

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van C en D, vertegenwoordigd door E te F, en CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg
Zaak	: Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), vermeende fraude, terugvordering, opname persoonsgegevens in het gebeurtenissenregister en het Interne incidentenregister
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2021, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2021, art. 7:941 BW
Zaaknummer	: 202200961
Zittingsdatum	: 8 februari 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoekster, in haar hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger van de minderjarige C en D, hierna te noemen: verzekerden, vertegenwoordigd door E te F,

en

CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 31 mei 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 29 augustus 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 28 september 2022 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 30 september 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. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 8 februari 2023 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.
- 2.4. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld aanvullende informatie aan te leveren. Dit heeft hij gedaan bij brief van 20 februari 2023. Een afschrift hiervan is op 21 februari 2023 aan verzoekster gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 28 februari 2023 op de aanvullende stukken gereageerd. Omdat zij hierbij de opmerking had geplaatst dat een deel van de stukken slecht leesbaar was, zijn deze opnieuw gescand en aan verzoekster gestuurd op 8 maart 2023. Bij brief van 17 maart 2023 heeft verzoekster de commissie meegedeeld dat de stukken nu beter leesbaar zijn. Een afschrift van beide reacties is op 21 maart 2023 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerden waren in 2021 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Verzoekster ontvangt al enige tijd, ten behoeve van verzekerden, van de zorgverzekeraar een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). De zorg voor verzekerden wordt verleend door de dochter van verzoekster. De kosten hiervan heeft verzoekster bij de zorgverzekeraar gedeclareerd.
- 3.3. Bij brief van 11 augustus 2021 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat naar zijn mening sprake is van fraude. Hij heeft meegedeeld dat dit de volgende gevolgen heeft:

- de onterecht ontvangen vergoeding van € 31.354,92 moet door verzoekster worden terugbetaald;
- in de toekomst wordt een verscherpte controle uitgevoerd op door haar ingediende nota's;
- de (persoons)gegevens van verzoekster worden gedurende acht jaren opgenomen in de gebeurtenissenadministratie tot 11 augustus 2029;
- de (persoons)gegevens van verzoekster worden gedurende acht jaren opgenomen in het Interne incidentenregister.

3.4. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 4 mei 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar:
- (i) het bedrag van € 31.354,92 niet van haar mag terugvorderen;
 - (ii) haar (persoons)gegevens moet verwijderen uit de gebeurtenissenadministratie; en
 - (iii) haar (persoons)gegevens moet verwijderen uit het Interne incidentenregister.
- 4.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat haar dochter, die de zorg aan verzekerden verleent, op enig moment een eigen bedrijf heeft gekregen en via dit bedrijf de kosten verband houdende met de aan de verzekerden verleende zorg is gaan declareren. Dit is volstrekt te goeder trouw gebeurd. Haar dochter is gestopt met haar eigen werk om de zorg aan verzekerden (professioneel) te kunnen verlenen, en zij heeft hiertoe een bedrijf opgericht. Om die reden mocht zij naar haar mening het formele tarief in rekening brengen en was het informele tarief niet meer van toepassing. Er was immers geen sprake meer van informele zorg, ondanks het bestaan van een bloedverwantschap. Het bedrijf is niet opgezet om het formele tarief te kunnen declareren, maar omdat de dochter van verzoekster stopte met haar andere werkzaamheden en de zorg voor verzekerden hiervoor in de plaats kwam. Voor zover toch het informele tarief had moeten worden gedeclareerd, is verzoekster van mening dat de terugvordering zodanig fors is dat zij tot in lengte van jaren geconfronteerd blijft met het aflossen van deze schuld, wat ten koste zal gaan van haar welzijn en dat van haar kinderen. Verzoekster verwijst in dit verband naar de gevolgen van de toeslagenaffaire. Zij maakt daarnaast bezwaar tegen het opnemen van haar (persoons)gegevens in de gebeurtenissenadministratie en het Interne incidentenregister.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij zich primair op het standpunt stelt dat haar dochter is opgeleid om de zorg te verlenen en dus ook het formele tarief dient te ontvangen, ongeacht of zij verwant is aan degene aan wie zij zorg verleent. Zij heeft een AGB code en is gespecialiseerd. Verzoekster vertrouwt daarnaast andere mensen niet bij haar kinderen voor het leveren van zorg. Subsidiair doet verzoekster een beroep op een hardheidsclausule omdat geen enkele aanleiding bestaat te veronderstellen dat sprake is van kwade trouw. De vordering is substantieel en dit betekent dat zij lange tijd wordt geconfronteerd met terugbetaling.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. **Standpunt zorgverzekeraar**

