

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), fraude, terugvordering
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018 en 2019, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en 2.15a t/m
2.15c Bzv, 2.29a t/m 2.29c Rzv, art. 7:941 BW
Zaaknummer : 202100147
Zittingsdatum : 20 april 2022

1. Partijen

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

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 27 oktober 2021 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoekster heeft hieraan voldaan; op 15 november 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 2 februari 2022 zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 3 februari 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 20 april 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2018 en 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Rotterdampakket. De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij brief van 9 juli 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat aan haar een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) wordt toegekend op basis van 14 uren persoonlijke verzorging per week voor de periode van 1 mei 2018 tot en met 14 april 2019.
- 3.3. Bij brief van 15 augustus 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat aan haar een PGB vv wordt toegekend op basis van 14 uren en 45 minuten persoonlijke verzorging per week voor de periode van 15 april 2019 tot en met 31 maart 2020.
- 3.4. Ten behoeve van verzoekster is bij de ziektekostenverzekeraar een verleningsaanvraag ingediend voor een PGB vv, met als ingangsdatum 1 april 2020. Bij brief van 1 mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster verzocht om aanvullende informatie. De inhoud van deze brief luidt, voor zover hier van belang:

"(...) Missende gegevens

Graag ontvangen wij nog een onderbouwing van uw arts omtrent uw medische situatie. Hieruit moet blijken welke aandoeningen ten grondslag liggen aan uw zorgvraag en welke beperkingen u hieruit ervaart. Zoals afgesproken stuurt u ons alsnog uw medisch dossier. Graag ontvangen wij een antwoord van uw huisarts op de volgende vragen, ondertekend met stempel en BIGnummer van de arts:

- Wanneer en door wie is de diagnose; lekkend hersenvocht bij mevr. gesteld?
- Sinds wanneer is deze diagnose bij u bekend?
- Welke behandelmethoden zijn er tot nu toe toegepast om bovenstaande klachten te verminderen?
- Welk effect hebben deze behandelingen gehad op de klachten van mevr.?
- Welke behandelingen zouden er nog mogelijk zijn om de klachten van mevr. te verminderen en wat is de reden dat deze behandelingen nog niet toegepast zijn?
- Zijn er nog overige klachten bij u bekend die mevr. beperken in haar ADL en zo ja, welke? (...)"

- 3.5. Op 13 mei 2020 heeft de huisarts een brief aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De inhoud hiervan luidt, voor zover hier van belang:

(...) Ik vind het zeer ongebruikelijk dat u mij via patiënte op deze manier vragen stelt. Ik kan daarbij niet vaststellen of dit door een arts gebeurt of niet. Ik ben van mening dat deze correspondentie direct dient te verlopen en niet via een patiënt.

Patiënte is vanaf 1996 al bekend met liquorroe, waarvoor misschien een operatie mogelijk zou zijn, maar dermate riskant is, dat deze vooralsnog niet is uitgevoerd. Verder stuur ik u ter ondersteuning van hetgeen door haar verzorging al bij u gemeld is enkele journaalregels die daarbij van belang zijn. De mate van hulp die mensen nodig hebben kan ik niet goed beoordelen. (...)"

- 3.6. Bij brief van 15 augustus 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij een onderzoek heeft ingesteld naar de rechtmatigheid van het aan verzoekster verstrekte PGB vv in de jaren 2018 en 2019. Verder licht de ziektekostenverzekeraar hierin toe waarom hij van oordeel is dat verzoekster onrechtmatig heeft gehandeld en stelt hij haar in de gelegenheid op zijn bevindingen te reageren.
- 3.7. Bij brief van 16 augustus 2020 heeft verzoekster op de bevindingen van de ziektekostenverzekeraar gereageerd.
- 3.8. Bij brief van 22 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar de uitkomst van het rechtmatigheidsonderzoek aan verzoekster meegedeeld. De ziektekostenverzekeraar concludeert dat verzoekster onrechtmatig heeft gehandeld en heeft aan haar de volgende maatregelen opgelegd: (i) een officiële waarschuwing, (ii) opname van de gegevens van verzoekster in het interne incidentenregister voor een periode van 8 jaren, (iii) terugvordering van het PGB vv voor de jaren 2018 en 2019 voor een bedrag van € 56.531,71.
- 3.9. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar verschillende keren om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Uit het dossier blijkt niet dat de ziektekostenverzekeraar hierop schriftelijk heeft gereageerd.

