenomen:
- a. ingeval van besmetting met Covid-19 van de verzekerde: een bewijsstuk waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting;
 - b. ingeval van een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de verzekerde en de zorgverlener overeengekomen afspraken, waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze quarantaine;
 - c. ingeval van besmetting met Covid-19 of noodzakelijke quarantaine van de zorgverlener in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de zorgverlener en de verzekerde overeengekomen afspraken waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting of noodzakelijke quarantaine;
 - d. ingeval van de in het tweede lid, onderdeel a, subonderdeel 3°, bedoelde situatie: een specificatie wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd.
9. De verzekerde stelt, op verzoek van de zorgverzekeraar, de registratie, bedoeld in het achtste lid, ter beschikking.
10. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering door de zorgverlener als gevolg van het ontvangen van een vaccinatie voor Covid-19, voor ten hoogste twee uur, niet is verleend;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
11. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het elfde lid. In de eigen administratie van budgethouder neemt budgethouder tevens een specificatie op van wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.

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.

Hoofdstuk 6a. Ondersteuning Zvw-pgb

Artikel 6a.1

De Sociale verzekeringsbank wordt aangewezen als de publiekrechtelijke rechtspersoon, bedoeld in artikel 13a, achtste lid, van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 6a.2

1. De ondersteuning, bedoeld in artikel 13a van de Zorgverzekeringswet bestaat uit:
- a. het namens de verzekerde die ten aanzien van zijn zorgverlener inhoudingsplichtige is, indienen van declaraties bij zijn zorgverzekeraar, ontvangen van de vergoedingen van zijn zorgverzekeraar, betalen van zijn zorgverleners met de ontvangen vergoedingen, voeren van een salarisadministratie en doen van aangiften en afdrachten;
 - b. de verzekerde bijstaan of doen bijstaan in zijn werkgeverstaken of opdrachtgeverschap waaronder ten aanzien van ziekte, ontslag, arbeidsomstandighedenregelgeving, zaakschade, aansprakelijkheid en rechtsbijstand.
2. De ondersteuning wordt kosteloos verstrekt.

Artikel 6a.3

1. De Sociale verzekeringsbank stelt voorwaarden aan het verkrijgen van de ondersteuning voor zover dit voor de uitvoerbaarheid van de ondersteuning redelijkerwijs van belang is.
2. De Sociale verzekeringsbank legt haar werkwijze vast en informeert verzekerden en zorgverzekeraars hierover.

Artikel 6a.4

1. De verzekerde verleent medewerking aan de Sociale verzekeringsbank voor zover dat van hem ten behoeve van de uitvoerbaarheid van de ondersteuning redelijkerwijs kan worden verwacht.
2. De verzekerde doet aan de Sociale verzekeringsbank op verzoek of onverwijld uit eigen beweging mededeling van gegevens waarvan hem redelijkerwijs duidelijk moet zijn dat zij noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van de ondersteuning.

Artikel 6a.5

De Sociale verzekeringsbank kan de ondersteuning geheel of gedeeltelijk weigeren, opschorten of beëindigen indien de verzekerde niet meer beschikt over een Zvw-pgb of indien niet of niet langer

wordt voldaan aan het gestelde bij of krachtens de artikelen 6a.3 en 6a.4.

Artikel 6a.6

1. De Minister verstrekt de Sociale verzekeringsbank jaarlijks een bijdrage voor de kosten van de ondersteuning.
2. De Sociale verzekeringsbank dient vóór 1 oktober een aanvraag, voorzien van een begroting met toelichting, tot verlening van een bijdrage voor het daaropvolgende jaar in bij de Minister.
3. Binnen 13 weken na ontvangst van de aanvraag besluit de Minister over het verlenen van de bijdrage en van voorschotten op de bijdrage.
4. De Minister kan de Sociale verzekeringsbank bij de verlening van de bijdrage verplichtingen opleggen met betrekking tot de uitvoering van de ondersteuning of het verkrijgen van de bijdrage.
5. Na afloop van het jaar waarvoor de bijdrage is verstrekt, dient de Sociale verzekeringbank vóór 1 juli een aanvraag, voorzien van een financieel verslag met toelichting, tot vaststelling van de bijdrage in bij de Minister.
6. Binnen 13 weken na ontvangst van de aanvraag besluit de Minister over het vaststellen van de bijdrage.

indicatie aanvragen bij uw wijkverpleegkundige en vervolgens een nieuwe 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.

