

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. A.I.M. van Mierlo, drs. J.W. Heringa en M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202302850

Partijen

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

en

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

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar: (i) ten onrechte het volledig uitgekeerde PGB vv ten bedrage van € 23.566,79 terugvordert, en dat hij in ieder geval deze vordering dient te verlagen, (ii) ten onrechte de onderzoekskosten ten bedrage € 564,86 van haar vordert, (iii) haar persoonsgegevens ten onrechte heeft opgenomen in het Extern Verwijzingsregister (hierna: EVR), (iv) ten onrechte het PGB vv over de periode 1 januari 2020 tot en met 6 april 2021 heeft ingetrokken en (v) de aanvraag van 24 maart 2022 voor een PGB vv alsnog dient goed te keuren.

De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster fraude heeft gepleegd, dat daarmee de rechtsgrond aan het PGB vv is ontvallen, en dat hij op grond van onverschuldigde betaling hetgeen aan verzoekster werd uitgekeerd mocht terugvorderen en dat hij terecht de genoemde maatregelen heeft getroffen.

- 1.2. De commissie overweegt dat verzoekster heeft verklaard dat zij de facturen voor declaratie van de zorgkosten bij de ziektekostenverzekeraar zelf heeft vervaardigd en ook haar zorgverleners deels contant heeft betaald. De daartoe door verzoekster aangevoerde argumenten overtuigen niet. Zelfs bij onbekendheid met de wetgeving had verzoekster moeten weten dat het zelf vervaardigen van facturen, alsof deze van zorgaanbieders afkomstig zijn, niet is toegestaan. Daarnaast blijkt uit het door de ziektekostenverzekeraar opgestelde overzicht dat verzoekster een hoger bedrag heeft gedeclareerd dan zij aan bancaire betalingen heeft gedaan aan de zorgaanbieders. De verklaring dat zij hen deels contant heeft betaald kan haar hier niet baten, omdat bewijs hiervan ontbreekt. De commissie acht vanwege het voorgaande het opzet tot fraude bewezen. Ten aanzien van de hoogte van de vordering ter zake geldt dat de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft verklaard dat hij de declaratie van € 360,- van zorgaanbieder 'M' (2 x € 180,-) accepteert en dat hij dit bedrag op de vordering van € 23.386,79 in mindering brengt. Verzoekster heeft daartegenin gebracht dat in het overzicht van de ziektekostenverzekeraar van 23 mei 2023 bij deze zorgaanbieder in de periode van 1 juli 2021 tot en met 31 juli 2021 eenmaal een bedrag van € 180,- staat en dat niet in mindering is gebracht op de vordering. Volgens verzoekster betreft het bij zorgaanbieder 'M' 3 x € 180,- = € 540,- en zou laatstgenoemd bedrag in mindering moeten worden gebracht op de vordering. De ziektekostenverzekeraar heeft dit niet weersproken. De commissie beslist daarom dat wat betreft de declaraties van zorgaanbieder 'M' nog € 540,- (3 x 180,-) moet worden verrekend. Ten

aanzien van de overige bedragen die verzoekster in haar brief van 13 maart 2024 en ter zitting heeft willen verantwoorden, heeft de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd verweer gevoerd. Hetgeen verzoekster heeft gesteld met betrekking tot de door de ziektekostenverzekeraar uitgekeerde, maar door haar niet ontvangen bedragen worden gepasseerd. De door verzoekster gemaakte opstelling in deze kan niet als bewijs hiervan dienen. Hetzelfde heeft te gelden voor de betalingsregelingen die zij stelt met de zorgaanbieders te hebben getroffen. Indien verzoekster deze zorgaanbieders niet of te weinig heeft betaald, is dat overigens iets tussen haar en deze zorgaanbieders en doet dit niets af aan het onverschuldigde karakter van de reeds gedane betalingen door de ziektekostenverzekeraar. Dit leidt ertoe dat door de ziektekostenverzekeraar per saldo een bedrag van €23.386,79 - € 540,- = € 22.846,79 zonder rechtsgrond en daarmee onverschuldigd, aan verzoekster is betaald. Zij zal dit dan ook moeten terugbetalen. De commissie overweegt voorts dat, nu fraude bewezen is, de gemaakte onderzoekskosten ten bedrage € 564,86 van verzoekster mochten worden gevorderd en dat de registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in het EVR terecht is. De commissie beslist verder dat de ziektekostenverzekeraar op grond van het Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: het Reglement) bevoegd is een PGB vv te herzien of in te trekken. Aangezien is vastgesteld dat verzoekster fraude heeft gepleegd beslist de commissie tot slot dat de aanvraag van 24 maart 2022 voor een PGB vv terecht is afgewezen.

- 1.3. Hierna wordt eerst 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 4 oktober 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 30 oktober 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Nadat de ziektekostenverzekeraar om een reactie was verzocht, heeft verzoekster de commissie op 23 november 2023 aanvullende informatie gestuurd. Een kopie hiervan is eveneens op 23 november 2023 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.3. Bij brief van 1 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 5 december 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.4. Verzoekster heeft bij brief van 13 maart 2024 kopieën van bankafschriften, een verklaring en een afschrift van het diploma van [naam zorgaanbieder] en facturen gestuurd. Deze stukken zijn op 14 maart 2024 in kopie aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 27 maart 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. Ter zitting heeft verzoekster verzocht om een specificatie van de onderzoekskosten. De ziektekostenverzekeraar heeft hiermee ingestemd en de commissie bij e-mailbericht van 28 maart 2024 het gevraagde gestuurd. Een kopie hiervan is dezelfde dag aan verzoekster gestuurd. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 9 april 2024 verklaard geen aanmerkingen te hebben op de specificatie van de onderzoekskosten.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020, 2021 en 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen AV-gemeente-Top en AV-gemeente-Afkoop-ER (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

