

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en IZA Zorgverzekeraar N.V te
Arnhem en VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), indicatie,
fraude, terugvordering, onverschuldigde betaling

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018-2020, 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, 6:203 BW

Zaaknummer : 202101527

Zittingsdatum : 14 december 2022

1. Partijen

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

en

- 1) IZA Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, en
 - 2) VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 20 februari 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 20 april 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 8 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 8 juni 2022 aan verzoeker gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren.
- 2.3. Bij brief van 4 juli 2022 heeft verzoeker gereageerd en zijn verzoek aan de commissie aangepast. Een kopie van deze brief is op 6 juli 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren. Bij brief van 27 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Een kopie van deze brief is op 4 augustus 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.4. Bij brief van 4 augustus 2022 heeft de commissie aanvullende vragen gesteld aan de ziektekostenverzekeraar. Bij het uitblijven van een reactie hierop is bij brief van 13 september 2022 een rappel verzonden. Bij brief van 19 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd. Bij brief van 20 september 2022 heeft de commissie nog enkele vragen ter verduidelijking gesteld. Bij brief van 4 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar hierop gereageerd. Kopieën van voornoemde brieven zijn op 5 oktober 2022 aan verzoeker gestuurd.
- 2.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 14 december 2022 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd alsmede aan het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut).
- 2.6. Bij brief van 1 februari 2023 heeft het Zorginstituut (zaaknummer: 2023000276) aan de commissie een advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 6 februari 2023 aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Partijen hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering IZA Eigen Keuze (hierna: de IZA zorgverzekering) en de aanvullende verzekeringen IZA Eigen Keuze, IZA Extra Zorg 3 en IZA Extra Tand 3. Deze aanvullende verzekeringen zijn niet in geschil en blijven om die reden verder onbesproken.
Verzoeker was vanaf 2019 tot 1 november 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de VGZ zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ RotterdamPakket en Herverzekeren Verplicht Eigen Risico € 50,- RotterdamPakket (hierna samen te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Eerder was door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) toegekend. Omdat dit afliep is ten behoeve van verzoeker op 10 januari 2020 een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een PGB vv op basis van 15 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging en 12 minuten Verpleging per week. Uit het zorgplan, dat deel uitmaakt van de aanvraag, blijkt dat deze indicatie is gesteld op 9 januari 2020.
- 3.3. Bij brief van 10 juli 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag voor het PGB vv wordt afgewezen.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 22 juli 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Bij brief van 10 augustus 2020 heeft Coöperatie VGZ UA (hierna: de Coöperatie) aan verzoeker meegedeeld dat hij op 9 april 2020 een onderzoek is gestart naar de door verzoeker ingediende declaraties en de aanvraag voor verpleging en persoonlijke verzorging. De Coöperatie komt tot de conclusie dat verzoeker onrechtmatig heeft gehandeld door willens en wetens incorrecte aanvragen voor het PGB vv in te dienen, teneinde wederrechtelijk voordeel te behalen, en dat dit kan worden aangemerkt als zorgfraude. Verzoeker wordt in de gelegenheid gesteld op voornoemde brief te reageren. Bij e-mailbericht van 18 augustus 2020 heeft verzoeker gereageerd.
- 3.6. Bij brief van 22 oktober 2020 heeft de Coöperatie aan verzoeker meegedeeld dat hij tot de conclusie is gekomen dat verzoeker fraude heeft gepleegd en dat in dit verband de volgende maatregelen aan hem worden opgelegd:
 - terugvordering van een bedrag van € 32.518,76 ter zake van het PGB vv dat onverschuldigd aan verzoeker is uitgekeerd in de jaren 2018 tot en met 2020;
 - vordering van de onderzoekskosten van € 513,33;
 - beëindiging van de VGZ Zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering met ingang van 1 november 2020;
 - opname van de persoonsgegevens van verzoeker in het interne incidentenregister voor de duur van 8 jaren;
 - opname van de persoonsgegevens van verzoeker in het Externe Verwijzingsregister voor de duur van 6 jaren.
- 3.7. Bij brief van 25 maart 2021 heeft de toenmalige gemachtigde van verzoeker de Coöperatie gevraagd om heroverweging van zijn beslissing van 22 oktober 2020. Bij brief van 3 mei 2021 heeft de Coöperatie aan verzoeker meegedeeld dat hij bereid is de persoonsgegevens van

verzoeker uit het Externe Verwijzingsregister te verwijderen. Daarnaast heeft de Coöperatie verzoeker een schikkingsvoorstel gedaan om de vordering te verlagen naar € 15.000,- en meegedeeld dat verzoeker hiermee uiterlijk 10 mei 2021 dient in te stemmen, omdat het voorstel anders komt te vervallen.