6.5 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.

6.6 Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld. Indien u een budget voor verpleging én verzorging heeft, dan zien wij dit als aparte budgetten.

6.7 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 hebt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel uitgekeerde terug te betalen.

Bij een tussentijdse herindicatie wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd 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 hebt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel terug te betalen.

6.8 De toekenning, beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.

6.9 Heeft u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al door ons gecontracteerde zorg (Zorg in Natura) of heeft u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg 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 akkoordverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.

Artikel 7: Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

7.1.1 U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw akkoordverklaring staat vermeld.

7.1.2 Voor het indienen van uw declaraties dient u gebruik te maken van het declaratieformulier formele zorgverlener of het declaratieformulier informele zorgverlener. U kunt deze vinden op onze website. U kunt het declaratieformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Voor formele zorgverleners en voor informele zorgverleners bestaat een apart declaratieformulier.

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 archiveert u in uw dossier. Het toesturen van het pgb-declaratieformulier is voldoende. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, Zvw-pgb aanvraag en akkoordverklaring mag gedeclareerd worden.

7.1.3 Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Door inzending van de declaratieformulieren geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze declaraties en de geleverde uren zorg.

7.1.4 Declareren van een vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten (afgerond op eenheden van 5 minuten) mag worden gedeclareerd.

7.1.5 Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is bij ons te declareren. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.

7.1.6 Indicatiestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in artikel 2.1 beschreven, casemanagement en verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg worden niet vergoed uit van het Zvw-pgb. Deze zorg zal afhankelijk van uw polis als Zorg in Natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed vanuit de reguliere wijkverpleging.

7.2 Hoogte en omvang declaratie

7.2.1 Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

Soort zorg	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	€ 38,28	€3,19
Verpleging	€ 56,64	€4,72

7.2.2 Voor informele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

Soort zorg	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	€ 24,48	€2,04
Verpleging	€ 24,48	€2,04

7.2.3 Onder formele zorgverleners vallen zorgverleners die beschikken over:

a. Een AGB-code uit één van de volgende categorieën:

- 41 ZZP'ers in de wijkverpleging / Zvw-pgb aanbieders / beheerstichtingen
- 42 verzorgingshuizen
- 75 thuiszorginstellingen
- 91 verpleegkundigen
- 98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars; en

b. die zelfstandig of namens de 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.

Uw ouder, verzorger, bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad of uw partner (echtgenoot, geregistreerde partner of andere 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 EVR gesignaleerde aanbieders of waarbij een ernstig vermoeden van fraude is, worden uitgesloten van een vergoeding vanuit het Zvw-pgb.

- 7.2.4 Onder informele zorgverleners vallen in ieder geval zorgverleners die:
- ouders, verzorgers, partner (echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel), bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad zijn van u/ budgethouder (deze personen kunnen in geen enkel geval aangemerkt worden als formele zorgverlener voor u/budgethouder) en/of;
 - zorghulp of helpende tot opleidingsniveau 3 zijn en/of;
 - niet zijn 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;
 - geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als een zorgverlenende organisatie in het Handelsregister.

Deze zorgverleners komen nooit in aanmerking voor het formele tarief.

7.2.5 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

7.3.1 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.

7.3.2 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 hebt gecontracteerd en in lijn is met uw indicatiestelling. 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.

7.3.3 Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.

7.3.4 Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het budget verpleging en/of het maximum budget verzorging wordt overschreden wordt niet door ons vergoed.

7.3.5 Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de algemene verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg.

7.3.6 Als u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgverlener(s) inhuren, dan moet u dit schriftelijk vooraf bij ons melden. Na onze schriftelijke toestemming, mag u de nota's van buitenlandse zorgverlener(s) declareren.

Artikel 8: Verplichtingen

8.1 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 van verzekerde;
- NAW-gegevens van de zorgverlener;
- relatie tussen verzekerde en de zorgverlener;
- looptijd van de overeenkomst;

10.2 De zorgverzekeraar kan 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 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 Zvw-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 één van de situaties zoals beschreven in artikel 4 aan de orde is.

Artikel 11: Terugvordering

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