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft aangevoerd dat de dochter van verzoekster een bloedverwant is in de tweede graad. Daarom heeft zij aanspraak op het informele tarief, ongeacht haar opleiding. Tot en met 31 juli 2019 is op de eigen naam van de dochter van verzoekster het informele tarief gedeclareerd. Vanaf 1 augustus 2019 is echter het formele tarief gedeclareerd op naam van het bedrijf van de dochter van verzoekster, welk bedrijf ook op die datum is opgericht. Bij de declaraties werd meegedeeld dat de zorgverlener geen aanverwant in de eerste of tweede graad was. Dit is ook verklaard door een andere dochter van verzoekster tijdens een huisbezoek.

De zorgverzekeraar heeft daarom het sterke vermoeden dat het bedrijf van de dochter van verzoekster uitsluitend is opgezet om het formele tarief te kunnen declareren. De zorgverzekeraar heeft hierdoor een hoger bedrag betaald dan had moeten. Dit is de reden dat het teveel uitgekeerde bedrag van verzoekster wordt teruggevorderd, en dat haar (persoons)gegevens gedurende acht jaren worden opgenomen in de gebeurtenissenadministratie en het Interne incidentenregister.

- 5.2. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat als zorg wordt verleend door directe familie, de sociale context voorop staat. Dan geldt een lager tarief. Dit volgt uit de wet- en regelgeving en het reglement. De zorgverzekeraar twijfelt of de omzetting van het informele tarief naar het formele tarief te goeder trouw is gebeurd. In de aanvraag is niet meegedeeld dat sprake is van een familierelatie, terwijl de zorgverlener dezelfde is gebleven. Ook bij het huisbezoek is niet verteld dat het nog om dezelfde zorgverlener gaat. Zelfs al zou geen sprake zijn van kwade trouw, dan staat alsnog vast dat er terugbetaald moet worden. Het protocol incidentenwaarschuwingssysteem financiële instellingen is toegepast. Het uitgangspunt hierin is dat bij een incident de maatregel acht jaren duurt. Alleen bij verzachtende omstandigheden kan deze periode worden beperkt. Er zijn geen verzachtende omstandigheden gevonden om de termijn te verkorten.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. 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.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over het PGB vv alsmede die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) over fraude zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. Vast staat dat de dochter van verzoekster tot en met 31 juli 2019 het informele tarief heeft gedeclareerd. Op 1 augustus 2019 heeft zij een bedrijf opgericht. Vanaf die datum wordt het formele tarief door dit bedrijf bij de zorgverzekeraar in rekening gebracht, terwijl de zorgverlening feitelijk door de dochter van verzoekster is voortgezet. In artikel 7.2.3 van het 'Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging' (hierna: het reglement) is bepaald dat bloedverwanten in de eerste of tweede graad - zoals de dochter in kwestie - zijn aan te merken als informele zorgverleners. Hierbij is geen uitzondering gemaakt voor bloedverwanten in de eerste of tweede graad die werken via een zorgaanbieder die formele zorg mag verlenen. De dochter van verzoekster mocht daarom niet het formele tarief in rekening brengen. Verzoekster heeft, in haar rol van budgethouder en verzekeringnemer, in strijd met het bepaalde in artikel 7.2.3. van het reglement gehandeld door nota's, op basis van het formele tarief, van een bloedverwant in de tweede graad te declareren, zodat het de zorgverzekeraar vrij staat het teveel uitgekeerde bedrag van verzoekster terug te vorderen. Een en ander volgt uit artikel 11 van het reglement. Voor het instellen van deze terugvordering is niet relevant of verzoekster bij het indienen van de door haar ontvangen nota's al dan niet te goeder trouw was. Ook haar financiële situatie speelt in dit verband geen rol, tenzij haar opmerking dienaangaande is bedoeld als een verzoek tot matiging. Zonder nadere onderbouwing (die ontbreekt) ziet de commissie evenwel geen aanleiding tot matiging en kan daartoe niet dienen het feit dat de terugbetaling voor verzoekster geruime tijd in beslag zal nemen. De commissie gaat ervan uit dat

met verzoekster een aanvaardbare betalingsregeling zal worden getroffen, waarbij rekening wordt gehouden met haar financiële draagkracht. Voorts wijst de commissie erop dat het PGB vv niet is bedoeld als een inkomensvoorziening voor de zorgverlener, maar uitsluitend als een wijze van financiering van zorg voor de verzekerde. In dit geval is de zorgverlening aan verzekerden feitelijk niet gewijzigd na 1 augustus 2021 – zowel inhoudelijk als qua persoon van de zorgverlener – alleen het bedrag van de nota's ter zake is hoger geworden.