- 3.2. Verzoekster ontving een Persoonsgebonden Budget voor Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). De ziektekostenverzekeraar heeft, naar aanleiding van de uitkomst van een fraudeonderzoek, bij verzoekster het uitgekeerde PGB vv ten bedrage van € 23.566,79 teruggevorderd. Voorts heeft hij de gemaakte onderzoekskosten van € 564,86 van haar gevorderd. Daarnaast heeft hij verzoekster geregistreerd in het EVR. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar het PGB vv over de periode van 1 januari 2020 tot en met 31 mei 2022 met terugwerkende kracht beëindigd. De aanvraag van 24 maart 2022 voor een PGB vv heeft de ziektekostenverzekeraar afgewezen.
- 3.3. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissingen gevraagd. Bij brief van 13 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar:
- (i) ten onrechte het volledige uitgekeerde PGB vv ten bedrage van € 23.566,79 terugvordert, en dat hij in ieder geval deze vordering dient te verlagen
 - (ii) ten onrechte de onderzoekskosten ten bedrage van € 564,86 van haar vordert
 - (iii) haar persoonsgegevens ten onrechte heeft opgenomen in het EVR
 - (iv) ten onrechte het PGB vv over de periode 1 januari 2020 tot en met 6 april 2021 heeft ingetrokken, en
 - (v) de aanvraag van 24 maart 2022 voor een PGB vv alsnog dient goed te keuren.
- 4.2. Verzoekster heeft in haar brief van 10 maart 2023 verklaard dat van het opzet te misleiden geen sprake is geweest. Zij heeft niet altijd goed gehandeld door gebrek aan kennis van de wetgeving. Daarnaast klopt volgens verzoekster de hoogte van de terugvordering niet. Zij heeft namelijk een aantal maanden wél aan de eisen van een PGB vv voldaan en hiermee is geen rekening gehouden.
- 4.3. In haar brief van 4 oktober 2023, gericht aan de commissie, heeft verzoekster verklaard het niet eens te zijn met de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 13 juni 2023. Volgens verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar het volledige uitgekeerde PGB vv ten onrechte teruggevorderd, althans wordt een te hoog bedrag van haar gevorderd. Zij stelt dat uit de beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet blijkt op welke periode de terugvordering ziet. Volgens verzoekster zou het moeten gaan over de periode 1 januari 2020 tot en met 1 mei 2022. Zij heeft bij haar brief een declaratieoverzicht meegestuurd. Verzoekster merkt op dat zij informatie mist en dat zij van de ziektekostenverzekeraar deze relevante informatie nodig heeft.
- 4.4. Verzoekster stelt aan de taken en verplichtingen, verbonden aan het PGB vv, te hebben voldaan. Voor zover zij bepaalde, op haar rustende verplichtingen onvoldoende is nagekomen, wijst verzoekster op haar persoonlijke omstandigheden. Zij verklaart rolstoelgebonden en hulpbehoevend te zijn. Om die reden heeft zij een PGB vv aangevraagd en is dit door de ziektekostenverzekeraar toegekend. Verzoekster verklaart zich in eerste instantie onvoldoende te hebben kunnen verweren tegen de uitkomst van het onderzoek naar fraude. Het was haar niet duidelijk wat haar werd verweten en welke posten het betrof. Verzoekster stelt dat zij geen fraude heeft gepleegd, omdat de uren die zij heeft gedeclareerd ook daadwerkelijk zijn gewerkt door haar zorgaanbieder. Door persoonlijke omstandigheden is de administratie in 2021 en 2022 echter niet goed afgehandeld. Verschillende keren zijn zorgaanbieders uitgevallen, waardoor verzoekster met spoed op zoek moest naar vervanging. Vanwege de haast en het snel schakelen zijn sommige administratieve taken niet goed verlopen. Ook wist verzoekster niet dat zij haar zorgaanbieders niet contant mocht betalen. Verzoekster voert verder aan dat zij van de ziektekostenverzekeraar bij brief van 23 mei 2023 een overzicht heeft ontvangen, waaruit blijkt welke declaraties en uitbetalingen niet zijn geaccepteerd en hoe de terugvordering tot stand is gekomen. Verzoekster stelt dat het door de ziektekostenverzekeraar overgelegde dossier niet volledig is. Zij is door deze gang van zaken onvoldoende in de gelegenheid geweest om te kunnen voldoen aan haar

verplichtingen en wenst alsnog de mogelijkheid te krijgen een correcte verantwoording af te leggen. Verzoekster heeft zelf een herberekening op grond van haar bankafschriften (2020, 2021 en 2022) en het overzicht van de ziektekostenverzekeraar uitgevoerd. Zij komt op basis hiervan uit op een lager terugvorderingsbedrag over 2020, 2021 en 2022, namelijk totaal € 18.325,21. Verzoekster stelt dat er met name een groot verschil zit tussen het bedrag dat volgens de ziektekostenverzekeraar in 2021 aan haar is uitgekeerd en dat wat feitelijk is bijgeschreven op haar bankrekening. Ook in 2020 en 2022 heeft zij afwijkingen ontdekt. Verzoekster verklaart verder dat de ziektekostenverzekeraar bij de terugvordering over 2020, 2021 en 2022 geen rekening heeft gehouden met het vrij te besteden jaarlijks bedrag. Volgens verzoekster betekent het niet kunnen overleggen van bewijsstukken om een administratie te onderbouwen niet dat zij haar inlichtingenplicht heeft geschonden.

