

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

Zaaknummer: 202301627

Partijen

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

en

Onderlinge Waarborgmaatschappij Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid u.a. te B, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is af te zien van terugvordering van een bedrag van € 24.902,78, ter zake van het aan haar toegekende Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) - door kwijtschelding van dit bedrag dan wel door dit bedrag te verhalen op Zorgbureau Daadkracht B.V. - en haar de kosten van de onderhavige procedure te vergoeden.

De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat door de zorgaanbieder ten onrechte het formele tarief in rekening is gebracht over de periode van januari 2018 tot en met oktober 2021. Het verschil tussen het formele tarief en het informele tarief over dit tijdvak is onverschuldigd betaald en wordt daarom van verzoekster teruggevorderd.

- 1.2. De commissie overweegt dat verzoekster mocht kiezen voor financiering van de noodzakelijke verpleging en verzorging door middel van een PGB vv. Bij het bewust keuze gesprek is een vertegenwoordiger namens verzoekster aanwezig geweest. Omdat verzoekster niet zelf het beheer kon voeren over een PGB vv heeft zij een wettelijk vertegenwoordiger aangesteld. De ziektekostenverzekeraar mag aan de wettelijk vertegenwoordiger geen andere of strengere eisen stellen dan de wetgever heeft bepaald. De zoon van verzoekster is opgetreden als haar wettelijk vertegenwoordiger nadat hij door de rechtbank was benoemd tot mentor. Verzoekster heeft de voor de commissie niet navolgbare keuze gemaakt een overeenkomst aan te gaan met een zorgbureau, waarna voor dit zorgbureau een bankrekening is geopend en de betaalpas en administratie aan dit bureau uit handen zijn gegeven. De gevolgen van deze keuze komen voor rekening en risico van verzoekster.

De verwijzing naar de parlementaire geschiedenis en de jurisprudentie treft geen doel. Er is geen aanleiding de vordering op verzoekster kwijt te schelden, nu haar belangen werden behartigd door haar zoon/mentor, en hij moest worden geacht hier een behoorlijke invulling aan te geven. De commissie oordeelt verder dat de ziektekostenverzekeraar geen gebruik hoeft te maken van haar aanbod tot cessie van de vordering op het zorgbureau. Het verzoek wordt afgewezen.

- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 27 juni 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 18 juli 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 11 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 13 september 2023 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, ter zitting vertegenwoordigd door haar kleinzoon dhr. Öztürk en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 april 2024 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV-Gemeente Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Bij brief van 27 december 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld een bedrag ter zake van het aan haar toegekende PGB vv terug te vorderen. Verzoekster heeft bij brief van 23 januari 2023 om kwijtschelding verzocht en bij brief van 25 februari 2023 om heroverweging van de beslissing tot terugvordering gevraagd. Bij brief van 30 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar, in reactie hierop en onder verwijzing naar artikel 88 Zorgverzekeringswet, om aanlevering van bepaalde stukken verzocht. Verzoekster heeft hierop gereageerd per e-mail van 11 april respectievelijk 20 april 2023. Eveneens op 20 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar per e-mail laten weten zijn beslissing te handhaven. Hierna zijn op 24 april 2023, 26 april 2023 en 1 mei 2023 over en weer nog standpunten gewisseld per e-mail, waarna verzoekster zich tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen heeft gewend.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is af te zien van terugvordering van een bedrag van € 24.902,78, ter zake van het aan haar toegekende Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) - door kwijtschelding van dit bedrag dan wel door dit bedrag te verhalen op Zorgbureau Daadkracht B.V. - en haar de kosten van de onderhavige procedure te vergoeden.
- 4.2. Verzoekster licht toe dat zij een 77-vrouw van Turkse komaf is. Zij is de Nederlandse taal niet machtig en is ongeletterd. In verband hiermee is een aanvraag gedaan voor mentorschap. Haar zoon is op 9 maart 2016 door de rechtbank als mentor aangesteld. De zorg werd aanvankelijk op vrijwillige basis en onbezoldigd verleend door haar schoondochter. Verzoekster bezocht in de moskee een bijeenkomst, waarna zij ervoor heeft gekozen de zorgverlening op basis van een PGB vv te laten verlopen via een professionele partij, te weten Zorgbureau Daadkracht B.V.. Haar schoondochter is hierbij vervolgens in dienst getreden. Verzoekster heeft een bankrekening geopend en de bankpas uit handen gegeven aan het Zorgbureau. Van het feit dat de zorg feitelijk werd verleend door de schoondochter van verzoekster was het zorgbureau op de hoogte, maar desondanks zijn de aanvragen onjuist ingevuld. Verzoekster was volledig te goeder trouw.
- 4.3. In de brief van 27 juni 2023 verwijst verzoekster naar de parlementaire geschiedenis (Kamerstukken II 2015/16, 25 657, nr. 225), waaruit blijkt dat het de budgethouder is die de keuze maakt met welke zorgaanbieder of bemiddelingsbureau hij een overeenkomst sluit:

"Deze keuzevrijheid is de kracht van het pgb, maar brengt ook verantwoordelijkheden met zich mee. Om budgethouders meer toe te rusten en te voorzien van keuze-informatie ben ik voornemens om naast het waarschuwingsregister ook een keurmerk te laten ontwikkelen. Zowel Per Saldo als BVKZ hebben aangegeven dat zij daar voorstander van zijn, om dat het budgethouders zicht geeft in welke zorgaanbieders en bemiddelingsbureaus kwalitatief goed en betrouwbaar zijn. Hoewel een keurmerk geen garanties biedt, is het voor budgethouders wel een goede indicator, zoals ook het lidmaatschap van een branchevereniging dat is".

Nu een waarschuwingsregister en keurmerk ontbreekt of een andere indicatie op basis waarvan verzoekster het vermoeden zou moeten hebben gekregen met een onbetrouwbaar zorgbureau te maken te hebben, kan haar niet in redelijkheid worden verweten dat zij Zorgbureau Daadkracht B.V. de zorgzaken heeft laten regelen zoals zij heeft gedaan.

Anders dan verzoekster, had de ziektekostenverzekeraar wél de mogelijkheden om signalen te ontvangen en daarnaar te handelen. Hij is een onderzoek gestart naar het zorgbureau. Hierbij is gebleken dat er mogelijk ook sprake is van valsheid in geschrifte, omdat verzoekster is verzocht om te verklaren waarom zij in het bezit zou zijn van een bewijs van deelname aan een cursus die niet door het Zorgcollege is uitgegeven.

Verzoekster meent dat de ziektekostenverzekeraar zich bij een vermoeden van fraude tot het uiterste dient in te spannen om te onderzoeken en te bewijzen dat fraude is gepleegd. De vordering op de budgethouder (die te goeder trouw is) dient vervolgens te worden stopgezet. Zij verwijst in dit kader naar een uitspraak van de rechtbank Midden-Nederland van 2 mei 2023 (ECLI:NL:RBMNE:2023:2768) en de navolgende passage in de parlementaire geschiedenis (Kamerstukken II 2015/16, 25657, nr. 225):

"Mede naar aanleiding van de motie Bergkamp cs (25 657, nr 215) deel ik u het volgende mede.

De budgethouder is primair verantwoordelijk voor het zelf organiseren van de zorg en het financiële en administratieve beheer dat het pgb met zich meebrengt. Als een budgethouder zich onder de AWBZ niet kon verantwoorden over zijn of haar bestedingen, ging de zorgverzekeraar veelal over op terugvorderen van de niet goed verantwoorde middelen. Er zijn echter ook budgethouders die te goeder trouw hebben gehandeld en een zorgorganisatie feitelijk de zorg hebben laten regelen en het pgb laten beheren. Zij worden dan helaas ook met een terugvordering geconfronteerd, terwijl de oorzaak van de terugvordering bij een derde kan liggen. De afgelopen maanden heb ik intensief overleg gevoerd met Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de zorgkantoren, de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) en het Zorginstituut Nederland met als doel afspraken te maken over hoe met deze situaties uit de tijd van de AWBZ om te gaan. Onderwijl zijn, zoals met uw Kamer afgesproken, de terugvorderingen opgeschort bij budgethouders, die slachtoffer lijken te zijn van een mogelijk malafide organisatie. Het intensieve overleg is nodig geweest om dat de casuïstiek en het begrippenkader te goeder trouw niet eenduidig zijn. Zo doen zich bijvoorbeeld situaties voor waarbij budgethouders wel of niet onder druk pinpassen hebben ingeleverd en/of niet gespecificeerde rekeningen hebben getekend. Soms durven budgethouders niet mee te werken aan onderzoek door de zorgverzekeraar, om dat de afhankelijkheid van de zorgaanbieder zeer groot is. Ook is het vaststellen van financieel gewin al dan niet met opzet door de budgethouder vaak lastig. Tenslotte hebben zorgkantoren nog weinig ervaring in het met juridische procedures direct een aanbieder aanspreken. In de praktijk zal moeten worden gezien welke procedure en aanpak tot het beste resultaat leidt. Kortom, het doel staat niet ter discussie: frauderende aanbieders moeten aangepakt worden en budgethouders die te goeder trouw handelen moeten worden beschermd. De meest effectieve wijze om tot resultaat te komen wordt de komende tijd al werkende weg verder ontwikkeld.

[...]