- 3.8. Bij e-mailbericht van 26 mei 2021 heeft de toenmalige gemachtigde van verzoeker opnieuw om heroverweging van de beslissing van 22 oktober 2020 gevraagd. Bij brief van 8 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft en dat het schikkingsvoorstel is komen te vervallen.
- 3.9. Bij brief van 1 februari 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar ervoor zorg dient te dragen dat de Coöperatie de maatregelen die aan hem zijn opgelegd bij brief van 22 oktober 2020 ongedaan maakt, en dat de ziektekostenverzekeraar aan hem een PGB vv dient toe te kennen met ingang van 9 januari 2020 op basis van 12 minuten Verpleging en 15 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 4.2. Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat hij zowel lichamelijk als psychisch beperkt is, waardoor hij is aangewezen op verpleging en persoonlijke verzorging. Hiervoor is een indicatie gesteld door een wijkverpleegkundige, op basis van een huisbezoek, medische diagnoses en informatie die is ontvangen van de betrokken apotheek, de huisarts en de behandelend fysiotherapeut. De ziektekostenverzekeraar stelt zich ten onrechte op het standpunt dat verzoeker geen fysieke klachten zou hebben. Dit wordt door de huisarts juist betwist, hetgeen blijkt uit de door hem op 10 juni 2020 ondertekende verklaring waarin een opsomming van de klachten van verzoeker is vermeld en de verklaringen van de huisarts van 8 oktober 2020 en 2 november 2020. Overigens heeft de Coöperatie aanvankelijk ten onrechte het standpunt ingenomen dat sprake was van valsheid in geschrifte, omdat de verklaring van 10 juni 2020 niet door de huisarts zou zijn opgesteld. In dit verband wijst verzoeker erop dat dit ook nooit is gesteld, maar dit niet wegneemt dat de huisarts deze verklaring heeft onderschreven, hetgeen ook blijkt uit zijn latere verklaringen. Voorts heeft verzoeker opgemerkt dat hij niet verantwoordelijk is voor de indicatie die wordt gesteld en dat van hem redelijkerwijs niet kan worden verwacht dat hij deze op alle onderdelen kan volgen en beoordelen. De indicatie is namelijk technisch opgesteld en hierin worden meerdere afkortingen vermeld die verzoeker niet bekend zijn. Dat de indicerende wijkverpleegkundige ten onrechte heeft vermeld dat sprake is van niet aangeboren hersenletsel, kan verzoeker dan ook niet worden verweten. Verder heeft de indicerende wijkverpleegkundige per abuis de naam van de huisarts van de partner van verzoeker vermeld in de aanvraag. Voorstelbaar is dat dit fout is gegaan, omdat zowel voor hem als zijn partner een indicatie is gesteld op dezelfde dag. Gelet op het voorgaande concludeert verzoeker dat geen sprake is van valsheid in geschrifte en dat overigens niet is gebleken dat hij fraude heeft gepleegd. Om die reden is hij van mening dat de maatregelen die door de Coöperatie aan hem zijn opgelegd bij brief van 22 oktober 2020 niet terecht zijn en ongedaan moeten worden gemaakt. Verder meent hij dat aan hem een PGB vv moet worden toegekend overeenkomstig de gestelde indicatie. Daarbij tekent verzoeker aan dat met ingang van 9 oktober 2020 een indicatie op grond van de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz-indicatie) bestaat, waaruit eveneens blijkt dat hij is aangewezen op ondersteuning in de vorm van verpleging en persoonlijke verzorging.
- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop aangevoerd dat het in eerste instantie gaat om de afwijzing van het begin 2020 aangevraagde PGB vv. Er zijn meerdere brieven en behandelplannen gestuurd, waaronder van de fysiotherapeut en huisarts. Hieruit blijkt dat bij verzoeker sprake is van een handicap, waarbij constante zorg nodig is. Ondanks al die brieven is er op 22 oktober 2020 een brief gestuurd naar verzoeker dat er geen gronden zijn aan hem een PGB vv toe te kennen. Ook wordt gesproken over zorgfraude. De behandelplannen van de fysiotherapeut en huisarts geven duidelijk aan dat geen sprake is van fraude. Er bestaat namelijk

wel degelijk grond een PGB vv toe te kennen. Verder zou valsheid in geschrifte zijn gepleegd. Door verzoeker is herhaald dat nooit is gezegd dat de brief door de huisarts is opgesteld. De brief is opgesteld door de familie, met toestemming van de huisarts, die er zijn stempel op heeft gezet. De indicierend wijkverpleegkundige heeft tweemaal een indicatie gesteld bij verzoeker, en zij heeft gezien dat hij bijvoorbeeld geen kopje kan vasthouden. Zij heeft dit dus zelf geconstateerd. Ook heeft zij de medicatielijsten bekeken en de verklaring van de huisarts. De ziektekostenverzekeraar heeft weliswaar gesteld dat verzoeker zelf meer zou kunnen, maar op basis waarvan hij tot deze conclusie komt, is onduidelijk. Op 1 februari 2020 is de aanvraag ingediend. Er is toen contact opgenomen door de ziektekostenverzekeraar. Dit was geen officieel Bewust Keuze Gesprek (BKG), zo werd gezegd door de medewerker. De schoondochter van verzoeker was niet bereikbaar omdat zij corona had. Op 7 april 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar met de zorgverlener gesproken, en die heeft toen uitgelegd dat de schoondochter ziek was. Zij heeft aangeven de zorgverlener te zijn, en verzoeker heeft toestemming gegeven voor het gesprek, ook omdat men aangaf dat het geen BKG was. In een BKG gaat het vooral om de administratie, maar dit is tijdens het gesprek helemaal niet naar voren gekomen. Er kwam een naastenverklaring, waarop stond dat de zorgverlener de vertegenwoordiger van verzoeker zou zijn. Dit kon de schoondochter op dat moment niet recht zetten, omdat zij nog steeds ziek was. Later heeft zij hierover gebeld, en kwam er een nieuwe verklaring, die zij zelf heeft ingevuld. Vervolgens is het fraudeonderzoek in gang gezet. Het echte BKG is ergens in april/mei 2020 geweest. Toen is gesproken over de administratie en de rechten en plichten. Dit gesprek heeft de schoondochter van verzoeker zelf gevoerd met de ziektekostenverzekeraar.

- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat in de aanvragen, die verzoeker heeft ingediend om in aanmerking te komen voor een PGB vv in de jaren 2018 tot en met 2020, informatie staat die niet overeenkomt met de werkelijkheid. Zo is hierin vermeld dat verzoeker bekend is met niet aangeboren hersenletsel (hierna: NAH) als gevolg van een ongeval in 2008 en dat zijn zelfredzaamheid hierdoor wordt beperkt. Een en ander blijkt echter niet uit de verklaringen van de huisarts van 30 september 2020 en 8 oktober 2020. Uit deze verklaringen blijkt daarentegen wel dat het zelfzorgtekort van verzoeker niet wordt verklaard door aantoonbaar blijvende fysieke klachten, maar dat dit voortvloeit uit psychosomatische klachten en coping problematiek. Hoewel de ziektekostenverzekeraar niet uitsluit dat verzoeker aansturing en ondersteuning nodig heeft, bestaat op basis van voornoemde klachten geen aanspraak op verpleging en verzorging op grond van de zorgverzekering, zodat verzoeker ook geen recht had op een PGB vv. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat op 6 april 2020 een gesprek heeft plaatsgevonden met de zorgverlener van verzoeker. Deze heeft verklaard dat sprake is van één zorgmoment per dag. Dit komt echter niet overeen met het zorgplan en de indicatiestelling, waarin twee zorgmomenten zijn vermeld - in de ochtend en de avond - en wordt vermeld dat driemaal per dag medicatie wordt aangereikt/toegediend en een fentanylpleister wordt geplakt. Overigens zou verzoeker volgens de indicatiestelling twee keer per week naar de fysiotherapeut gaan voor de behandeling van fysieke klachten. Dit blijkt echter niet uit de declaraties die ten behoeve van verzoeker worden ingediend. Hieruit blijkt namelijk dat verzoeker maar één keer per week of één keer per twee weken naar de fysiotherapeut gaat. De ziektekostenverzekeraar stelt dat verzoeker met het ondertekenen van de aanvragen heeft verklaard dat deze naar waarheid zijn ingevuld. Nu is gebleken dat dit niet het geval is, meent de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker onrechtmatig heeft gehandeld door willens en wetens incorrecte aanvragen in te dienen, teneinde een wederrechtelijk voordeel te behalen. Op basis van de juiste gegevens had de ziektekostenverzekeraar namelijk geen PGB vv aan verzoeker verstrekt. De ziektekostenverzekeraar heeft om die reden besloten het PGB vv van verzoeker te beëindigen en hetgeen is uitgekeerd terug te vorderen met terugwerkende kracht tot 1 januari 2018. In dit verband wordt verwezen naar de artikelen 10 en 11 van het reglement. Daarnaast zijn de VGZ zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering van verzoeker

beëindigd met ingang van 1 november 2020, zijn de onderzoekskosten bij hem in rekening gebracht en zijn zijn persoonsgegevens voor de duur van 8 jaren opgenomen in het interne incidentenregister. Aanvankelijk waren de persoonsgegevens van verzoeker ook opgenomen in het Externe Verwijzingsregister, echter deze maatregel heeft de ziektekostenverzekeraar laten vervallen.

- 5.2. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat verzoeker ook in strijd heeft gehandeld met verschillende andere bepalingen uit het Reglement PGB-Zvw. In dit verband wijst de ziektekostenverzekeraar erop dat het gesprek op 6 april 2020 een zogenoemd Bewust Keuze Gesprek was met verzoeker en zijn vertegenwoordiger, die zich voordeed als zijn schoondochter. Achteraf is gebleken dat dit niet de schoondochter was, maar de zorgverlener van verzoeker. Deze mag echter niet optreden als zijn vertegenwoordiger, zoals blijkt uit artikel 4.10 van het reglement. Daarnaast geldt dat zorg niet mag worden ingekocht bij een vertegenwoordiger, tenzij dit de partner is of een bloed- en of aanverwant in de eerste of tweede graad. Dit blijkt uit artikel 4.8 van het reglement.
Voorts geldt dat verzoeker het formele tarief in rekening heeft gebracht voor de zorg die aan hem is verleend. Dat is op grond van artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7.2 van het reglement enkel toegestaan als de zorgverlener geen partner, bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is én de zorgverlener een BIG-registratie heeft en/of een persoonlijke AGB-code óf in het bezit is van de juiste diploma's en vereisten. Het is komen vast te staan dat de zorgaanbieder die verzoeker heeft vermeld in de aanvragen weliswaar op bedrijfsniveau beschikt over een AGB-code, maar degene die de zorg daadwerkelijk heeft geleverd beschikt hierover zelf niet. Ook is deze zorgverlener niet in het bezit van de juiste diploma's en kwalificaties, zodat het formele tarief niet mocht worden gedeclareerd. Voornoemde redenen vormen eveneens grond het PGB vv te beëindigen en dit van verzoeker terug te vorderen.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat eerder gedacht werd dat sprake was van valsheid in geschrifte. Hierop is de ziektekostenverzekeraar echter teruggekomen. Ook van opname in het EVR is afgezien. Wel is er een discrepantie tussen de zorgvraag en de declaraties, en er is geen zorg verleend in de coronaperiode. De verzekeraar baseert zich nu op een vordering uit onverschuldigde betaling. Daarom is een schikking voorgesteld. Er blijft een deel dat onrechtmatig is. Op zijn voorstel heeft de ziektekostenverzekeraar niets van verzoeker vernomen.
- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het advies van 1 februari 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In het dossier zijn de PGB vv aanvraag en het bijbehorende zorgplan aanwezig, diverse brieven van de huisarts en fysiotherapeut van verzoeker maken ook onderdeel uit van het dossier.

Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt dat volgens verweerder de indicierend verpleegkundige akkoord is gegaan met het niet toekennen van de zorg zoals zij deze initieel geïndiceerd heeft. Dit is tijdens de hoorzitting meegedeeld door verweerder en deze mededeling vindt bevestiging in een interne e-mail van verweerder van 22 juli 2020. Als de indicierend verpleegkundige daadwerkelijk akkoord is gegaan met het niet toekennen van zorg geldt dat er geen indicatie meer ligt voor de zorg die verzoeker eventueel nodig zou hebben gehad en waarvoor een indicatie gesteld was in het zorgplan. Het Zorginstituut kan in dat geval niet anders dan concluderen dat de zorg waarvoor geen indicatie meer is niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering.