- 4.5. In haar e-mailbericht van 23 november 2023, gericht aan de commissie, heeft verzoekster een nieuw overzicht van betalingen meegestuurd en licht zij toe dat in dit overzicht rekening is gehouden met declaraties die zijn uitbetaald door de ziektekostenverzekeraar, maar die zagen op andere vergoedingen. Die uitbetalingen staan niet in het overzicht. Verzoekster verklaart verder dat feitelijk een bedrag van € 30.065,61 van de ziektekostenverzekeraar is ontvangen. De ziektekostenverzekeraar gaat echter uit van een bedrag van € 33.889,95. Het lijkt er volgens verzoekster op dat in de berekening van de ziektekostenverzekeraar dubbele bedragen zitten en, per abuis, ook vergoedingen die zijn uitbetaald en die niet zien op PGB vv declaraties. Ook wijken de bankbetalingen aan de zorgaanbieders af. Verzoekster stelt dat uit haar nieuwe overzicht blijkt dat een bedrag van € 12.020,40 is overgemaakt aan deze zorgaanbieders. De ziektekostenverzekeraar komt tot een bedrag van € 10.503,16. Volgens verzoekster vordert de ziektekostenverzekeraar een totaalbedrag van € 23.386,79, terwijl dit op basis van haar nieuwe overzicht € 18.045,21 moet zijn, zodat in ieder geval € 5.341,58 teveel wordt teruggevorderd. Verzoekster herhaalt dat zij in 2020, 2021 en 2022 een deel van de kosten contant aan haar zorgaanbieders heeft voldaan.
- 4.6. Gelet op haar persoonlijke omstandigheden is de registratie in het EVR onterecht. Verzoekster heeft al jaren een PGB vv en het beheer daarvan is altijd probleemloos gegaan. Het is in haar situatie van groot belang dat zij bij alle zorgverzekeraars terecht kan. Volgens verzoekster is in ieder geval sprake van verminderde verwijtbaarheid op grond waarvan aanleiding bestaat om de duur van de registratie aanzienlijk te verkorten. Daarnaast is verzoekster het niet eens met de in rekening gebrachte onderzoekskosten van € 564,86. De controle van het uitbetaalde PGB vv dient volgens haar onder de normale bezigheden van de ziektekostenverzekeraar te vallen, waarvoor hij ook personeel in dienst heeft. Bovendien stelt verzoekster dat het de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar is om jaarlijks de toekenning te controleren. Zo kunnen onregelmatigheden en verbeterpunten in een veel eerder stadium - en zonder deze extra kosten - worden opgespoord.
- 4.7. De ziektekostenverzekeraar is volgens verzoekster niet bevoegd om het PGB vv over de periode van 1 januari 2020 tot 6 april 2021 te herzien en terug te vorderen. Zij verwijst hiervoor naar artikel 9 van het Reglement. Volgens verzoekster wordt hierin bepaald dat het recht op een PGB vv kan worden herzien of ingetrokken met ingang van de ingangsdatum van de toekenningsverklaring. Verzoekster verwijst naar de brief van 13 juni 2023 van de ziektekostenverzekeraar, waarin staat dat het PGB vv voor de periode van 6 april 2021 tot 6 april 2023 is toegekend. Dit betekent naar de mening van verzoekster dat de periode vóór 6 april 2021 niet kan worden meegenomen in de terugvordering. Ná 6 april 2021 is volgens verzoekster een nieuwe toekenningsverklaring afgegeven. Daarnaast kan zij de ziektekostenverzekeraar niet volgen in zijn beslissing om het PGB vv per 1 augustus 2022 en later per 30 november 2022 te beëindigen. Volgens verzoekster zijn er geen weigeringsgronden van toepassing en kan het recht op een PGB vv wél worden vastgesteld.
- 4.8. Voorts stelt verzoekster dat de aanvraag voor een PGB vv van 24 maart 2022 met een hogere indicatie, ten onrechte bij brief van 7 februari 2023, is afgewezen. Zij is namelijk benadeeld, omdat de ziektekostenverzekeraar te lang over zijn beslissing heeft gedaan. Pas bij brief

van 3 februari 2023 heeft verzoekster de uitkomst van het onderzoek ontvangen. Hieruit zou zijn gebleken dat zij de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen onvoldoende is nagekomen. Zij heeft in deze periode niet de juiste hoeveelheid zorg kunnen inkopen en betalen. Volgens verzoekster dient de aanvraag van 24 maart 2022 daarom in ieder geval tot 3 februari 2023 of anders tot 31 december 2022 te worden toegewezen, want een groot gedeelte van het betaalde PGB vv is wèl op de juiste wijze verantwoord, waardoor er geen sprake van is dat zij niet aan haar verplichtingen heeft voldaan.