- 7.3. De vraag die vervolgens dient te worden beantwoord, is of verzoekster zich tevens schuldig heeft gemaakt aan fraude als bedoeld in artikel A.6.4. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Op grond van artikel 7:941, vijfde lid, BW vervalt het recht op uitkering als de verzekeringnemer een verplichting, als bedoeld in het eerste en tweede lid van genoemd artikel, niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden. Dit geldt – blijkens het slot van genoemde bepaling – alleen als deze misleiding het verval van het recht op uitkering rechtvaardigt. In het tweede lid is bepaald dat de verzekeringnemer verplicht is binnen een redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die van belang zijn om de uitkeringsplicht te beoordelen. Als het recht op uitkering vervalt, kan dit vérstrekkende gevolgen hebben voor betrokkene. Dit geldt ook voor de andere mogelijke sancties in geval van verzekeringsfraude, zoals opname van de gebeurtenis in het Interne incidentenregister, opname van de gebeurtenis in het Externe Verwijzingsregister, 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 er sprake is van het opzet tot misleiding. 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 dat verband kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de omstandigheid dat betrokkene (listige) kunstgrepen heeft gehanteerd om de verzekeraar 'op het verkeerde been' te zetten. Bij betwisting door de wederpartij moet de verzekeraar zijn stellingen bewijzen.
- 7.4. Vast staat dat het bedrijf van de dochter van verzoekster is opgericht op 1 augustus 2019. Het is ook vanaf die datum dat de zorgverzekeraar niet langer declaraties ontvangt voor zorg verleend door een informele zorgverlener, maar door een formele zorgverlener. Door de zorgverzekeraar is bovendien aangevoerd dat door de dochter van verzoekster op het declaratieformulier is meegedeeld dat de zorgverlener geen bloedverwant in de eerste of tweede graad is. Dit is door verzoekster niet bestreden, en geldt daarom als vaststaand. Hetzelfde geldt voor de gestelde bevestiging van die mededeling door een andere dochter, tijdens een huisbezoek. Verzoekster en haar beide dochters waren bekend met de ware aard der zaak en hebben desalniettemin de indruk willen wekken dat de zorg werd verleend door iemand die geen bloedverwant in de eerste of tweede graad is. De commissie acht hiermee het opzet op fraude bewezen. Het staat de zorgverzekeraar om die reden vrij de (persoons)gegevens van verzoekster op te nemen in de gebeurtenissenadministratie en het Interne incidentenregister. De zorgverzekeraar heeft ervoor gekozen deze registratie voor de volledige duur van acht jaren te doen. Gelet op de hoogte van het bedrag waarmee is gefraudeerd, het feit dat niet het gehele PGB vv van verzoekster wordt teruggevorderd en het gegeven dat zij niet is geweigerd voor een volgend PGB vv, acht de commissie de opnemings in de registers gedurende acht jaren niet disproportioneel.

Slotsom

- 7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie wijst het verzoek in al zijn onderdelen af.

Zeist, 21 maart 2023,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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 € 24,36 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.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 941

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

u al een andere zorgverzekering heeft gesloten binnen 3 maanden nadat CAK u heeft medegedeeld dat u onterecht niet verzekerd was.

- U kunt deze zorgverzekering gedurende de eerste 12 maanden dat deze loopt niet opzeggen.

A.5.9 Wanneer kunt u niet opzeggen en wijzigen?

De opzeg- en wijzigingsmogelijkheden die wij hiervoor in de artikelen A.5.2., A.5.4., A.5.5. en A.5.7. hebben aangegeven, gelden niet in de volgende situaties:

- U (verzekeringnemer) hebt de (bestuursrechtelijke) premie en kosten die u moet betalen niet op tijd aan ons betaald; en
- Wij hebben u hiervoor een herinnering (zie artikel A.9.1.) gestuurd om de premie alsnog binnen maximaal 14 dagen aan ons te betalen; en
- Wij hebben de dekking van de verzekering (nog) niet opgeschort (geschorst); en
- Wij hebben niet binnen 14 dagen aangegeven akkoord te gaan met de opzegging.