- 3.10. Bij brief van 18 november 2020 heeft de indicierend wijkverpleegkundige over verzoekster verklaard:
 (...) Ondergetekende verklaart in de indicatiestelling PGB zvw / 2018 van [verzoekster, adres, geboortedatum] per abuis onjuiste informatie te hebben opgenomen over het uitlaten van een hond. Mevrouw had destijds geen hond en heeft nooit een hond gehad.
 Mevrouw is überhaupt niet in staat om een hond uit te laten vanwege haar aandoening "Liquoerro" (lekkend hersenvocht). Deze aandoening is na medisch onderzoek niet herstelbaar gebleken en leidt sinds langere tijd tot ingrijpende beperkingen voor haar ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen) en haar fysieke instabiliteit en mobiliteit in en om het huis (...)"
- 3.11. Bij brief van 14 maart 2021 heeft de huisarts over verzoekster verklaard, voor zover hier van belang:
 "(...) Het staat vast dat bij [verzoekster] sprake is van verlies van hersenvocht. Dit is herhaaldelijk vastgesteld door verschillende specialisten. Er is haar de mogelijkheid geboden om daarvoor een chirurgische behandeling te ondergaan, maar zij is daar niet op ingegaan. In de aanvraag voor een indicatiestelling door [indicierend wijkverpleegkundige] staat vermeld dat zij de risico's te groot vindt. Ik kan me niet herinneren dat ik tegen de arts van VGZ iets gezegd zou hebben dat niet strookt met mijn schriftelijke antwoord op hun verzoek om informatie. Ik kan mij wel herinneren dat ik ze heb verteld dat ik dit soort aanvragen om informatie liever niet via de patiënt ontvang. (...)"

4. Het geschil

- 4.1. Verzoekster heeft - na wijziging van haar verzoek - aan de commissie verzocht te beslissen dat zij niet onrechtmatig heeft gehandeld jegens de ziektekostenverzekeraar en dat de door hem op 22 oktober 2020 opgelegde maatregelen niet terecht zijn.

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 10 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

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

Standpunt verzoekster

- 6.2. De ziektekostenverzekeraar stelt zich op het standpunt dat verzoekster vanaf 2018 niet aan de voorwaarden voldeed om in aanmerking te komen voor een PGB vv. In de brief van 22 oktober 2020 geeft de ziektekostenverzekeraar te kennen dat er geen indicatie voor persoonlijke verzorging bestaat. Deze conclusie is gebaseerd op twee punten, te weten de verklaring van de huisarts en de vermelding van een hond in de aanvraag.
 De ziektekostenverzekeraar meent dat de huisarts heeft verklaard dat bij verzoekster sprake is van liquorro, maar dat dit niet zodanig ernstig is dat een operatie noodzakelijk is. Dit doet niets af aan het feit dat verzoekster hiermee bekend is en dat deze aandoening klachten en beperkingen veroorzaakt. Daarnaast dient te worden gerealiseerd dat verzoekster niet uitsluitend bekend is met liquorro, maar ook met migraine aanvallen, artrose, diabetes type 2, orthopedische

problemen aan knieën en armen, longfunctieproblemen, een pijnlijke schouder en rugklachten. Deze klachten verklaren mede de gestelde indicatie voor persoonlijke verzorging.

Ten aanzien van de hond wijst verzoekster erop dat zij deze nooit heeft gehad en dat dit per abuis in het zorgplan is vermeld door de verpleegkundige. Dit laatste is schriftelijk door haar bevestigd, waarbij tevens is opgemerkt dat verzoekster, gelet op haar beperkingen, niet eens in staat is een hond uit te laten.