- 4.9. Bij brief van 13 maart 2024 heeft verzoekster een drietal facturen van juli, augustus en september 2021 van de zorgaanbieder 'M' gestuurd. Zij verklaart dat zij de hierop vermelde bedragen per bank aan deze zorgaanbieder heeft voldaan. Het totaalbedrag van € 540,- is daarmee alsnog verantwoord. Verzoekster verklaart verder in 2021 een gedeelte van de facturen contant te hebben betaald aan de zorgaanbieders. In het meegestuurde overzicht is volgens verzoekster te zien dat er in die periode ook bedragen contant zijn opgenomen. Die bedragen wijken niet veel van elkaar af. Zij stelt dat het daarom aannemelijk is dat een groot deel contant is betaald aan de zorgaanbieders. Verzoekster merkt tevens op dat in het overzicht van de ziektekostenverzekeraar eenmaal een - door haar alsnog verantwoord - bedrag van € 180,- staat, maar dat dit bedrag niet in mindering is gebracht op de terugvordering.
- 4.10. Verzoekster heeft de kosten van in 2022 ontvangen zorg, ten bedrage van totaal € 3.246,96, bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Zij is dit bedrag bij de zorgaanbieder aan het aflossen. Verzoekster heeft met haar brief kopieën van de bankmutaties meegestuurd. Verzoekster heeft tot 22 november 2023 bij deze zorgaanbieder een bedrag van in totaal € 1.597,50 afgelost. Ook heeft zij op 6 juni 2022 een bedrag van € 2.670,- aan een zorgaanbieder betaald en, eveneens op deze datum, een bedrag van € 317,50 aan een andere zorgaanbieder. Verzoekster heeft de facturen hiervan overgelegd. Zij stelt dat deze bedragen hiermee zijn verantwoord en om die reden dienen te worden opgeteld bij de betalingen die zij deed aan de zorgaanbieders.
- 4.11. Ter zitting heeft verzoekster, daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, herhaald dat aan haar in 2020 feitelijk € 30.065,61 is uitbetaald en wellicht nog een bedrag van ruim € 3.000,- in andere jaren. Zij heeft verder verklaard dat het totale bedrag van de bankbetalingen aan de zorgaanbieders wordt genoemd in haar brief van 23 november 2023 (€ 12.020,40). Verzoekster stelt dat door haar aan de zorgaanbieders per bank, volgens de ziektekostenverzekeraar, een bedrag van € 10.503,16 is betaald. Verzoekster heeft verder opgemerkt dat haar aanvulling bij brief van 13 maart 2024 niet door de ziektekostenverzekeraar is meegenomen in de verantwoording. Zij vraagt de ziektekostenverzekeraar of hij ook de bedragen die zij momenteel aflost bij haar zorgaanbieders hierin wil meenemen. Verzoekster heeft verder gesteld dat het door haar, bij brief van 23 november 2023, genoemde bedrag van € 18.045,21 nog moet worden verminderd met de beide in de brief van 13 maart 2024 vermelde bedragen van € 4.585,- en € 540,-, alsmede met de bedragen die verzoekster momenteel aflost aan de zorgaanbieders. Op de mededeling van de ziektekostenverzekeraar dat hij op zijn vordering nog een bedrag van € 360,- van zorgaanbieder 'M' in mindering brengt, omdat de facturen van deze zorgaanbieder zijn geaccepteerd, reageert verzoekster met de stelling dat dit een bedrag van € 540,- dient te zijn (3 x € 180,-). Zij verwijst hiervoor naar een post van juli 2021 op het overzicht van 23 mei 2023. Daarnaar door de commissie gevraagd, stelt verzoekster dat de terugvordering per saldo € 12.920,21 moet bedragen.
- Wat betreft de gevorderde onderzoekskosten meent verzoekster dat deze niet reëel zijn en vraagt zij zich af hoe de hoogte hiervan is bepaald en op basis van welke wettelijke bepaling deze kosten mogen worden opgelegd. Volgens haar staat dit namelijk niet in het Reglement of de verzekeringsvoorwaarden.
- Met betrekking tot de registratie van haar persoonsgegevens in het EVR moet het volgens verzoekster gaan over de vraag of er wel of geen fraude is gepleegd. Er zijn door haar weliswaar fouten gemaakt, maar dat is niet direct het opzet te misleiden. Een groot gedeelte van het PGB vv is immers wel goed verantwoord. Volgens verzoekster is het niet redelijk dat is overgegaan tot registratie van haar persoonsgegevens in het EVR.

Verzoekster heeft in het kader van de intrekking van het PGB vv en de afwijzing van de nieuwe aanvraag daartoe verklaard dat pas in februari 2023 de afwijzing werd ontvangen. In 2022 heeft zij nog zorg afgenomen en dus kosten gemaakt. Het lijkt er volgens haar op dat de ziektekostenverzekeraar vanwege zijn bevindingen niet zal overgaan tot het honoreren van een nieuwe aanvraag. Zij vraagt zich af of de uitkomst van het fraudeonderzoek wel een grondslag tot intrekking van het PGB vv kan zijn. Verzoekster stelt nogmaals dat het redelijk was geweest als haar de mogelijkheid was gegeven orde op zaken te stellen.