Als ervan wordt uitgegaan dat de indicatie van de indicierend verpleegkundige er nog ligt dan geldt dat de indicatie is gesteld op basis van een aandoening die verzoeker niet heeft. Uit de informatie van de huisarts blijkt immers dat bij verzoeker geen sprake was van NAH. Volgens de episodelijst van de huisarts is er wel sprake van lichamelijke klachten, deze zijn echter onvoldoende meegenomen bij de indicatiestelling en het opstellen van het zorgplan. Daarnaast is bij het stellen van de indicatie voorbijgegaan aan de psychische problematiek die verzoeker volgens de informatie van de huisarts wel heeft en de zorg die daar mogelijk uit voortvloeit. De indicatie die is gesteld sluit niet aan bij de situatie van verzoeker. In het zorgplan is de psychische problematiek en daarmee samenhangende behoefte aan zorg niet beschreven waardoor niet kan worden beoordeeld of sprake is van verzekerde zorg. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op een op een PGB vv ten laste van de basisverzekering.

Conclusie

Als de indicierend wijkverpleegkundige daadwerkelijk akkoord is gegaan met het niet toekennen van zorg, geldt dat voor de zorg die is beschreven in het zorgplan geen indicatie meer is en dat hiervoor geen PGB vv kan worden toegekend ten laste van de basisverzekering.

In het geval dat de indicierend wijkverpleegkundige niet akkoord is gegaan met het niet toekennen van zorg, kan verzoeker nog steeds geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering. Op basis van het zorgplan kan niet worden vastgesteld dat sprake is van zorg 'zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en van een 'geneeskundige context'.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering (...)"

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de IZA zorgverzekering en de VGZ zorgverzekering, als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de IZA- en VGZ zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

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

Fraude en onverschuldigde betaling

- 8.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in eerste instantie gesteld dat verzoeker zich schuldig heeft gemaakt aan fraude en valsheid in geschrifte. Hij heeft in dat kader een rechtmatigheidsonderzoek uitgevoerd ten aanzien van het PGB vv dat in de jaren 2018 tot en met 2020 aan verzoeker is verstrekt. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn in de aanvragen en de bijhorende indicaties gegevens vermeld die niet overeenkomen met de werkelijkheid. Uiteindelijk heeft de ziektekostenverzekeraar besloten verzoeker niet langer fraude en valsheid in geschrifte

tegen te werpen, en heeft hij het PGB vv vanaf 2018 van verzoeker teruggevorderd op basis van onverschuldigde betaling (artikel 6:203 BW).

- 8.3. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat zijn vordering uit onverschuldigde betaling is gebaseerd op (i) het gegeven dat in de aanvragen en de onderliggende indicaties ten onrechte is vermeld dat verzoeker bekend is met NAH en dat dit zijn zelfzorgtekort verklaart, (ii) het feit dat in de aanvragen en de indicaties een groter aantal zorgmomenten is vermeld dan daadwerkelijk hebben plaatsgevonden, en (iii) de omstandigheid dat in de indicatiestellingen is vermeld dat verzoeker twee keer per week naar de fysiotherapeut gaat voor de behandeling van fysieke klachten, terwijl uit de declaraties blijkt dat dit hooguit één keer per week dan wel één keer in de twee weken is. Verzoeker heeft hier tegenin gebracht dat hij niet verantwoordelijk is voor de indicatiestelling en dat hij ook niet in staat is deze inhoudelijk te beoordelen, vanwege de technische termen en afkortingen, zodat eventuele onjuistheden hierin hem niet kunnen worden tegengeworpen. Verzoeker heeft slechts gekeken of het aantal uren dat is geïndiceerd juist was en heeft hiervoor getekend.
- 8.4. De commissie overweegt dat uit de verklaringen van de huisarts van 30 september 2020 en 8 oktober 2020 blijkt dat de klachten van verzoeker niet worden verklaard door NAH, maar door psychiatrische problematiek. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat dit laatste niet blijkt uit de aanvragen en de bijbehorende indicaties, op basis waarvan hij het PGB vv in de jaren 2018 tot en met 2020 aan verzoeker heeft toegekend. Daarin is volgens hem juist wél vermeld dat verzoeker bekend is met NAH en dat dit zijn zelfzorgtekort verklaart. Een en ander heeft verzoeker niet gemotiveerd betwist, zodat de commissie dit als vaststaand aanneemt. De overige bevindingen van de ziektekostenverzekeraar, waaronder de discrepantie tussen het aantal zorgmomenten dat in de aanvragen is vermeld en het aantal zorgmomenten dat volgens de zorgverlener daadwerkelijk heeft plaatsgevonden, zijn ook niet gemotiveerd door verzoeker betwist, hoewel dit op zijn weg lag. Verder is de zorgverlener van verzoeker zijn schoondochter, en mocht zij op basis van het reglement niet het formele tarief in rekening brengen. Het staat vast dat dit wel is gebeurd. Gelet op het voorgaande staat vast dat de ziektekostenverzekeraar een deel van de aan verzoeker sinds 2018 in het kader van het PGB vv uitgekeerde bedragen onverschuldigd heeft betaald. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat hij van het totaal gedeclareerde bedrag van € 48.914,46 een deel, te weten € 32.518,76, terugvordert. Een schikkingsvoorstel – inhoudende betaling van een bedrag van € 15.000,- - werd door verzoeker niet tijdig geaccepteerd, en is daarmee volgens de ziektekostenverzekeraar vervallen.
- De huidige vordering van € 32.518,76 is door de ziektekostenverzekeraar niet onderbouwd. Het dossier bevat hierover ook geen verdere informatie, zodat de commissie niet kan oordelen over de juistheid van de hoogte van dit bedrag. De ziektekostenverzekeraar zal bij het instellen van een vordering jegens verzoeker de hoogte van het terug te vorderen bedrag aan deze moeten specificeren, bij voorkeur onder overlegging van een overzicht waaruit gespecificeerd blijkt welke declaraties hij vanaf 2018 in het kader van het aan verzoeker toegekende PGB vv onterecht heeft betaald. Het totaal van deze betalingen bepaalt de omvang van de vordering uit onverschuldigde betaling. Mocht daarover tussen partijen een geschil ontstaan, dan kunnen zij, naar het oordeel van de commissie, zo zij dat wensen, dit geschil voorleggen aan de commissie.
- 8.5. De commissie stelt vast dat, aangezien de ziektekostenverzekeraar verzoeker niet langer fraude en valsheid in geschrifte tegenwerpt, er geen grond meer bestaat de onderzoekskosten ten bedrage van € 513,33 van verzoeker te vorderen. Ook is hiermee aan enkele andere maatregelen de grond komen te ontvallen, zoals de beëindiging van de verzekeringen en de opname van de persoonsgegevens van verzoeker in het interne incidentenregister.