De ziektekostenverzekeraar stelt zich verder op het standpunt dat verzoekster onrechtmatig heeft gehandeld door willens en wetens incorrecte aanvragen en onderbouwingen in te dienen, teneinde wederrechtelijk voordeel te behalen. De ziektekostenverzekeraar lijkt dit standpunt te baseren op het telefoongesprek dat op 13 oktober 2020 met verzoekster is gevoerd. Verzoekster wijst erop dat niet meer is vast te stellen hoe en op welke toon dit gesprek is verlopen en wat er toen precies is gezegd. Van het gesprek is namelijk geen transcriptie gemaakt. Verzoekster wenst echter wel in te gaan op een aantal aannames en verwijten die de ziektekostenverzekeraar ten onrechte maakt. Zo heeft zij nooit gezegd dat zij zelfredzaam is. Verzoekster wordt op dit moment op vrijwillige basis geholpen door de verpleegkundige en haar familie. Dit betekent echter niet dat geen reden bestaat een PGB vv toe te kennen. Het verlenen van zorg is immers intensief en vraagt veel van de zorgverleners. Verder lijkt de ziektekostenverzekeraar verzoekster te verwijten dat niet is gesproken over liquorroze, maar dat is omdat hiernaar niet is gevraagd. Verzoekster betwist voorts dat zij heeft gezegd dat ze zelfstandig naar het toilet kan gaan. Dit gaat namelijk uiterst moeizaam en zij is al een aantal keren gevallen. Het is dan ook duidelijk dat verzoekster hierbij ondersteuning nodig heeft. De ziektekostenverzekeraar lijkt verder te vallen over de verklaring van verzoekster dat zij haar maaltijden krijgt aangereikt. Volgens verzoekster is dit gebruikelijk als iemand wordt verzorgd, maar geldt bovendien dat hiervoor geen indicatie is gesteld of zorgkosten zijn gedeclareerd. Dit laatste volgt uit het zorgplan en de aanvraag. Overigens maakt de ziektekostenverzekeraar verzoekster het verwijt dat zij in het gesprek heeft vermeld gebruik te maken van een wandelstok, terwijl in de aanvraag is vermeld dat zij een rollator gebruikt. Verzoekster heeft reeds in haar herzieningsverzoek van 25 oktober 2020 uitgelegd dat zij gebruik maakt van een rollator, wandelstok en een vierpoot. Daarbij is in de aanvraag vermeld dat de wandelstok één van de hulpmiddelen is die zij gebruikt. Verder verwijt de ziektekostenverzekeraar verzoekster dat zij haar administratie niet heeft bewaard. Volgens verzoekster is het gebruikelijk dat de zorgverlener de zorgmap meeneemt als de zorg is beëindigd. Het neemt niet weg dat verzoekster deze kan opvragen als dit nodig is.

Gelet op het voorgaande stelt verzoekster dat, op grond van de medische informatie van de huisarts, longarts en verpleegkundige, de verpleegkundige interventies wel degelijk verklaarbaar zijn. Het tegendeel is door de ziektekostenverzekeraar niet aannemelijk gemaakt. Hij baseert zijn oordeel slechts op verwijten en aannames. Evenmin is sprake van het willens en wetens indienen van onjuiste aanvragen of onderbouwingen hiervan, zodat de door de ziektekostenverzekeraar opgelegde maatregelen onterecht zijn.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat in het zorgplan een scala aan klachten en zorgvragen is vermeld, zoals hulp bij het wisselen van incontinentiemateriaal, medicatiebeheer, hulp bij het haren kammen, nagels knippen en tanden poetsen. Verzoekster zou voorts nagenoeg bedlegerig zijn in verband met liquorroze. Zij laat echter wel zelf de hond uit. Dat is in tegenspraak met elkaar. In hoeverre verzoekster cognitief is aangedaan, is niet bekend en volgt ook niet uit de verklaring van de huisarts. Er bestaat aldus een grote discrepantie tussen de objectieve informatie die de ziektekostenverzekeraar van de huisarts heeft ontvangen en de geïndiceerde verpleegkundige interventies. Deze zijn volgens de ziektekostenverzekeraar niet navolgbaar en niet verklaarbaar op basis van de objectieve medische informatie. Op 13 oktober 2020 heeft een telefoongesprek plaatsgevonden met verzoekster. Tijdens dit gesprek heeft verzoekster verklaard dat zij de ingediende aanvragen ongelezen heeft ondertekend, omdat zij ervan uit is gegaan dat die goed waren. Daarnaast heeft zij verklaard dat zij al maanden geen zorg meer krijgt en dat zij zich wel enigszins redt. Als dit anders was geweest, had zij haar zorg op een andere manier geregeld. Verder heeft verzoekster niets gezegd over liquorroze, terwijl dit de voornaamste reden was een PGB vv aan vragen. Zij heeft ook verteld dat zij zelfstandig haar puffers kan gebruiken en dat zij zelfstandig naar het toilet kan gaan.