Tot slot heeft verzoekster aangetekend dat artikel 11 van het Reglement een 'kan'-bepaling betreft. Het is dus geen verplichting voor de ziektekostenverzekeraar om het volledige bedrag van haar terug te vorderen. Volgens verzoekster is de hoogte van de terugvordering niet evenredig aan hetgeen fout is gegaan.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. Bij brief van 3 februari 2023, gericht aan verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar haar zijn onderzoeksbevindingen meegedeeld. Hij verklaart hierin dat verzoekster fraude heeft gepleegd, ten eerste omdat zij facturen van zorgaanbieders heeft nagemaakt en deze heeft ingediend met als doel een vergoeding te ontvangen waarop geen recht bestaat en ten tweede, omdat zij meer zorgkosten heeft gedeclareerd dan er aan bancaire betalingen is gedaan aan haar zorgaanbieders. Tevens heeft verzoekster het tarief voor formele zorg gedeclareerd, terwijl zij informele zorg heeft ontvangen. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat dit handelen een aantal consequenties heeft. Zo wordt het verschil tussen de door verzoekster gedeclareerde zorgkosten en de aan haar zorgaanbieders uitbetaalde bedragen afgewezen en teruggevorderd. De nieuwe aanvraag voor een PGB vv wordt afgewezen op grond van het Reglement, en de persoonsgegevens van verzoekster worden voor een periode van vijf jaren geregistreerd in het EVR. Hij verklaart verder de onderzoekskosten van € 564,86 bij verzoekster te vorderen. De persoonsgegevens van verzoekster worden voor de duur van acht jaren geregistreerd in het incidentenregister van de ziektekostenverzekeraar. Tot slot stelt de ziektekostenverzekeraar dat hij de zorgverzekering van verzoekster zou hebben beëindigd, maar dat zij per 1 januari 2023 zelf heeft opgezegd.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 23 mei 2023 verklaard dat hij bij controle van de overzichten heeft geconstateerd dat twee betalingen niet waren verwerkt. De betalingen van € 480,- en € 180,- zijn alsnog verwerkt in het overzicht. De vordering is daarom verlaagd van € 24.046,79 naar € 23.386,79.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn heroverweging van 13 juni 2023 herhaald dat de terugvordering van het PGB vv en de afwijzing van de PGB vv aanvraag van 24 maart 2022 terecht zijn. Hij heeft in dit verband verklaard dat indertijd met verzoekster een Bewust Keuze Gesprek is gevoerd, waarbij is gebleken dat verzoekster voldoende op de hoogte was of had moeten zijn van de taken en verplichtingen die horen bij een PGB vv.
- 5.4. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster, tijdens de hoorzitting bij hem op 12 mei 2023, heeft verklaard dat zij haar zorgaanbieders deels contant heeft betaald. De ziektekostenverzekeraar wijst erop dat in artikel 8, zevende lid, van het Reglement 2020 en in artikel 8, negende lid, van het Reglement 2021 en 2022 is bepaald dat betalingen aan de zorgverlener per bank dienen te worden verricht; pinbetalingen en/of bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat alle bedragen die door verzoekster bij de geldautomaat zijn opgenomen, bij elkaar opgeteld, niet het totaal van de gestelde contante betalingen aan haar zorgaanbieders kunnen rechtvaardigen. Ook is volgens de ziektekostenverzekeraar niet onomstotelijk komen vast te staan dat verzoekster zorg heeft ontvangen van andere zorgaanbieders. Er is namelijk geen enkel bewijs van betalingen aan die betreffende zorgaanbieders. Daarnaast heeft verzoekster kosten van zorg van een bepaalde zorgaanbieder gedeclareerd, terwijl zij heeft verklaard dat deze zorgaanbieder kort na aanvang van de zorg is gestopt. Uit het overgelegde overzicht van de bankrekening van verzoekster blijkt volgens de ziektekostenverzekeraar dat de vergoedingen die op basis van de

ingediende declaraties naar haar zijn overgemaakt, niet één op één aan de zorgaanbieders zijn betaald. Slechts een enkele betaling aan een zorgaanbieder komt overeen met de betreffende factuur en het gedeclareerde bedrag. Bij andere betalingen zijn telkens lagere bedragen aan de zorgaanbieders overgemaakt. De ziektekostenverzekeraar stelt dat voor de zorg vanaf april 2021 - op één betaling na - geen enkele betaling per bank aan een zorgaanbieder is gedaan. Tijdens de hoorzitting op 12 mei 2023 heeft verzoekster de toekenningsbrief van 14 oktober 2022 onder de aandacht gebracht en verzocht de declaraties van haar broer, die zorg aan haar heeft verleend, alsnog te vergoeden. De ziektekostenverzekeraar verklaart in dit verband dat de declaraties van de broer geen onderdeel zijn van het onderzoek door de afdeling Speciale Zaken. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn deze betalingen op de juiste wijze gedaan, zodat de betreffende declaraties alsnog worden vergoed. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder dat verzoekster in de brief van 23 mei 2023 is geïnformeerd over twee betalingen die herleidbaar waren en dat die twee betalingen alsnog worden geaccepteerd. Deze betalingen worden op de vordering in mindering gebracht. Ook is tijdens het onderzoek door de afdeling Speciale Zaken komen vast te staan dat verzoekster de facturen, die zij bij de declaraties heeft meegestuurd, zelf heeft vervaardigd. Dit is door haar bevestigd tijdens de hoorzitting op 12 mei 2023. Gelet op het voorgaande concludeert de ziektekostenverzekeraar dat sprake is van fraude en dat terecht op grond van artikel 11 van het Reglement een bedrag van € 23.386,79 wordt teruggevorderd. Om diezelfde reden vindt de ziektekostenverzekeraar dat de onderzoekskosten terecht in rekening zijn gebracht.

- 5.5. De ziektekostenverzekeraar verklaart voorts dat in eerste instantie voor de periode van 6 april 2021 tot 6 april 2023 een PGB vv aan verzoekster was toegekend. Dit PGB vv is vervolgens met terugwerkende kracht tot 1 augustus 2022 ingetrokken, maar na uitvoerige bestudering van de stukken en in vervolg op de hoorzitting bij de ziektekostenverzekeraar is besloten om de einddatum te wijzigen naar 30 november 2022.
- 5.6. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster het PGB vv niet op de juiste wijze gebruikt en is zij de op haar rustende taken en verplichtingen niet nagekomen. Om deze reden is, gelet op artikel 4 van het Reglement, de afwijzing van de nieuwe aanvraag voor een PGB vv van 24 maart 2022 eveneens terecht geweest.
- 5.7. In zijn brief van 1 december 2023, gericht aan de commissie, stelt de ziektekostenverzekeraar dat de terugvordering ziet op de periode van 1 januari 2020 tot en met 31 mei 2022 en dat hij op grond van de Zvw binnen de verjaringstermijn van vijf jaren, conform artikel 3:309 BW, het onverschuldigd betaalde bedrag mag terugvorderen. Met zijn brief stuurt hij een overzicht mee waarin is uitgewerkt welke bedragen van verzoekster worden gevorderd, welke bedragen destijds op basis van declaraties aan verzoekster zijn vergoed, en welke bedragen verzoekster via de bank aan haar zorgaanbieders heeft overgemaakt. Verder reageert de ziektekostenverzekeraar op het e-mailbericht van 23 november 2023 van verzoekster, waarmee zij in een nieuw overzicht een aantal berekeningen had meegestuurd. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat hij naar aanleiding hiervan nogmaals de declaraties, betalingen en bancaire betalingen heeft gecontroleerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster, in haar overzicht, bij 2020 in het totaal van € 9.671,70 drie bedragen meegeteld die geen betrekking hebben op het jaar 2020. Dit betreft kosten van zorg en vervoerskosten uit 2019. Daarnaast staat in het overzicht van 2021 een bedrag van € 127,71 dat betrekking heeft op zorg die in 2020 is geleverd. Dit bedrag is door de ziektekostenverzekeraar in zijn overzicht onder 2020 verwerkt. In het overzicht van verzoekster staan ook enkele betalingen waar geen declaratie tegenover staat. Die betalingen zijn door de ziektekostenverzekeraar niet meegerekend als betalingen aan de zorgaanbieders. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij in 2020 aan verzoekster een bedrag van € 9.468,87 heeft vergoed en dat door verzoekster aan zorgaanbieders - aan de hand van declaraties - € 7.635,52 is betaald.
- 5.8. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder dat volgens de berekening van verzoekster in 2021 feitelijk een bedrag van € 12.729,39 aan haar zou zijn betaald. Verzoekster zou een bedrag van € 3.680,76 aan haar zorgaanbieders hebben voldaan. De ziektekostenverzekeraar