Aanvraag PGB vv

- 8.6. Voor zover het gaat om de afwijzing van de nieuwe aanvraag voor een PGB vv overweegt de commissie het volgende. In gevallen als deze gaat het onder meer om de beantwoording van de vraag of de verzekeraar bij de totstandkoming van zijn beslissing procedureel de zorgvuldigheid

in acht heeft genomen die van hem in de contractuele verhouding tot een verzekerde mag worden verwacht, alsmede of sprake is van verzekerde zorg, en van zorg waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

- 8.7. Het beslissingskader dat de commissie in PGB vv-geschillen bij de beoordeling van de procedurele zorgvuldigheid hanteert, komt neer op het volgende:
 - (a) Uitgangspunt is dat het primaat van de beoordeling of een verzekerde in aanmerking komt voor een PGB vv ligt bij de indicierend wijkverpleegkundige (hierna: de verpleegkundige). Uit het door deze bij de aanvraag voor een PGB vv mee te sturen zorgplan moet blijken dat:
 - (i) sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden';
 - (ii) deze zorg verband houdt met de behoefte aan zorg (als bedoeld in artikel 2.4 Bzv) of een hoog risico daarop; en
 - (iii) de verzekerde op de geïndiceerde zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
 - (b) Kan de verzekeraar zich niet met de inhoud van (een of meer onderdelen van) de door de verpleegkundige gestelde indicatie verenigen en is hij voornemens de aanvraag geheel of gedeeltelijk af te wijzen, dan licht hij dat gemotiveerd per onderdeel - en bij voorkeur schriftelijk - toe aan de verpleegkundige, met vermelding van de hieraan door hem te verbinden consequenties voor de ingediende aanvraag. Vervolgens vindt een nader mondeling overleg plaats tussen beiden. Verder krijgt de verpleegkundige de gelegenheid, binnen een redelijke termijn van ten minste vier weken, een nadere - bij voorkeur schriftelijke - reactie te geven op voornoemde toelichting en/of de aanvraag voor het PGB vv en de daarbij behorende indicatie aan te passen, al dan niet onder overlegging van nadere informatie.
 - (c) Leidt het hiervoor bedoelde mondelinge overleg tussen de verzekeraar en de verpleegkundige:
 - (i) tot overeenstemming tussen de verzekeraar en de verpleegkundige over een al dan niet aangepaste aanvraag en daarbij behorende indicatie, dan bevestigen betrokkenen dit schriftelijk aan elkaar;
 - (ii) niet tot overeenstemming, dan neemt de verzekeraar schriftelijk een gemotiveerde beslissing op de PGB vv-aanvraag en de daarbij behorende indicatie en stuurt hij die aan de verzekerde en de verpleegkundige.
- 8.8. Wordt een PGB vv-geschil voorgelegd aan de commissie en blijkt dat de verzekeraar de hiervoor onder (b) en (c) genoemde verplichtingen niet of niet tijdig is nagekomen, dan kan dit ertoe leiden dat de commissie oordeelt dat de verzekeraar bij de (gehele of gedeeltelijke) afwijzing van de PGB vv-aanvraag niet de vereiste zorgvuldigheid heeft in acht genomen die van hem mocht worden verwacht, met als mogelijke consequentie dat het verzoek om die reden wordt toegewezen, tenzij dit naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 8.9. De ziektekostenverzekeraar heeft contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige. Van het gesprek dat met haar is gevoerd is een gespreksverslag gemaakt. Dit gespreksverslag is echter niet met de indicierend wijkverpleegkundige gedeeld, en zij is niet in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft hiermee de jegens verzoeker vereiste procedurele zorgvuldigheid niet in acht genomen.

Gelet evenwel op het feit dat verzoeker in het verleden zorg heeft gedeclareerd die niet is genoten, en ook het huidige zorgplan uitgaat van een aandoening waarvan inmiddels vast staat dat verzoeker deze niet heeft, namelijk NAH, acht de commissie het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar hieraan de consequentie te verbinden dat de ziektekostenverzekeraar verplicht is een PGB vv aan verzoeker toe te kennen.
- 8.10. Aangezien verzoekster met het bepaalde onder 8.5 gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, dient de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.

Slotsom

- 8.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie beslist:
- (i) dat de ziektekostenverzekeraar een vordering uit onverschuldigde betaling jegens verzoeker toekomt, waarbij de ziektekostenverzekeraar te werk moet gaan op de wijze als hiervoor in de laatste alinea van 8.4 uiteengezet;
 - (ii) dat de grond aan de overige, in het kader van fraude aan verzoeker opgelegde maatregelen is komen te ontvallen; en
 - (iii) dat de nieuwe aanvraag voor het PGB vv ten behoeve van verzoeker terecht door de ziektekostenverzekeraar werd afgewezen; en
 - (iv) dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster dient te vergoeden.