Indien een vermoeden van fraude wordt geconstateerd; "doet de zorgverzekeraar al het mogelijke om dit te onderzoeken en, indien van toepassing, te bewijzen".

[...]

"In geval van een budgethouder die te goeder trouw is, is het vervolg dat de vordering van de zorgverzekeraar op de budgethouder wordt stopgezet. Dit neemt niet weg dat de budgethouder een vordering kan hebben op de vermoedelijk frauderende zorgverlener. De zorgverzekeraar neemt deze vordering op de zorgaanbieder over".

Verzoekster acht het waarschijnlijk dat er meerdere kwetsbare en zorgbehoevende bezoekers van de moskee het slachtoffer zijn geworden van de praktijken van het zorgbureau daarom zou het voor de ziektekostenverzekeraar passend en geboden zijn de pijlen te richten op de oorzaak van dit leed en niet achter kwetsbare slachtoffers, zoals verzoekster, aan te gaan. Door dit na te laten is het zeer waarschijnlijk dat andere slachtoffers met onnodig hoge terugvorderingen worden geconfronteerd terwijl de zorgverzekeraar dit kan en moet voorkomen. Hierbij is van belang dat de positie van een burger tegenover een bestuursorgaan, zoals de ziektekostenverzekeraar, per definitie ongelijkwaardig is. Verzoekster heeft tevergeefs verzocht om de vordering die zij op het zorgbureau heeft aan de ziektekostenverzekeraar over te dragen. Dit zou redelijk en billijk zijn en tevens in overeenstemming met de bedoeling van de wetgever.

- 4.4. Volgens verzoekster is de ziektekostenverzekeraar bekend met het feit dat zij een wettelijk vertegenwoordiger op het gebied van haar zorg heeft. Dat haar mentor aanwezig is geweest bij het Bewust Keuze Gesprek, dan wel dat de mentor op de aandachtspunten en risico's is gewezen bij de totstandkoming van de zorgovereenkomst, en met deze overeenkomst akkoord is gegaan, blijkt nergens uit. Volgens verzoekster is de zorgovereenkomst niet rechtsgeldig tot stand gekomen.

Ook blijkt niet dat (structureel) contact met de mentor is onderhouden om toezicht en controle te (kunnen) houden op het 'beoogd resultaat', hetgeen op de weg van de ziektekostenverzekeraar had gelegen.

Een en ander klemt te meer omdat de ziektekostenverzekeraar verontrustende signalen heeft ontvangen die klaarblijkelijk reden voor een onderzoek naar het zorgbureau zijn geweest. Daarbij komt dat de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt stelt dat de zorgverleners van verzoekster, waaronder haar schoondochter, niet aan de eisen van het minimale opleidingsniveau zouden voldoen. Verzoekster noch haar schoondochter zijn op de hoogte van een namens haar ingediend stuk, dat is uitgegeven door 'het Zorgcollege'. Alle certificaten die de zorgverlener van verzoekster via het zorgbureau heeft ontvangen zijn uitgegeven door het zorgbureau zelf en dateren van 25 en 26 april 2016.

- 4.5. Verzoekster meent dat haar belangen onvoldoende (kenbaar) zijn meegewogen in het besluit van de ziektekostenverzekeraar. De gevolgen zijn disproportioneel en de ziektekostenverzekeraar had minder zware middelen kunnen en moeten inzetten om het beoogde doel te bereiken, zoals met name het verlenen van medewerking aan de cessie van de vordering van verzoekster op Zorgbureau Daadkracht B.V..
- 4.6. Verzoekster stelt dat het beheer van het PGB vv feitelijk bij Zorgbureau Daadkracht B.V. lag, dat zij - gelet op de omstandigheden - verplicht moest aanstellen. Dit was ten tijde van de aanvraag ook bij de ziektekostenverzekeraar bekend, zoals blijkt uit de stukken. Verzoekster is dus niet de veroorzaker van deze PGB-schuld en heeft hier zeker niet (opzettelijk) van geprofiteerd.

Hierbij is relevant dat de PGB-systematiek voor verzoekster te ingewikkeld en onduidelijk is, en zelfs met hulp van haar omgeving voor haar onvoldoende begrijpelijk is. Het zorgbureau heeft hiervan geprofiteerd en alle administratieve verplichtingen en correspondentie met de ziektekostenverzekeraar op zich genomen. Klaarblijkelijk bestond daar in dit geval (maar ook in het algemeen) veel behoefte aan. De rechtbank Utrecht wijst in de eerdergenoemde uitspraak in dit kader ook op een rapport van Q-Consult, waarin de complexiteit van de PGB-systematiek