stelt ten aanzien hiervan dat in het overzicht van verzoekster een aantal bedragen in 2022 is vergoed, maar dat deze bedragen betrekking hebben op zorg die in 2021 is geleverd. Volgens de ziektekostenverzekeraar betreft dit een totaalbedrag van € 4.405,92. Ook staan in het overzicht van verzoekster enkele betalingen waarvan geen declaratie is ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard deze betalingen daarom niet mee te rekenen als betalingen aan zorgaanbieders. De ziektekostenverzekeraar stelt voorts dat hij in 2021 aan verzoekster een bedrag van € 17.007,60 heeft betaald en dat het totaal aan geaccepteerde betalingen op basis van bankafschriften € 2.867,64 is.

- 5.9. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder dat in het overzicht van verzoekster onder 2022 een bedrag van € 260,- staat als zijnde betaald aan een zorgaanbieder. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat genoemd bedrag betrekking heeft op het stellen van de indicatie en dat dit niet ten laste komt van het PGB vv. Hij heeft het om die reden niet meegerekend. De ziektekostenverzekeraar licht toe dat in het overzicht van verzoekster niet de vergoedingen ná 31 mei 2022 zijn verwerkt. Dit betreft een totaalbedrag van € 4.415,88. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat voor het bedrag van € 45,- van 31 mei 2022 geen declaratie van verzoekster is ontvangen. In 2022 is een bedrag van € 7.413,48 aan verzoekster uitgekeerd, terwijl door haar aan zorgaanbieders € 0,- is betaald. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat hij, bij het nogmaals handmatig controleren, bij de declaratie van zorgaanbieder 'M' van 1 juli 2021 tot en met 31 juli 2021 niet het juiste bedrag had vermeld. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de terugvordering na correctie € 23.386,79 bedraagt.
- 5.10. Volgens de ziektekostenverzekeraar staat niet ter discussie dat verzoekster zorg nodig heeft. Om die reden is aan haar destijds een PGB vv toegekend. Een groot deel van de zorg werd verleend door haar broer. De kosten van die zorg zijn op basis van vaste maandbedragen door de SVB aan hem betaald. De desbetreffende kosten zijn tot en met 30 november 2022 vergoed. Deze declaraties zijn buiten het onderzoek van de afdeling Speciale Zaken gebleven. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de declaraties van de overige zorgaanbieders wél onderdeel van het geschil zijn. Verzoekster had de facturen die zij van haar zorgaanbieders ontving moeten controleren en die facturen bij de ziektekostenverzekeraar moeten indienen. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar artikel 7.1, derde lid, van het op de zorgverzekering toepasselijke Reglement 2020-2022. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder dat bij het fraudeonderzoek onomstotelijk is komen vast te staan dat de facturen die verzoekster heeft ingediend door haar zelf zijn vervaardigd. Hierbij heeft zij verschillende keren - in ieder geval bij bancaire betalingen - hogere kosten gedeclareerd dan zij aantoonbaar aan haar zorgaanbieders heeft vergoed. De ziektekostenverzekeraar stelt dat zij daarmee een andere voorstelling van zaken heeft gegeven. Verzoekster heeft een groot deel van de aan haar verleende vergoedingen niet per bank overgemaakt aan haar zorgaanbieders. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar artikel 8 van het zo-even genoemde Reglement 2020-2022, waarin de verplichte wijze van betalen is opgenomen. De ziektekostenverzekeraar deelt mee dat de bedragen die verzoekster aantoonbaar aan haar zorgaanbieders heeft betaald en waarvan zij een declaratie had ingediend, door hem zijn geaccepteerd. Gelet op deze langdurige en structurele handelwijze concludeert de ziektekostenverzekeraar dat dit niet is te beschouwen als voortkomend uit onwetendheid of een incident. Een dergelijke handelwijze wordt hoog opgenomen en daarom handelt de ziektekostenverzekeraar volgens het door hem opgestelde fraudebeleid.
- 5.11. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat in artikel 4.5 van de voorwaarden van de zorgverzekering is toegelicht hoe door hem wordt omgegaan met fraude. De onderzoekskosten en registratie in het EVR zijn pas dan aan de orde als de afdeling Speciale Zaken tot de conclusie is gekomen dat er fraude is gepleegd. Verzoekster is met de brief van 3 februari 2023 op de hoogte gebracht van de onderzoekskosten en de registratie van haar persoonsgegevens in het EVR. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder dat hij geen reden ziet om de registratie in het EVR en de onderzoekskosten te laten vervallen. Ook licht de ziektekostenverzekeraar toe dat verzoekster met een registratie in het EVR nog steeds een basisverzekering bij een andere zorgverzekeraar kan aanvragen.