Zeist, 29 maart 2023,

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 sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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 gegeven 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 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

Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2019 (Zvw-pgb)

Artikel 1. Inleiding

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 13, verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2019 van:

- Bewuzt Basis
- Gewoon ZEKUR Zorg
- Gewoon ZEKUR Zorg Vrij
- IZA Ruime Keuze
- IZA Eigen Keuze
- IZZ Basisverzekering, Variant Natura
- IZZ Basisverzekering, Variant Restitutie
- IZZ Basisverzekering, Variant Bewuzt
- Univé Zorg Select polis
- Univé Zorg Geregeld polis
- Univé Zorg Vrij polis
- UMC Zorgverzekering
- VGZ Ruime Keuze
- VGZ Eigen Keuze

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 4.3 verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2019 van de Modelovereenkomst Zorgzaam.

Artikel 2. Doelgroep Zvw-pgb

1. U komt in aanmerking voor een persoonsgebonden budget op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) als u behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.
 - a. Onder deze zorg benoemd in artikel 2.1 vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).
- Daarnaast dient u:
2. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf
 3. op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen te zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de levensverwachting minder is dan drie maanden.

Artikel 3. Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

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

sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;

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

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

Artikel 4. Weigeringsgronden

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

1. u bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
2. u beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
3. uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
4. u verleent geen medewerking (meer) aan een 'Bewust-keuzegesprek' en/of huisbezoek dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
5. uit uw aanvraagformulier of het 'Bewust-keuzegesprek' en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
6. uw (wettelijk) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):
 - a. heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of (wettelijk) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b. beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
 - c. is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen;
 - d. valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - e. heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of is failliet verklaard.
 - f. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen;
 - g. de hulp tegen betaling verleent.
7. u beschikt over meer dan één indicatie voor de zorg zoals beschreven in artikel 2.1. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord.
8. U koopt zorg in bij uw (wettelijk) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (partner, bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad);
9. U bent failliet verklaard of, als de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden is failliet verklaard;
10. Het Zvw-pgb wordt geweigerd als u wordt geholpen door een andere vertegenwoordiger dan uw wettelijk vertegenwoordiger, een bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad of uw echtgenoot of (geregistreerde) partner.
11. Er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor gebruikelijke zorg. Onder gebruikelijke zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen in redelijkheid mag worden verwacht van uw huisgenoten. Onder huisgenoten verstaan wij de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie verzekerde duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Artikel 5. Aanvraag Zvw-pgb

1. U kunt een Zvw-pgb aanvragen door ons Zvw-pgb formulier in te vullen, te ondertekenen en naar ons op te sturen. U vindt ons formulier op onze website. U kunt het Zvw-pgb-aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Deel 1 van het aanvraagformulier laat u invullen en ondertekenen door de verpleegkundige die de indicatie stelt. Deze verpleegkundige moet u eerst in uw thuissituatie hebben gezien. Deel 2 van het aanvraagformulier vult u in en ondertekent u zelf (of uw vertegenwoordiger). Wij nemen uw aanvraag niet in behandeling als het aanvraagformulier niet volledig is ingevuld, ondertekend en/of als er bijlagen ontbreken. Loopt uw Zvw-pgb af? Dan adviseren wij u om 13 weken voor het aflopen van uw huidige Zvw-pgb contact op te nemen met een verpleegkundige die de indicatie stelt (zie artikel 5.3. en 5.4.) en minimaal 6 weken voor afloop van uw Zvw-pgb de volledige pgb-aanvraagformulieren-set bij ons in te dienen. Wilt u uw Zvw-pgb voor palliatief terminale zorg verlengen? Dan kunt u uiterlijk 2 weken voor het aflopen van uw Zvw-pgb een (her)indicatie laten stellen door een verpleegkundige. Wij adviseren u om uw aanvraag zo snel mogelijk bij ons in te dienen.

2. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen (deel I: het verpleegkundige deel en deel II: het verzekerden deel). Een 'Bewustkeuzegesprek' maakt onderdeel uit van de aanvraagprocedure, tenzij wij hiervan afzien. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden, zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3, krijgt u een akkoordverklaring voor een Zvw-pgb.
3.
 - a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door een BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld;
 - b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een door een BIG geregistreerde hbo-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist kindergeneeskunde die werkzaam is bij een bij de BINKZ aangesloten zorgverlener gestelde indicatie. Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op arbeidsmarkt kan er contact worden opgenomen met ons om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen.
4. Bij de indicatiestelling dient de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg te hanteren bij het bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk. Ook bij het beoordelen van uw aanvraag hanteren wij de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg.
5. Als er sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, dient u aan te kunnen tonen hoe u er voor zorgdraagt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen te verrichten.
6. Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandelend arts toe te voegen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.
7. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn uw (wettelijk) vertegenwoordiger en of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn. Ook mag de indicatie niet gesteld worden door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.
8. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Voor de zorg die wij niet doelmatig vinden, kennen wij geen Zvw-pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie.
9. Als u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, dient u tevens aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotse) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins.
10. Als u verbleef in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw, kunt u weer gebruikmaken van uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd. Een nieuwe aanvraag is nodig als u langer dan 60 dagen opgenomen bent in een Wlz-instelling, in een ziekenhuis verblijft of langer dan 60 dagen gebruikmaakt van eerstelijnsverblijf.
11. Als u voor verpleging en verzorging gebruik wilt maken van zorg in natura in combinatie met een Zvw-pgb, dan moet u dit kenbaar maken op het aanvraagformulier. De verpleegkundige moet hiervoor één indicatie opstellen waarin zowel de zorg in natura als zorg vanuit het Zvw-pgb zijn opgenomen. De door ons gecontracteerde zorgaanbieders leveren alleen zorg in natura en geen zorg vanuit een Zvw-pgb. Ook moet u de wijkverpleegkundige die de indicatie stelt, de instelling die de zorg in natura levert en degene die de Zvw-pgb zorg levert hierover informeren. Als u van ons geen akkoord heeft voor de vergoeding van zorg in natura in combinatie met Zvw-PGB, heeft dit gevolgen voor de vergoeding.