wordt benadrukt en waarin oplossingen worden genoemd om onduidelijkheid in de rolverdeling en aansprakelijkheid te voorkomen. De rechtbank oordeelt dat de zorgverzekeraar weliswaar bevoegd was om het PGB in te trekken, maar dat hij van deze bevoegdheid geen gebruik kon maken, omdat dit voor de budgethouder tot een onevenredige uitkomst leidt. Verzoekster voert aan dat zij blijkens de 'nieuwe lijn' bij de bestuursrechter de bescherming dient te ontvangen die zij op grond van haar kwetsbare positie verdient, en dat blijkens de 'oude lijn' (ofwel staande jurisprudentie van de CRvB) de Raad stelt dat zolang de wetgever het niet anders heeft geregeld, geschillen over de bescherming van een budgethouder te goeder trouw tot het domein van de civiele rechter behoren. Naar uit de overwegingen valt op te maken zijn zowel de rechtbank als de Centrale Raad van mening dat het de verantwoordelijkheid van de wetgever is om problemen in de uitvoering van wetgeving op te lossen, en dat het de taak van de rechter is om binnen de ruimte die de wet daarvoor geeft rechtsbescherming te bieden. De noodzaak daartoe is evident, gezien de voorgelegde zaken en dit geval. Verzoekster doet in dit verband een beroep op het gelijkheidsbeginsel.

- 4.7. De handelwijze van de ziektekostenverzekeraar voldoet niet aan de zorgvuldigheidseisen die hieraan moeten worden gesteld en is niet conform de bedoeling van de wetgever. Indien de ziektekostenverzekeraar een zorgvuldige wijze van totstandkoming van de overeenkomst had toegepast en op passende wijze op de tenuitvoerlegging daarvan had toegezien, zou verzoekster niet in de sociaalmaatschappelijke en financiële nood situatie terecht zijn gekomen, waarin zij thans is komen te verkeren. De behandeling door de ziektekostenverzekeraar dient daarnaast als onredelijk te worden beoordeeld omdat de nadelige gevolgen van de terugvordering (en invordering) waarmee verzoekster wordt geconfronteerd, het gevolg zijn van een PGB-schuld die zijn oorsprong vindt in het handelen van een bemiddelingsbureau. De budgethouder zou hiervoor niet (meer) moeten worden aangesproken door de ziektekostenverzekeraar. Blijkens het voorgaande is dit strijdig met de redelijkheid en billijkheid. Daarbij is de uitkomst voor verzoekster onevenredig.
- 4.8. Nu eenmaal een terugvorderingstraject is ingegaan, ligt het op de weg van de ziektekostenverzekeraar om de vermoedelijk frauderende zorgorganisatie op civielrechtelijke wijze aan te pakken. Zoals kenbaar gemaakt, is het mogelijk en aangewezen om in het onderhavige geval te verzoeken de vordering te cederen. Verzoekster vordert dat de terugvordering wordt kwijtgescholden, dan wel dat haar vorderingsrecht aan de ziektekostenverzekeraar wordt overgedragen.
- 4.9. In verband met het voorgaande wijst verzoekster op r.o. 4.5 van de eerdergenoemde uitspraak: Wanneer de lagere vaststelling en terugvordering zijn grond vindt in onrechtmatig handelen of nalaten bij de besteding van het PGB door een derde, zoals de gewaarborgde hulp of een zorgverlener, moet het voor de verzekeraar mogelijk zijn om het onverschuldigd betaalde PGB in een civiele procedure te verhalen op deze derde. Het is vervolgens niet onredelijk van de budgethouder te verlangen dat hij hieraan bijdraagt door een vaststellingsovereenkomst met de verzekeraar te sluiten. Verzoekster heeft een dergelijk aanbod reeds gedaan. Overigens kan een verzekeraar ook zonder cessie een zelfstandige civielrechtelijke vordering jegens een zorgverlener of de gewaarborgde hulp instellen.
- 4.10. Verzoekster tekent verder aan dat de overeenkomst die centraal staat, is gesloten tussen een professioneel en deskundig dienstverlener die daarbij bedrijfsmatig handelde, en een 77-jarige analfabetische consument met een taalbarrière. In dat geval dient in een procedure ook ambtshalve toetsing aan het Europese en Nederlandse (consumenten)recht plaats te vinden.
- 4.11. Ter zitting heeft de kleinzoon van verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij inmiddels het mentorschap heeft overgenomen van zijn wijlen vader. Namens verzoekster heeft hij uitgelegd dat het beheer van het PGB in handen is gekomen van Zorgbureau Dragkracht. Verzoekster heeft een tweede bankrekening geopend en de betaalpas hiervan is aan het Zorgbureau gegeven. Het Zorgbureau haalde vervolgens het geld van de rekening. Aan de familie werd verteld dat deze werkwijze gebruikelijk is. De voormalig mentor, de schoondochter die

de zorg verleende en verzoekster zijn altijd betrokken geweest bij de verlengingsaanvragen PGB vv.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 27 december 2022, onder verwijzing naar het bepaalde in artikel 7.2 van de Reglementen Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2018, 2019, 2020 en 2021, gesteld dat onder 'informele zorgverleners' vallen: "Ouders, verzorgers, partner, bloed- of aanverwanten in de eerste of tweede graad". Ook de schoondochter van verzoekster valt onder deze definitie.