- 5.12. De aanvraag voor het PGB vv van 6 april 2021 tot 6 april 2023 werd op 4 mei 2021 ontvangen. Deze laatste datum is - gelet op het Reglement - dan de ingangsdatum van het PGB. Bij brief van 29 oktober 2021 is aan verzoekster het PGB vv voor één jaar toegekend, dat wil zeggen tot 3 mei 2022. Om ná deze datum weer een PGB vv te kunnen krijgen, heeft verzoekster een aanvraag van 24 maart 2022 ingediend voor de periode van 4 mei 2022 tot 4 mei 2023. De toen gestelde indicatie leidde niet tot een eenduidige beoordeling. De adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar wilde daarom de indicatie laten herbeoordelen door een onafhankelijke wijkverpleegkundige. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat hij verzoekster bij brief van 13 oktober 2022 om toestemming hiervoor heeft gevraagd. Voor de periode tijdens herbeoordeling heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 14 oktober 2022 aan verzoekster een PGB vv toegekend tot en met 30 november 2022, zodat zij reeds ingekochte zorg kon betalen en zorg kon inkopen. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder dat in de tussentijd de afdeling Speciale Zaken een onderzoek was gestart en de aanvraag 'on hold' had gezet. De ziektekostenverzekeraar stelt dat in aansluiting op de brief van 3 februari 2023 - waarin het onderzoeksresultaat aan verzoekster werd meegedeeld - de machtiging voor het PGB vv tot en met 30 november 2022 met terugwerkende kracht is ingetrokken. Laatstgenoemde datum is volgens de ziektekostenverzekeraar gekozen in verband met de betalingen aan haar broer. De declaraties van haar broer vormden, als gezegd, geen onderdeel van het onderzoek.
- 5.13. In zijn brief van 1 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de aanvraag van 24 maart 2022 door hem tijdig werd ontvangen, maar dat de uiteindelijke beslissing hierop pas is genomen op 7 februari 2023. Hij licht toe dat, na ontvangst van de aanvraag, aanvullende informatie aan verzoekster is gevraagd. In afwachting daarvan is de aanvraag voorgelegd aan de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar. De aanvraag is vervolgens pas in september 2022 opgepakt in verband met de hoge werkdruk en achterstanden bij de ziektekostenverzekeraar. Verder is vertraging ontstaan door het voornemen de indicatie te laten herbeoordelen door een onafhankelijke wijkverpleegkundige en vervolgens door het onderzoek van de afdeling Speciale Zaken. De ziektekostenverzekeraar kan verzoekster niet volgen in haar stelling dat zij pas in februari 2023 wist waarvan zij werd beschuldigd. Hij verklaart dat tijdens het onderzoek van de afdeling Speciale Zaken informatie bij haar is opgevraagd over de bancaire betalingen en facturen. Bij brief van 15 oktober 2022 is verzoekster een overzicht gestuurd met de bevindingen met betrekking tot de bancaire betalingen. Uit de vragen die haar werden gesteld had verzoekster volgens de ziektekostenverzekeraar kunnen opmaken dat het onderzoek was gericht op haar declaraties en de door haar gedane betalingen aan zorgaanbieders. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder dat verzoekster bij brieven van 8 november 2022 en 24 november 2022 schriftelijk ervan op de hoogte is gebracht dat de aanvraag werd overgedragen naar de afdeling Speciale Zaken. Verzoekster moet ook bekend zijn geweest met de opschorting van de beslissing op haar aanvraag. De ziektekostenverzekeraar verklaart verzoekster niet te kunnen volgen in haar stelling dat zij door de late reactie niet de juiste hoeveelheid zorg heeft kunnen inkopen en betalen. De ziektekostenverzekeraar stelt dat hij bij brief van 14 oktober 2022 aan verzoekster voor de tussentijd een PGB vv had toegekend. Met deze toekenning kon verzoekster in de periode van mei 2022 tot en met 30 november 2022 zorg inkopen en betalen.
- 5.14. De ziektekostenverzekeraar verklaart verder dat op het PGB vv op basis van de Zorgverzekeringswet - anders dan het PGB op basis van de Wet langdurige zorg (hierna: Wlz) - de Algemene wet bestuursrecht niet van toepassing is. Er is bij een PGB vvoor geen sprake van een subsidievaststelling. Er worden volgens de ziektekostenverzekeraar geen subsidievaststellingen afgegeven. Voorts verklaart de ziektekostenverzekeraar dat het PGB vv - anders dan een PGB op basis van de Wlz - geen jaarlijks vrij te besteden bedrag kent. Het PGB vv is alleen bedoeld om daarmee de kosten van de daadwerkelijk verleende zorg te vergoeden.
- 5.15. De ziektekostenverzekeraar heeft bij zijn brief van 1 december 2023 opnieuw verschillende stukken meegestuurd. Hieronder begrepen in ieder geval een nieuw overzicht van betalingen aan

verzoekster en van de bancaire betalingen van verzoekster aan haar zorgaanbieders, de brief van 3 februari 2023 met de onderzoeksbevindingen en het zittingsverslag van 12 mei 2023.