Ook heeft zij gezegd dat haar ontbijt wordt klaargemaakt en aangereikt en dat eten wordt gebracht. Deze zorg kan echter niet ten laste worden gebracht van het PGB vv. Verder is het vreemd dat de zorgverlener niet wist of verzoekster al dan niet gebruikt maakt van een rollator. Ten slotte is het alarmerend dat de zorgverlener die de administratie van verzoekster beheerde deze heeft meegenomen. Daarbij heeft verzoekster eerder verklaard dat zij de administratie zelf beheert, met behulp van haar zoon. Verzoekster is gehouden de administratie voor een periode van 5 jaren te bewaren.

Gelet op het voorgaande handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn beslissing als verwoord in de brief van 22 oktober 2020.

Overwegingen

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoekster een PGB vv verstrekt voor de periode van 1 mei 2018 tot en met 31 maart 2020. Verzoekster wenste ook na laatstgenoemde datum in aanmerking te komen voor een PGB vv en heeft hiertoe een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. In het kader van de beoordeling van deze aanvraag heeft de ziektekostenverzekeraar informatie opgevraagd bij de huisarts van verzoekster. Op basis hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar besloten een rechtmatigheidsonderzoek te starten met als doel te beoordelen of het PGB vv in de voorafgaande periode terecht aan verzoekster is verstrekt. Uit de brief van 22 oktober 2020 volgt dat de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie is gekomen dat het PGB vv onterecht aan verzoekster is verstrekt en dat de in dit verband ingediende declaraties onrechtmatig zijn. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster willens en wetens incorrecte aanvragen en onderbouwingen ingediend, teneinde een wederrechtelijk oordeel te behalen. In deze situatie moet worden getoetst aan artikel 7:941 BW.
- 6.5. In artikel 7:941, vijfde lid, BW is bepaald dat het recht op uitkering vervalt als de verzekeringnemer een verplichting, voor zover thans van belang, in het kader van de zorgverzekering, als bedoeld in art. 7:941, tweede lid, BW (betreffende - kort gezegd - de informatieverplichting van de verzekeringnemer aan de verzekeraar teneinde deze in staat te stellen om de uitkeringsplicht te beoordelen) niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voor zover deze misleiding het verval niet rechtvaardigt.
- 6.6. Als het recht op uitkering vervalt, kan dit verstreckende gevolgen hebben voor betrokkene. Dit geldt ook voor de andere denkbare sancties in geval van verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in het interne incidentenregister, opname van de gebeurtenis in het EVR, beëindiging van de betreffende verzekering en/of eventuele andere verzekeringen, alsmede verhaal van de onderzoekskosten. Daarom moeten hoge eisen worden gesteld aan de gronden die leiden tot de conclusie dat sprake is van het opzet tot misleiding.
- 6.7. Het is aan de verzekeraar concrete feiten en omstandigheden te stellen waaruit het bestaan van het in artikel 7:941, vijfde lid, BW bedoelde opzet blijkt. In dit verband is het volgende van belang.
- 6.8. Uit de verklaringen van de ziektekostenverzekeraar blijkt - kort gezegd - dat het opzet om hem te misleiden volgt uit (i) de discrepantie tussen de medische informatie die naar voren komt uit de verklaring van de huisarts van 13 mei 2020 en de gestelde indicaties in 2018 en 2019, (ii) het feit dat in één van de indicaties is vermeld dat verzoekster een hond heeft en deze uitlaat, en (iii) de verklaringen van verzoekster tijdens het telefoongesprek op 13 mei 2020. Over elk van deze onderdelen overweegt de commissie als volgt.

Ad (i)

- 6.9. Ten aanzien van het eerste onderdeel overweegt de commissie dat uit aanvragen die in 2018 en 2019 zijn opgesteld niet blijkt dat hierin medische diagnoses zijn vermeld, die niet van toepassing zijn op verzoekster. De desbetreffende diagnoses worden immers ook genoemd in het medisch journaal dat de huisarts op 13 mei 2020 heeft overgelegd of deze volgen uit de verklaringen van

de medisch specialisten die zijn aangeleverd. De commissie ziet hierin dan ook geen aanleiding om aan te nemen dat in de aanvragen onjuiste medische informatie is vermeld, laat staan dat deze informatie is opgenomen met als doel de ziektekostenverzekeraar te misleiden.