Daarnaast voldoet geen van de zorgverleners van verzoekster aan de minimale opleidingseisen uit voornoemde reglementen. De schoondochter van verzoekster heeft een bewijs van deelname van het Zorgcollege overgelegd, maar zij is bij die onderwijsinstelling niet bekend.

Om deze redenen is door Zorgbureau Daadkracht B.V. ten onrechte het formele tarief berekend en wordt het verschil met het informele tarief van verzoekster teruggevorderd. Het gaat hierbij om een bedrag van € 24.902,78.

De budgethouder is zelf verantwoordelijk voor het naleven van de toepasselijke regels. Daarbij maakt het niet uit of betrokkene al dan niet te goeder trouw is, zoals blijkt uit de parlementaire geschiedenis:

" Mede naar aanleiding van de motie Bergkamp cs (25 657, nr. 215) deel ik u het volgende mede. De budgethouder is primair verantwoordelijk voor het zelf organiseren van de zorg en het financiële en administratieve beheer dat het pgb met zich meebrengt . Als een budgethouder zich onder de AWBZ niet kon verantwoorden over zijn of haar bestedingen, ging het zorgkantoor veelal over op terugvordering van de niet goed verantwoorde middelen. Er zijn echter ook budgethouders die te goeder trouw hebben gehandeld en een zorgorganisatie feitelijk de zorg hebben laten regelen en het pgb laten beheren. Zij worden dan helaas ook met een terugvordering geconfronteerd, terwijl de oorzaak van de terugvordering bij een derde kan liggen."

In dit geval is in het aanvraag-/verlengingsformulier expliciet gevraagd of de zorgverlener een bloed- of aanverwant is, en dat zou niet het geval zijn. Dat de schoondochter van verzoekster feitelijk de zorg leverde was aanvankelijk niet bekend, maar is pas naar voren gekomen bij de dossiercontrole in het kader van het onderzoek, medio 2022.

In zijn e-mailbericht van 26 april 2023 merkt de ziektekostenverzekeraar op dat verzoekster samen met haar vertegenwoordiger heeft gekozen voor het PGB vv. Deze vertegenwoordiger was ook aanwezig bij het Bewust Keuze Gesprek in 2015. Dat zij haar bankpas en het beheer van de administratie in handen van Zorgbureau Daadkracht B.V. heeft gegeven is onzorgvuldig en valt haar aan te rekenen.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar voor zover mogelijk is bereid is de familie te helpen in het nemen van vervolgstappen richting het Zorgbureau. Alle benodigde documenten kunnen bij de ziektekostenverzekeraar worden opgevraagd.

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.4.6.1 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 verpleging en verzorging alsmede 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.

Zorgverzekering

- 7.2. Verpleging en verzorging, waaronder kraamzorg, behoren tot de te verzekeren prestaties op grond van de zorgverzekering. Artikel 13a Zvw biedt de verzekerde de mogelijkheid om voor verpleging en verzorging te kiezen voor een Zvw-pgb (PGB vv). Ingevolge het vijfde lid van deze bepaling kunnen bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld over de voorwaarden die aan de verzekerde of diens vertegenwoordiger worden gesteld om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb. Bedoelde algemene maatregel van bestuur is het Bzv, en in artikel 2.15c, eerste lid, is bepaald dat onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden een Zvw-pgb wordt verstrekt indien:
 1. 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,
 2. 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,
 3. 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
 4. 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.

In het derde lid is bepaald dat de zorgverzekeraar in zijn modelovereenkomst geen andere voorwaarden en weigeringsgronden opneemt ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger dan vermeld in het eerste, tweede en vierde lid. Hierbij verwijst het vierde lid naar de ministeriële regeling waarin nadere voorwaarden kunnen worden opgenomen. Gedoeld is hierbij op de Rzv.

Artikel 2.29c Rzv bepaalt:

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 geregistreeerde 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.

Artikel 2.29a Rzv bepaalt de hoogte van het tarief, waarbij in het tweede lid het formele tarief is vastgelegd en in het derde lid is bepaald dat het tweede lid niet van toepassing is indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreeerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.

Het voorgaande is door de ziektekostenverzekeraar opgenomen in artikel B.27.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering en het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging.