Vanaf het moment dat u (verzekeringnemer) de (bestuursrechtelijke) premie, kosten en eventuele incassokosten alsnog aan ons betaald hebt, kunt u (verzekeringnemer) alsnog gebruikmaken van deze opzeg- en wijzigingsmogelijkheden.

A.5.10. Royementsverklaring

Als de verzekering(en) eindigt (eindigen) door opzegging hebt u (verzekeringnemer) recht op een royementsverklaring. Wij sturen u die automatisch toe in de vorm van een zogenaamde "beëindigingspolis". Daarop staan onder andere welke verzekerden, welke verzekeringen en welke premie van toepassing waren en wat de beëindigingsdatum is.

A.6. Wanneer beëindigen wij de verzekering

A.6.1. Wettelijke beëindiging van uw verzekering

Op grond van de wet moeten wij uw verzekering in bepaalde situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan zo snel mogelijk op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- onze vergunning tot uitoefening van het schadeverzekeringsbedrijf wijzigt of wordt ingetrokken en wij daardoor geen verzekeringen meer mogen aanbieden of uitvoeren. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;

- u (verzekerde) overlijdt. Wij moeten binnen 30 dagen na de datum van overlijden hiervan op de hoogte zijn gebracht.

A.6.2. Wettelijke beëindiging van uw zorgverzekering

Naast het bepaalde in artikel A.6.1. moeten we op grond van de wet uw zorgverzekering ook in bepaalde andere situaties eindigen. Als dat zo is, stellen wij u (verzekeringnemer) hiervan op de hoogte. De beëindigingsdatum is de dag nadat:

- wij het gebied waarin wij de zorgverzekering aanbieden (werkgebied) hebben veranderd en u (verzekerde) door die verandering buiten ons werkgebied komt te wonen. Wij stellen u hiervan uiterlijk 2 maanden van tevoren op de hoogte;
- uw (verzekerde) verzekeringsplicht eindigt doordat u niet meer op basis van de Wlz verzekerd bent of u in militaire dienst bent gegaan. U (verzekeringnemer) moet ons hiervan zo spoedig mogelijk op de hoogte brengen.

A.6.3. Onrechtmatig ingeschreven

Als blijkt dat u (verzekeringnemer) een zorgverzekering bij ons hebt afgesloten terwijl u geen verzekeringsplicht hebt, dan beëindigen wij deze zorgverzekering met terugwerkende kracht vanaf het moment dat u deze hebt gesloten. Wij verrekenen de premie die u hebt betaald met de zorg die wij hebben vergoed en betalen u het verschil terug of brengen het bij u in rekening.

A.6.4. Misdrijf of overtreding

Als u zich tegenover ons of een gecontracteerde zorgverlener schuldig maakt aan (een poging tot) misdrijf, overtreding, oplichting, misleiding, fraude, dwang of bedreiging, hebben wij het recht:

- al uw verzekeringen bij ons per direct te beëindigen;
- aanspraken op zorg of vergoeding van kosten van zorg op te schorten;
- betaalde vergoedingen terug te vorderen;
- kosten van onderzoek op u te verhalen;
- aangifte te doen bij de politie;
- u te registreren in het gangbare waarschuwingssysteem tussen financiële instellingen.

A.6.5. Dwaling

Wij doen een beroep op dwaling, als u door het CAK bij ons bent verzekerd, omdat dit instituut meende dat u verzekeringsplichtig was op grond van de Zorgverzekeringswet maar blijkt dat u op dat moment niet verzekeringsplichtig was. Wij beëindigen dan met terugwerkende kracht uw zorgverzekering.

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.

7.1.3 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.

7.1.4 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.

7.1.5 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.

7.1.6 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.

7.1.7 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	€ 23,52	€ 1,96
Verpleging	€ 23,52	€ 1,96

7.2.3 Onder informele zorgverleners vallen zorgverleners die:

- een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad 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 zorg verlenende organisatie in het Handelsregister.

7.2.4 Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in art. 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.

Alleen de AGB-codes uit de categorieën 41 ZZP'er wijkverpleging, 42 zorgaanbieders, 75 thuiszorginstellingen, 91 verpleegkundigen of 98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars worden geaccepteerd. Uw zorgverlener moet daarnaast beschikken over het juiste diploma (verzorgende/verpleegkundige) 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.

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 toekenningperiode niet meegenomen naar een volgende periode.

7.3.4 Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het budget verpleging en 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 Indien 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 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.