- 6.10. Voor zover bij de ziektekostenverzekeraar onduidelijkheid bestond over de medische diagnoses enerzijds en de hierop gebaseerde en geïndiceerde verpleegkundige interventies anderzijds, geldt dat het op de weg van de ziektekostenverzekeraar had gelegen reeds ten tijde van de beoordeling van de onderhavige aanvragen hierover contact op te nemen met de indicierend verpleegkundige. Deze had vervolgens vragen kunnen beantwoorden en eventuele onduidelijkheden kunnen wegnemen. De ziektekostenverzekeraar heeft niet aannemelijk gemaakt dat dit contact heeft plaatsgevonden. Overigens staat vast dat de ziektekostenverzekeraar beide aanvragen indertijd heeft goedgekeurd. Een en ander kan dan ook niet leiden tot een ander oordeel.

Ad (ii)

- 6.11. Ten aanzien van het tweede onderdeel geldt dat door verzoekster onweersproken is gesteld dat zij nooit een hond heeft gehad, laat staan dat zij deze zelfstandig uitliet. Dit wordt onderschreven door de indicierend verpleegkundige in haar brief van 18 november 2020. Deze informatie is dus ten onrechte in het zorgplan vermeld. De door de ziektekostenverzekeraar gesignaleerde tegenstrijdigheid - verzoekster zou nagenoeg bedlegerig zijn in verband met liquorroe, maar wel in staat zijn zelf de hond uit te laten - staat hiermee echter niet vast. Dit betekent dat hieruit evenmin kan worden geconcludeerd dat sprake is geweest van het opzet de ziektekostenverzekeraar te misleiden en hierdoor wederrechtelijk voordeel te behalen.

Ad (iii)

- 6.12. Ten aanzien van het derde onderdeel overweegt de commissie dat partijen duidelijk van mening verschillen over hetgeen tijdens het telefoongesprek op 13 oktober 2020 is besproken. Aangezien de ziektekostenverzekeraar zich op dit gesprek beroept en hieraan bepaalde consequenties verbindt, is het aan hem om voldoende te stellen omtrent de inhoud daarvan en dit, bij betwisting daarvan, ook te bewijzen (artikel 150 Rv). In dit verband overweegt de commissie dat de ziektekostenverzekeraar weliswaar heeft gesteld dat verzoekster een voor haar bezwarende verklaring heeft afgelegd, maar dit wordt door verzoekster ontkend. De ziektekostenverzekeraar heeft geen bewijsstukken overgelegd waaruit de inhoud van het gevoerde gesprek zou kunnen worden opgemaakt. Zo is gesteld noch gebleken dat het gesprek is opgenomen. Evenmin is gesteld noch gebleken dat een verslag van het gesprek is gemaakt en dat dit aan verzoekster is toegezonden met de mogelijkheid hierop te reageren. Dit laatste had, zo meent de commissie, wel op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen, temeer nu het bewuste gesprek kennelijk heeft plaatsgevonden in het kader van het rechtmatigheidsonderzoek en de getroffen maatregelen op de uitkomsten van dit onderzoek (en dus ook het gesprek) zijn gebaseerd.
- 6.13. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte heeft geconcludeerd dat verzoekster onrechtmatig heeft gehandeld en fraude heeft gepleegd. Dit betekent dat de door hem opgelegde maatregelen als vermeld in de brief van 22 oktober 2020 met terugwerkende kracht ongedaan moeten worden gemaakt.
- 6.14. Voor de volledigheid merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar in het verweerschrift van 2 februari 2022 enkele bepalingen uit het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' heeft vermeld. Uit de brief van de ziektekostenverzekeraar van 22 oktober 2020 blijkt echter niet dat deze bepalingen ten grondslag liggen aan de maatregelen die hij aan verzoekster heeft opgelegd, zodat de commissie hieraan voorbij gaat.
- 6.15. Aangezien verzoekster in het gelijk wordt gesteld, beslist de commissie dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster dient te voldoen.

6.16. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) verzoekster niet onrechtmatig heeft gehandeld en dat de ziektekostenverzekeraar de op 22 oktober 2020 aan verzoekster opgelegde maatregelen met terugwerkende kracht ongedaan dient te maken;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 28 april 2022

H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Waarborg uitkering bij terrorisemeschade

Om te kunnen waarborgen dat u een uitkering krijgt bij terrorisemeschade, hebben (bijna alle) verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorisemeschaden (NHT) opgericht. Ook wij zijn hierbij aangesloten. De NHT heeft een regeling opgesteld waardoor u in ieder geval (een deel van) uw schade vergoed kunt krijgen.