- 7.3. De meest vérgaande stelling van verzoekster is dat zij, gezien haar leeftijd, onbekendheid met de Nederlandse taal en ongeletterdheid, niet in staat was de keuze te kunnen maken voor het PGB vv. Het staat daarbij volgens haar niet vast dat haar wettelijk vertegenwoordiger bij het Bewust Keuze Gesprek was. De commissie gaat aan deze stelling voorbij. Niet kan worden vastgesteld dat de zoon bij het Bewuste Keuze Gesprek in 2015 aanwezig was. Verzoekster heeft zich daar echter laten vertegenwoordigen door iemand anders van haar familie, met wie blijkens de door de ziektekostenverzekeraar overgelegde systeemnotities contact is onderhouden over de PGB vv-aanvraag voor verzoekster en over het bij de rechtbank Den Haag op 24 juli 2015 ingediende verzoek om de zoon te benoemen tot mentor over verzoekster. Uit deze systeemnotities valt af te leiden dat haar zoon in ieder geval vanaf de dag na het bewust keuze gesprek op 1 juli 2015 op de hoogte was en betrokken is geweest bij de aanvraag PGB vv. De zoon is met ingang van 9 maart 2016 bij beschikking van de rechtbank Den Haag benoemd tot mentor van verzoekster. Op de hoorzitting heeft de kleinzoon van verzoekster voorts verklaard dat zowel zijn vader in de rol van mentor als zijn moeder in de rol van zorgverlener betrokken zijn geweest bij de verlengingsaanvragen PGB vv.
- Nog daargelaten dat verzoekster tijdens het bewuste keuze gesprek werd vertegenwoordigd én haar zoon reeds betrokken was bij de aanvraag, lag het op de weg van de zoon, als toekomstig mentor, en naderhand als mentor, zich te vergewissen van de inhoud van de aanvraag, alsmede de verlengingsaanvragen voor het PGB vv en van de voorwaarden en bepalingen waaronder een PGB vv wordt verleend. Voor zover de zoon dit niet zou hebben gedaan, behoort dit voor rekening en risico van verzoekster te komen. Gelet hierop komt de commissie tot de conclusie dat verzoekster over de periode 2018, 2019, 2020 en 2021 een weloverwogen keuze

heeft gemaakt voor een PGB vv, in plaats van zorg in natura, hetzij geleverd door een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder, hetzij door een zelf gekozen zorgaanbieder met vergoeding op restitutiebasis.