Artikel 6. Toekenningsverklaring

1. De ingangsdatum van het Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb ook op een latere datum in laten gaan.
2. In afwijking van artikel 6.1 is bij een herindicatie de ingangsdatum van het Zvw-pgb de datum van ingang van de geldende herindicatie, als aan de volgende voorwaarden is voldaan:
 - a. op grond van de voorgaande indicatie was u een Zvw-pgb toegekend;
 - b. de ingangsdatum van de geldende herindicatie ligt niet later dan de dag volgend op de datum van beëindiging van de voorgaande indicatie;
 - c. wij hebben uw aanvraag voor een Zvw-pgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de geldende herindicatie.

3. In de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw Zvw-pgb vast. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en mits u een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5. Beschikt u reeds over een toekenningsverklaring met een looptijd van 5 jaar, dan blijft deze geldig tenzij de zorgvraag wijzigt.
4. Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-pgb gaan wij uit van aangevraagde uren Zvw-pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.
5. Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld.
6. Als uw zorgverzekering of uw Zvw-pgb voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Als u meer zorg gedeclareerd heeft dan uw naar rato verlaagde Zvw-pgb, dient u het teveel betaalde terug te betalen.
7. De toekenning of beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.
8. Als u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al zorg in natura heeft of als u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg heeft op het moment dat u een aanvraag voor een Zvw-pgb indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het Zvw-pgb, zoals opgenomen in de toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.
9. Voor de berekening van het Zvw-pgb rekenen wij met de tarieven voor formele en informele zorgverleners zoals vermeld in artikel 7.2. Wij baseren de berekening op de door u vermelde zorgverleners in de aanvraag en de verdeling van de uren over deze zorgverleners.

Artikel 7. Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

1. U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw toekenningsverklaring staat vermeld.
2. Voor een goede en snelle afhandeling van uw declaraties verzoeken wij u om ons declaratieformulier te gebruiken. U kunt het formulier vinden op onze website of telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Voor het declareren van zorg verleend door formele zorgverleners en voor het declareren van zorg verleend door informele zorgverleners bestaat een apart declaratieformulier. De nota's die u ontvangt van de formele zorgverleners controleert u en neemt u over op ons declaratieformulier. U kunt het declaratieformulier zowel per post als via de Mijn-omgeving bij ons indienen. U hoeft de nota's niet mee te sturen. U moet de nota's wel bewaren. Deze kunnen wij later bij u opvragen. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, pgb-aanvraag en toestemming mag gedeclareerd worden.
3. Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Door inzending van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg.
4. Het declareren van vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten, afgerond op 5 minuten mag worden gedeclareerd.
5. Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.
6. Indicatiestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in artikel 2.1. beschreven, casemanagement en verpleegkundige dagopvang bij intensieve kindzorg worden niet vergoed uit het Zvw-pgb. Deze zorg zal afhankelijk van uw zorgverzekering als zorg in natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed vanuit het artikel voor verpleging en verzorging.

7.2 Hoogte en omvang declaratie

1. Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
 - Persoonlijke verzorging : € 39,63 per uur
 - Verpleging : € 59,08 per uur
2. Voor informele zorgverleners kunt u maximaal € 23 per uur declareren voor persoonlijke verzorging en verpleging.
3. Onder informele zorgverleners vallen zorgverleners die:
 - a. een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad zijn en/of;
 - b. niet zijn ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;

- c. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister.
- 4. Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in artikel 7.2.1. genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.
- 5. Zowel het formele als het informele tarief zijn 'all-in-tarieven'. Dit houdt in dat u naast dit tarief geen andere kosten kunt declareren, zoals werkgeverslasten, reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en hulpmiddelen.

7.3 Overige bepalingen t.b.v. declareren

- 1. U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van de door u gecontracteerde zorgverleners. Voor zover u niet tijdig aan uw contractuele betalingsverplichting voldoet, kunnen eventuele bijkomende kosten (bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente) niet vanuit het Zvw-pgb worden betaald.
- 2. Wij zijn gerechtigd om controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgverleners die u heeft gecontracteerd en in lijn is met 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.
- 3. Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.
- 4. Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het Zvw-pgb wordt overschreden, wordt niet door ons vergoed.
- 5. Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg.
- 6. Wilt u tijdelijk in het buitenland verblijven en wilt u in deze periode buitenlandse zorgverlener(s) inhuren? Dan heeft u vooraf onze schriftelijke toestemming nodig. Om toestemming aan te vragen kunt u ons 'Aanvraagformulier Verpleging en verzorging buitenland' gebruiken. Dit formulier vindt u op onze website of kunt u telefonisch bij ons opvragen. Pas na onze schriftelijke toestemming mag u nota's van buitenlandse zorgverlener(s) declareren. Houdt u er rekening mee dat voor door u in het buitenland gecontracteerde zorgverleners waarvoor de Nederlandse fiscale en sociale zekerheidswetgeving niet geldt, lagere formele maximumtarieven gelden op grond van het voor dat land geldende 'aanvaardbaarheidspercentage'.
- 7. U mag met uw zorgverleners hogere tarieven afspreken. U betaalt dan zelf het verschil tussen het tarief dat u heeft afgesproken en het maximumtarief dat wij vergoeden.
- 8. Het declareren van zorg via een akte van cessie is niet toegestaan.

Artikel 8. Verplichtingen

- 1. U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
 - NAW gegevens verzekerde
 - NAW gegevens zorgverlener
 - relatie tussen verzekerde en zorgverlener
 - looptijd van de overeenkomst
 - welke zorg zal worden geleverd
 - het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten
 - welk tarief u daarvoor zult betalen
 - AGB-code als het een formele zorgverlener betreft
 - ondertekening door verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger en zorgverlener
 Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op onze website.
- 2. U dient er als verzekerde op toe te zien dat partner, bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad waarmee u een overeenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, niet meer dan 40 uur in één week aan werkzaamheden verrichten. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 15 jaar.
U bent verplicht om eenmaal per jaar mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige, die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, bent u verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een aanvraagformulier in te vullen en in te dienen.
- 3. U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoopt. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.

4. Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt, is een nieuwe indicatiestelling door de verpleegkundige noodzakelijk. Dit kan zowel gaan om een verslechtering als een verbetering van uw gezondheidssituatie. U moet dan per direct een nieuwe indicatie aanvragen en een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen.
De verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, kan ook minstens 1 keer per jaar op eigen initiatief toetsen of de indicatie nog aansluit bij uw zorgbehoefte en dus nog correct is. Als er op basis van die toetsing een nieuwe indicatie volgt, moet u ook een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen.
Als er wijzigingen zijn in de combinatie en verhouding zorg in natura en pgb moet u een nieuwe Zvw pgb aanvraag indienen. Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan, als dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude Zvw-pgb wordt (her)berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 6.9. met ingang van de datum van de nieuwe aanvraag.
5. U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in overeenstemming is met de gestelde indicatie.
6. U bent verplicht om een dossier te beheren en na het beëindigen van het Zvw-pgb voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste:
 - a. een beschikking van de rechtbank als u een wettelijk vertegenwoordiger heeft tenzij u dit van rechtswege bent;
 - b. de volledige Zvw-pgb aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en zorgovereenkomsten;
 - c. facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;
 - d. bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);
 - e. kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties.
7. U bent voorts verplicht om gegevens uit dit dossier zo spoedig mogelijk aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen. Ook als de Sociale Verzekeringsbank (SVB) aan uw zorgverleners betaalt, moet u zelf dit dossier beheren.
8. U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige en de huisarts en/of medisch specialist om uw (medische) gegevens omtrent de Zvw-pgb aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging op te vragen, op het moment dat dit nodig is voor een juiste beoordeling. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur of verpleegkundig adviseur.
9. Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toekenningsverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de geldige toekenningsverklaring over (maximaal tot de vermelde einddatum van de indicatie): het vermelde aantal uren voor verpleging en verzorging. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken omdat iedere zorgverzekeraar eigen tarieven hanteert. Wij adviseren u om deze toekenningsverklaring te bewaren zolang hij geldig is. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen.
10. Als u alleen zorg inkoopt bij informele zorgverleners en het aantal uren verpleging en verzorging per week hoger is dan 24, dan kan de zorgverzekeraar de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een formele zorgverlener.

Artikel 9. Herziening of intrekking

- Uw Zvw-pgb kan worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toestemming als:
- a. u niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden;
 - b. u voldoet aan een van de weigeringsgronden;
 - c. u niet voldoet aan de in dit reglement gestelde verplichtingen;
 - d. u recht heeft op zorg vanuit de Wet langdurige zorg;
 - e. u om beëindiging van het Zvw-pgb verzoekt;
 - f. u langer dan twee maanden verblijft in een instelling voor zorg die ten laste komt van de basisverzekering;
 - g. met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing hadden geleid;
 - h. u de informatie die wij u vragen niet dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
 - i. u niet meewerkt aan een dossieronderzoek;
 - j. er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen;
 - k. u het reglement niet naleeft;
 - l. u gedurende de looptijd van het Zvw-pgb een nieuwe (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst, danwel voor het eerst met een (wettelijk) vertegenwoordiger gaat werken en u met deze vertegenwoordiger, naar ons oordeel, niet in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren. U dient elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond door te geven via het wijzigingsformulier Zvw-pgb, dat u kunt vinden op onze website;
 - m. wanneer u Zorg in Natura afneemt bij zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier heeft aangegeven.

Artikel 10. Beëindigen van het Zvw-pgb.

- 10.1 Uw recht op Zvw-pgb eindigt automatisch met ingang van de dag waarop:
- u niet langer behoort tot de in artikel 2. bedoelde specifieke doelgroep;
 - de zorg waaraan u behoefte heeft, kan worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet, zoals de Wet langdurige zorg of de Wet maatschappelijke ondersteuning;
 - u failliet bent verklaard of de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr) op u van toepassing is verklaard;
 - u blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres;
 - rechtens uw vrijheid is ontnomen;
 - u met uw Pgb uitsluitend nog zorg inkoopt bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg;
 - u om beëindiging van het Pgb verzoekt;
 - de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken;
 - uw zorgverzekering eindigt.
- 10.2 Wij kunnen uw recht op Zvw-pgb ook beëindigen:
- met ingang van de dag waarop u niet langer in staat bent om op eigen kracht te voldoen aan de in artikel 3.1. genoemde toekenningsvoorwaarden en u ook geen hulp van een vertegenwoordiger heeft;
 - met ingang van de dag waarop uw vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden):
 - niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is;
 - bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres;
 - zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen;
 - failliet is verklaard of op hem/haar de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr) van toepassing is verklaard;
 - anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het Pgb verbonden verplichtingen;
 - uw zorgverlener en niet ook uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is;
 - met ingang van de dag waarop u zich niet (meer) houdt aan de aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
 - 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. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt;
 - 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;
 - 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.

Artikel 11. Terugvordering

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

Artikel 12. Begripsomschrijvingen

AGB-code

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

Bewust-keuzegesprek

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

BINKZ

Branchevereniging Integrale Kindzorg.

Bloed- en aanverwanten

Familie in de 1e of 2e graad van de verzekerde.

Handelsregister

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

Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg

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

SBI codering

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

Wettelijk vertegenwoordiger

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

Vertegenwoordiger

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

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand:

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

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

WSNP

Wet schuldsanering natuurlijke personen.

Zorg in natura

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

Zorgverlener

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

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 rehtens zijn vrijheid is ontnomen;
 - d. de vertegenwoordiger van de verzekerde niet voldoet aan regels inhoudende beperkingen of eisen die bij ministeriële regeling aan de kring van vertegenwoordigers kunnen worden gesteld in het belang van de bescherming van de verzekerde of van het waarborgen van de hulp, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d.
3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst geen andere voorwaarden en

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

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

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

Artikel 2.29c

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