De NHT heeft een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische daad. Het maximum, van 1 miljard euro per jaar, geldt voor alle verzekerden samen. Is de totale schade hoger, dan krijgt elke verzekerde met schade een gelijk percentage van het maximumbedrag uitgekeerd. De NHT heeft de regels voor het zorgvuldig afwikkelen van schadeclaims opgenomen in het Protocol afwikkeling claims.

In de praktijk kan dit dus betekenen dat u minder krijgt uitgekeerd dan de werkelijke waarde van de schade. Maar het betekent ook dat u ervan bent verzekerd dat u in ieder geval (een deel van de) schade krijgt vergoed.

Artikel 2. Algemene bepalingen

2.1. Grondslag en inhoud van de zorgverzekering

De verzekeringsovereenkomst is gesloten op grond van de gegevens die u op het aanvraagformulier heeft aangegeven of die u ons schriftelijk heeft doorgegeven. Na het sluiten van de zorgverzekering, ontvangt u van ons zo snel mogelijk een zorgpolis. Vervolgens ontvangt u voorafgaand aan ieder kalenderjaar een nieuwe zorgpolis.

Deze verzekeringsvoorwaarden maken deel uit van de zorgpolis. Op het polisblad worden 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:

- Bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering
- Clausuleblad terrorismedekking
- Landelijk Indicatie Protocol Kraamzorg (LIP)
- Lijst maximale vergoedingen niet-gecontracteerde zorgverleners
- Lijst Therapieën GGZ
- Limitatieve lijst van vooraf aan te vragen diagnose-behandelcombinaties (dbc's) van Zorgverzekeraars Nederland
- Overzicht gecontracteerde zorgaanbieders
- Premiebijlage
- Regeling zorgverzekering
- Reglement farmaceutische zorg
- Reglement hulpmiddelen
- Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging
- Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard
- Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera
- Zorgstandaard Obesitas.

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

2.4. Fraude

Fraude (geheel of gedeeltelijk) heeft tot gevolg dat geen uitkering zal plaatsvinden en/of al gemaakte kosten moeten worden terugbetaald. Als u fraude pleegt, dan vervalt uw recht op (vergoeding van de kosten van) zorg. Wij vorderen uitgekeerde vergoedingen bij u terug. U bent ook verplicht de kosten die voortvloeien uit het onderzoek naar fraude 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) opnemen:

- In ons Incidentenregister
- Bij het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude van het Verbond van Verzekeraars
- In het externe verwijzingsregister 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.

2.5. Bescherming van uw persoonsgegevens

Bij het uitvoeren van uw verzekeringen verwerken wij uw persoonsgegevens. Wij doen dit in overeenstemming met de wet- en regelgeving, zoals de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). In de privacyverklaring op onze website leest u hier meer over. Ook leest u in de privacyverklaring welke rechten u heeft. Als u vragen heeft over de omgang met uw persoonsgegevens, dan kunt u deze richten aan de functionaris voor de gegevensbescherming. Kijk voor meer informatie op de pagina over privacy op onze website.

Geheimhouding van uw adres

Voor de uitvoering van uw verzekeringen mogen wij uw adres delen met bijvoorbeeld zorgaanbieders. Als u uw adres geheim wilt houden, dan kunt u dit aan ons melden. Wij geven uw adres dan niet door.

2.6. Mededelingen

Mededelingen gericht aan het laatst bij ons bekende adres, worden geacht u te hebben bereikt. Als u alle mededelingen van ons langs elektronische weg wilt ontvangen, dan kunt u dit aangeven in de Mijn-omgeving.

2.7. Lidmaatschap van de Coöperatie VGZ

Bij de totstandkoming van deze zorgverzekering wordt u als verzekeringnemer ook lid van de Coöperatie VGZ U.A., tenzij u schriftelijk aangeeft daar geen prijs op te stellen. De Coöperatie behartigt het belang van haar leden op het terrein van de (zorg)verzekering. U kunt het lidmaatschap op elk gewenst moment opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van één maand. Het lidmaatschap eindigt in ieder geval op het moment dat de verzekeringsovereenkomst eindigt.