- 7.4. Waar het vervolgens gaat om de inkoop van zorg bij Zorgbureau Daadkracht B.V. vermag de commissie niet in te zien om welke reden - althans vanuit het perspectief van verzoekster - deze keuze is gemaakt. Verzoekster ontving al zorg van haar schoondochter, de echtgenote van haar zoon/mentor, aanvankelijk op vrijwillige basis en onbezoldigd. Deze zorgverlening had kunnen worden voortgezet, met financiering vanuit het PGB vv, maar dan tegen het lagere informele tarief. Hetgeen door verzoekster in dit verband is aangevoerd ter onderbouwing van de keuze, met name de bekendheid met haar taal en cultuur, kan niet overtuigen, nu de feitelijke zorgverlening immers plaatsvond door haar schoondochter.
- 7.5. Wat ook de achterliggende redenen zijn, verzoekster heeft ervoor gekozen een overeenkomst aan te gaan met Zorgbureau Daadkracht BV. Hetgeen verzoekster heeft aangevoerd over de 'waarschuwingsplicht' van de ziektekostenverzekeraar en haar stelling dat zij de reikwijdte van de overeenkomst niet overzag, overtuigt de commissie niet. Verzoekster heeft zich tijdens het bewust keuze gesprek laten vertegenwoordigen door een familielid. Zij is, zoals zij heeft verklaard, de Nederlandse taal machtig. Daarnaast blijkt uit de aangehaalde regelgeving, dat een verzekerde altijd de mogelijkheid moet hebben te kiezen voor financiering van de zorg door middel van een PGB vv. Is de verzekerde zelf niet tot het beheer in staat, dan kan een vertegenwoordiger worden aangesteld. Een zorgverzekeraar mag een vertegenwoordiger die aan de wettelijke eisen voldoet niet weigeren en mag aan de vertegenwoordiger geen andere of strengere eisen stellen dan de wetgever toestaat. Tot de start van het onderzoek medio 2022 had de ziektekostenverzekeraar kennelijk geen twijfels bij het zorgbureau. Voorts is het zorgbureau geen partij in deze procedure. Zolang het tegendeel niet vast staat houdt de commissie het ervoor dat de overeenkomst met Zorgbureau Daadkracht B.V. rechtsgeldig tot stand is gekomen, waarbij nog wordt aangetekend dat alle betrokkenen hiernaar sindsdien ook hebben gehandeld. De schoondochter van verzoekster trad bij het zorgbureau in dienst, de zorgverlening verliep via het zorgbureau, het zorgbureau beheerde de administratie en bracht kosten voor de zorgverlening aan verzoekster in rekening, en betaalde het salaris van de schoondochter.
- 7.6. De ziektekostenverzekeraar heeft onweersproken gesteld dat tussen januari 2018 en oktober 2021 voor de zorgverlening door het zorgbureau het - hogere - formele tarief in rekening is gebracht. Dit terwijl de zorg aan verzoekster feitelijk werd verleend door haar schoondochter, die tot het hogere tarief - vanwege de familieband - niet was gerechtigd. Gelet op het hiervoor aangehaalde artikel 2.29a, derde lid, Rzv was onder deze omstandigheden het informele tarief van toepassing. Of de schoondochter al dan niet voldoende gediplomeerd was kan verder in het midden blijven. Opgemerkt zij dat het in de procedure overgelegde EHBO-diploma en de foto's van Facebook hoe dan ook niet als bewijs hiervan kunnen dienen. Van eventuele andere zorgverleners zijn evenmin diploma's aangeleverd. Dit alles leidt tot de conclusie dat de ziektekostenverzekeraar over genoemde periode een vergoeding heeft verleend die hoger was dan waarop volgens de verzekeringsvoorwaarden aanspraak bestond. Het verschil is door hem becijferd op € 24.902,78, en de hoogte van dit bedrag is door verzoekster niet bestreden, zodat dit voor juist moet worden gehouden.
- 7.7. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster niet tegengeworpen dat zij heeft gefraudeerd of hieraan heeft meegewerkt. De grondslag van de terugvordering is gelegen in onverschuldigde betaling (artikel 6:203 BW). De commissie stelt vast dat verzoekster op grond van de zorgverzekering en het reglement aanspraak had op vergoeding op basis van het informele tarief en niet op het gedeclareerde en betaalde hogere formele tarief. Het meerdere - € 24.902,78 - is zonder rechtsgrond, en derhalve onverschuldigd, betaald. Dat verzoekster zélf te goeder trouw was, doet aan de verplichting tot terugbetaling niet af. Haar belangen werden immers behartigd door haar wettelijk vertegenwoordiger. Hij mocht bekend worden verondersteld met de voorwaarden waaronder het PGB vv werd toegekend en was ook degene die de overeenkomst is

aangegaan met Zorgbureau Daadkracht B.V., op basis waarvan dit zorgbureau de nota's met het formele tarief kon versturen. Dat verzoekster de administratie uit handen gaf aan het zorgbureau, een rekening heeft geopend, de betaalpas hiervan aan het zorgbureau heeft gegeven, en de declaraties van het zorgbureau niet goed zijn gecontroleerd door haar zoon/mentor komt voor rekening en risico van verzoekster.

- 7.8. Door verzoekster is verwezen naar de parlementaire geschiedenis. Hetgeen hierin is opgenomen maakt de conclusie dat het teveel ontvangen bedrag door verzoekster moet worden terugbetaald niet anders. Dat een waarschuwingssysteem en/of keurmerk wenselijk zouden zijn, kan slechts worden onderschreven. Bij de andere passages betreft het terugvorderingen op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, waarbij de uitvoering in handen was van een zorgkantoor. Hier gaat het daarentegen om een private overeenkomst tussen verzoekster en de ziektekostenverzekeraar. Uit de parlementaire geschiedenis kan nimmer voortvloeien dat een private rechtspersoon een aan hem op grond van het BW toegekend vorderingsrecht moet prijsgeven.
- 7.9. Iets anders is de verwijzing door verzoekster naar de rechtspraak. Verzoekster benoemt de 'oude lijn' en de 'nieuwe lijn' en concludeert dat ongeacht of de kwestie wordt benaderd vanuit het bestuursrecht dan wel het civiel recht, de budgethouder die te goeder trouw is niet zou mogen worden geconfronteerd met een terugvordering. Die conclusie is evenwel niet juist, hetgeen hierna wordt toegelicht. Waar het gaat om de 'oude lijn', geldt dat de CRvB heeft geoordeeld dat de (rechts)bescherming van budgethouders die te goeder trouw zijn dient plaats te vinden bij de civiele rechter in het kader van de invordering. De 'nieuwe lijn', die van de rechtbank Midden Nederland, houdt in dat budgethouders die te goeder trouw zijn en die een gewaarborgde hulp hebben ingeschakeld zich niet tot de civiele rechter, maar zich voor rechtsbescherming al eerder, tot de bestuursrechter moeten wenden. De uitspraak van de rechtbank waarnaar verzoekster verwijst ziet op een besluit van het zorgkantoor in het kader van de Wlz en - in vervolg hierop - het stopzetten van het PGB en terugvorderen van hetgeen reeds werd uitgekeerd. De rechtbank overwoog onder andere dat handhaving jegens de budgethouder zinledig is en dat de familieleden van de budgethouder zelfstandig kunnen worden aangesproken door het zorgkantoor. Het zorgkantoor heeft hiervoor het bestreden besluit ten aanzien van de budgethouder niet nodig. In het betreffende geval had het zorgkantoor al besloten de moeder van de budgethouder via civielrecht aansprakelijk te stellen voor de schade die door haar (onrechtmatig) handelen was ontstaan.

De rechtbank overwoog ook:

"Samengevat komen deze overwegingen erop neer dat als het bestreden besluit in rechte komt vast te staan, de civiele rechter moet aannemen dat het pgb lager is vastgesteld en teruggevorderd omdat dat het rechtsgevolg is van het bestreden besluit. Het is echter niet zo dat de formele rechtskracht er toe leidt dat de civiele rechter ook is gebonden aan de inhoudelijke overwegingen die hebben geleid tot het oordeel van de bestuursrechter. De feiten en de motivering ter zake het handelen van de familieleden/moeder van de budgethouder die het zorgkantoor aan het bestreden besluit ten grondslag heeft gelegd kunnen zonder beperking in volle omvang aan de civiele rechter worden voorgelegd."

Uit de aangehaalde jurisprudentie kan dus niet anders worden geconcludeerd dan dat na een procedure in het kader van de Awb - of zonder dat een dergelijke procedure van toepassing is, zoals in dit geval - aan de civiele rechter nog steeds de volledige beoordelingsvrijheid toekomt. Voor de commissie is dit laatste niet anders.

- 7.10. Hiervoor zijn al diverse argumenten van verzoekster behandeld. Een vraag die nog open staat is of het redelijk is verzoekster met de terugvordering te confronteren, mede in het licht van het aanbod dat zij heeft gedaan om haar vordering op Zorgbureau Daadkracht B.V. te cederen aan de ziektekostenverzekeraar.

De commissie overweegt in dit verband dat er geen aanleiding is om tot kwijtschelding van de vordering te besluiten. Verzoekster had een mentor in de periode waarover de ziektekostenverzekeraar het bedrag terugvordert. Als gezegd, mocht hij in staat worden geacht de belangen van verzoekster goed te behartigen. Indien verzoekster, door de voor de commissie niet navolgbare keuze het zorgbureau in te schakelen, schade heeft geleden, zal zij deze op de veroorzaker kunnen verhalen. Niet valt in te zien waarom de ziektekostenverzekeraar zijn vorderingsrecht zou moeten prijsgeven.

Van misbruik van recht door de ziektekostenverzekeraar is voorts geen sprake. Van de ziektekostenverzekeraar kan niet worden verlangd dat hij een mogelijk reële verhaalsmogelijkheid opgeeft. Verzoekster heeft niet althans onvoldoende aannemelijk gemaakt dat de ziektekostenverzekeraar zich schuldig maakt aan misbruik van recht doordat hij het onverschuldigd betaalde bedrag terugvordert. Dat verzoekster in de onmogelijkheid verkeert om het gevorderde bedrag terug te betalen is niet althans onvoldoende komen vast te staan. De ziektekostenverzekeraar heeft bovendien verklaard dat afhankelijk van de draagkracht van verzoekster betaling in termijnen mogelijk is. Dat de ziektekostenverzekeraar geen gebruik maakt van de mogelijkheid om het zorgbureau rechtstreeks aan te spreken uit onrechtmatige daad, en niet instemt met het aanbod van verzoekster tot cessie van de vordering die verzoekster eventueel op het zorgbureau heeft uit hoofde van de tussen hen bestaande overeenkomst, maakt evenmin dat sprake is van misbruik van recht, was het slechts dat geenszins zeker is dat het zorgbureau verhaal biedt.

Hetgeen overigens door verzoekster is aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst. Zo treft de verwijzing naar het consumentenrecht geen doel, aangezien de overeenkomst tussen verzoekster en Zorgbureau Daadkracht BV geen onderwerp vormt van de onderhavige procedure. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar niet is gehouden het door hem teruggevorderde, teveel uitgekeerde PGB vv, kwijt te schelden dan wel in te stemmen met cessie van de vordering die verzoekster stelt te hebben op Zorgbureau Daadkracht B.V..

Slotsom

7.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 12 juni 2024,

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. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Burgerlijk Wetboek Boek 6

Artikel 203

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

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

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

Artikel 2.15a

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

Artikel 2.15b

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

Artikel 2.15c

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

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste 23 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.