2.8. Bedenkperiode

Bij het aangaan van de zorgverzekering heeft u als verzekeringnemer een bedenktijd van 14 dagen. U kunt de verzekering schriftelijk opzeggen binnen 14 dagen na het sluiten van de overeenkomst. Hierdoor wordt de verzekeringsovereenkomst geacht niet te zijn afgesloten.

2.9. Voorrangsbepaling

Voor zover het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde van invloed is of moet zijn op de zorgverzekering, geldt dit als in deze verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Is het bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek of de Zorgverzekeringswet bepaalde strijdig met de bepalingen van deze overeenkomst? Dan gaat hetgeen is bepaald in de Zorgverzekeringswet voor en daarna hetgeen is bepaald bij of volgens titel 7.17 van het Burgerlijk Wetboek en daarna het bepaalde in deze zorgverzekering.

2.10. Nederlands recht

Op de zorgverzekering is het Nederlands recht van toepassing.

Artikel 3. Premie

3.1. Premiegrondslag en premiekortingen

De premiegrondslag is de premie zonder premiekorting voor een vrijwillig eigen risico en/of een korting die in een collectieve overeenkomst is overeengekomen. De premiegrondslag en de premiekorting voor het vrijwillig eigen risico vindt u op de jaarlijks aan te passen premiebijlage. U vindt de premiebijlage op onze website.

De premiegrondslag en premiekortingen die voor u gelden, vindt u op uw polisblad.

Gaat u voor gecontracteerde multidisciplinaire zorg zoals omschreven in punt 3.2 naar een zorggroep die niet door ons is gecontracteerd, dan bestaat geen recht op vergoeding.

Maakt u geen gebruik van multidisciplinaire zorg of kunt u in uw regio geen gebruikmaken van deze zorg? Dan heeft u recht op zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (punt 1 en 2) en diëtetiek (artikel 29).

Gaat u voor huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg zoals omschreven in punt 1, 2 of 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven.

Gaat u naar een zorgaanbieder anders dan de huisarts of zorggroep waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Dit geldt ook voor onderzoek dat de huisarts voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek). Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 12. Gecombineerde leefstijlinterventie

Dit krijgt u vergoed

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u recht op een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Een GLI is een erkend programma over gezonde voeding, eetgewoontes en meer bewegen om een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden. U kunt voor een erkend programma in aanmerking komen vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de Zorgstandaard Obesitas. Op onze website vindt u de erkende programma's. Een programma duurt 24 aaneengesloten maanden. U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

1. Bij een leefstijlcoach die is in ingeschreven in het register van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)
2. Bij een fysiotherapeut, oefentherapeut, diëtist of ergotherapeut die zijn geregistreerd als leefstijlcoach

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts.

Artikel 13. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid en het cliëntsysteem en casemanagement. U kunt recht hebben op professionele zorgopvolging als u gebruik heeft gemaakt van een noodoproep via een personenalarmering (bijvoorbeeld als u thuis bent gevallen).

Onder deze zorg valt ook verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kindzorghuis. Intensieve kindzorg (IKZ) is zorg aan kinderen tot 18 jaar waarbij sprake is van behoefte aan zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden in verband met geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Ook is bij deze kinderen sprake van een behoefte aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid.

U heeft alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en/of verzorging heeft en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5 of verpleegkundig specialist. Deze stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig heeft in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

De indicatie voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt gesteld door een kinderverpleegkundige, niveau 5 of verpleegkundig specialist. Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

Persoonsgebonden budget (pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U heeft hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 en verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Extra informatie

De huisarts of medisch specialist beoordeelt of er sprake is van palliatief terminale zorg. Palliatief terminale zorg is zorg in de laatste levensfase. De levensverwachting is dan niet langer dan 3 maanden.

Artikel 14. Verloskundige zorg en kraamzorg

14.1. Verloskundige zorg

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, zoals verloskundigen deze plegen te bieden. Onder de verloskundige zorg is ook begrepen het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis of een geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

Deze zorg omvat ook:

- Preconceptiezorg (kinderwensconsult)
Als u een kindwens heeft, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11 punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan.
- Counseling
Als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, dan heeft u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. In dit gesprek ontvangt u informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatietest en de twintig-weeken echo (SEO; Structureel Echoscopisch Onderzoek).
- De combinatietest, de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek als u een medische indicatie heeft. U heeft ook recht op een NIPT als uit een combinatietest blijkt dat u een aanmerkelijke kans

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.

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

1. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde die behoefte heeft aan verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg, desgevraagd altijd in aanmerking komt voor een passende vergoeding in de vorm van een Zvw-pgb. De zorgverzekeraar stelt de verzekerde met deze vergoeding in staat in de praktijk zorg of een andere dienst te betrekken, die is afgestemd op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden.
2. De zorgverzekeraar treedt, na de in het eerste lid bedoelde aanvraag en voorafgaand aan het verstrekken van het Zvw-pgb, in contact met de verzekerde. De zorgverzekeraar informeert de verzekerde over de in het derde lid en andere bij of krachtens deze wet gestelde voorwaarden of beperkingen en beoordeelt de geschiktheid van verzekerde om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.
3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst de voorwaarden op waaronder de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb.
4. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde ook in aanmerking kan komen voor een Zvw-pgb indien de kosten die de verzekerde maakt voor het betrekken van de desbetreffende zorg of andere dienst hoger zijn dan de vergoeding in de vorm van het Zvw-pgb, mits het verschil voor rekening van de verzekerde komt.
5. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld over de voorwaarden die aan de verzekerde of diens vertegenwoordiger worden gesteld om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.
6. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot:
 - a. de inhoud van de zorg waarvoor een Zvw-pgb wordt verstrekt;
 - b. het uitzonderen van vormen van zorg of overige diensten van het Zvw-pgb;
 - c. het met een Zvw-pgb vergoeden van andere vormen van zorg of overige diensten die onmiddellijk samenhangen met verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg;
 - d. de mate van vergoeding die de zorgverzekeraar de verzekerde ten minste moet of ten hoogste mag bieden.
7. De zorgverzekeraar wijst de verzekerde bij de aanvraag op het recht op cliëntondersteuning, bedoeld in artikel 2.2.4, eerste lid, onder a, van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.
8. Bij ministeriële regeling kan een publiekrechtelijke rechtspersoon worden aangewezen die de verzekerde met een Zvw-pgb op diens verzoek ondersteunt bij het verkrijgen van de vergoeding van zijn zorgverzekeraar voor en zijn werkgeverstaken of opdrachtgeverschap in verband met de door verzekerde betrokken zorg of diensten.
9. In de ministeriële regeling, bedoeld in het achtste lid, kunnen regels worden gesteld over de uitvoering van de ondersteuning en over de verstrekking van een jaarlijkse rijksbijdrage voor de uitvoering van de ondersteuning.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

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

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

Artikel 2.15a

1. Met het Zvw-pgb kan worden vergoed verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.
2. De zorgverzekeraar kan in zijn modelovereenkomst opnemen dat met het Zvw-pgb tevens kan worden vergoed verblijf als bedoeld in artikel 2.12 voor zover gepaard gaande met verpleging en verzorging voor verzekerden tot achttien jaar.

Artikel 2.15b

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

Artikel 2.15c

1. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt een Zvw-pgb verstrekt indien:
 - a. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit,
 - b. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren,
 - c. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door hem verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg en
 - d. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat hij de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.
2. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt het Zvw-pgb geweigerd indien:
 - a. de verzekerde bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat is gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
 - b. de verzekerde blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
 - c. de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen;
 - d. de vertegenwoordiger van de verzekerde niet voldoet aan regels inhoudende beperkingen of eisen die bij ministeriële regeling aan de kring van vertegenwoordigers kunnen worden gesteld in het belang van de bescherming van de verzekerde of van het waarborgen van de hulp, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d.

3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst geen andere voorwaarden en weigeringsgronden op ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger dan vermeld in het eerste, tweede en vierde lid.
4. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden en weigeringsgronden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste € 23,52 per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

Artikel 2.29c

1. Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:
 - a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,
 - b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,
 - c. de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.
2. De verzekerde die door een vertegenwoordiger wordt geholpen kan het Zvw-pgb worden geweigerd indien een gegronde reden bestaat om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:
 - a. bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
 - b. blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres,
 - c. zijn vrijheid is ontnomen,
 - d. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard,
 - e. anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor de verzekerde aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen, of
 - f. de hulp tegen betaling verleent.