- 5.16. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar gereageerd op de stelling van verzoekster dat de door haar ontvangen bedragen en de volgens opgave aan haar uitgekeerde bedragen niet aansluiten. Volgens de ziektekostenverzekeraar staat op de overzichten wanneer welke bedragen zijn uitgekeerd. Het is aan verzoekster om aan te tonen welke betalingen zij niet zou hebben ontvangen. Ter voorbereiding op de zitting is het overzicht nogmaals gecontroleerd. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de verschillen zijn te verklaren door het verlenen van de zorg in het ene jaar en het uitbetalen van de declaraties daarvan in een ander jaar. De ziektekostenverzekeraar verklaart dat hij aan verzoekster een bedrag van totaal € 33.889,95 heeft betaald. Daarnaast door de commissie gevraagd, heeft de ziektekostenverzekeraar geantwoord, dat hij het door verzoekster berekende terugvorderingsbedrag van € 18.045,21 niet overneemt. Van de zorg die verzoekster zou hebben ontvangen van de zorgaanbieders zijn namelijk geen (betaal)overeenkomsten (overgelegd). Er zijn daarnaast geen originele facturen en, bij een andere declaratie is niet duidelijk welke zorg is geleverd. Het lijkt volgens de ziektekostenverzekeraar in ieder geval niets met verpleging en verzorging te maken te hebben. Alleen de declaraties van zorgaanbieder 'M' ten bedrag van € 180,- worden geaccepteerd. De ziektekostenverzekeraar stelt dat de terugvordering daarmee (€ 23.386,79 - € 360,- =) € 23.026,79 bedraagt. Wat betreft de onderzoekskosten heeft de ziektekostenverzekeraar ter zitting verklaard dat het in rekening brengen van dergelijke kosten bij een fraudeonderzoek in de verzekeringsvoorwaarden staat. Het is daarmee een onderdeel van de verzekeringsovereenkomst. Daarnaast zou onrechtmatige daad hiervoor een grondslag kunnen zijn, omdat verzoekster de ziektekostenverzekeraar een financieel nadeel heeft toegebracht. De ziektekostenverzekeraar is het niet eens met de stelling van verzoekster dat hij voldoende onderzoekscapaciteit heeft en daarom geen extra kosten mag berekenen. De ziektekostenverzekeraar gaat ervan uit dat iedereen een correcte administratie voert. Er is een controle afdeling voor eventuele fouten, maar in de situatie van verzoekster heeft er een apart onderzoek plaatsgevonden naar fraude. De ziektekostenverzekeraar zal een specificatie van de onderzoekskosten en van het aantal uren dat in het dossier van verzoekster is gewerkt overleggen. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat hetgeen bij de verantwoording fout is gegaan, niet de reden is tot registratie van haar persoonsgegevens in het EVR. Er zijn door verzoekster zelf facturen vervaardigd en deze heeft zij ter declaratie ingediend. Dat is fraude. Om die reden staat verzoekster geregistreerd in het EVR. Een PGB vv is een bewuste keuze. Als het haar teveel werd, omdat zorgaanbieders stopten, dan had zij contact met de ziektekostenverzekeraar moeten opnemen. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts gesteld dat het PGB vv is ingetrokken met een serieuze reden. Er zijn facturen vervalst. Een nieuwe aanvraag voor een PGB vv zal om die reden dan ook niet worden gehonoreerd. De kosten van de zorg die de broer van verzoekster heeft verleend zijn wel vergoed. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar de stukken hierover. Hij vertelt verder dat declaraties verjaren na drie jaren. Voor wat betreft de 'kan'- bepaling merkt de ziektekostenverzekeraar op dat hij bij fraude rekening wordt gehouden met eventuele bijzondere omstandigheden. Daarvan is bij verzoekster geen sprake. In het kader van het incassotraject is er een mogelijkheid tot een betalingsregeling, terwijl er ook schuldhelpverleningsvoorzieningen zijn.

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 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 zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de artikelen 7:941 en 6:203 van het Burgerlijk Wetboek (BW) en de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Terugvordering zorgkosten

- 7.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoekster zich schuldig heeft gemaakt aan fraude. Hierover overweegt de commissie het volgende.
- 7.3. Op grond van artikel 7:941, vijfde lid, BW vervalt het recht op uitkering als de verzekeringnemer een verplichting, als bedoeld in het eerste en tweede lid van genoemd artikel, niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden. Dit geldt - blijkens het slot van genoemde bepaling - alleen als deze misleiding het verval van het recht op uitkering rechtvaardigt. In het tweede lid is bepaald dat de verzekeringnemer verplicht is binnen een redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die van belang zijn om de uitkeringsplicht te beoordelen. Als het recht op uitkering vervalt, kan dit vérstrekkende gevolgen hebben voor betrokkene. Dit geldt ook voor de andere mogelijke sancties in geval van verzekeringsfraude, zoals opname van de persoonsgegevens in het interne incidentenregister en het EVR, alsmede verhaal van de gemaakte onderzoekskosten. Daarom moeten hoge eisen worden gesteld aan de gronden die leiden tot de conclusie dat sprake is van het opzet tot misleiding. Het is aan de verzekeraar concrete feiten en omstandigheden te stellen waaruit het bestaan van het in artikel 7:941, vijfde lid, BW bedoelde opzet blijkt. In dat verband kan bijvoorbeeld worden gedacht aan de omstandigheid dat betrokkene (listige) kunstgrepen heeft gehanteerd om de verzekeraar 'op het verkeerde been' te zetten. Bij betwisting door de wederpartij moet de verzekeraar zijn stellingen bewijzen.
- 7.4. Het voorgaande is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden, in de 'begripsomschrijvingen' en artikel 4.5.
- 7.5. De commissie overweegt dat verzoekster tijdens de hoorzitting bij de ziektekostenverzekeraar op 12 mei 2023 heeft verklaard dat zij facturen voor de declaratie van zorgkosten bij de ziektekostenverzekeraar zelf heeft vervaardigd. Ook zou zij de zorgaanbieders deels contant hebben betaald. Verzoekster heeft de facturen zelf heeft vervaardigd toen verschillende zorgaanbieders wilden stoppen en zij veel stress kreeg om vervanging te regelen. Ook wijt zij de ontstane problemen aan onbekendheid met de wetgeving. Deze argumenten kunnen ieder voor zich maar ook in onderling verband beschouwd niet overtuigen. Het ontvangen van een PGB vv brengt bepaalde verantwoordelijkheden met zich, zoals het voeren van een behoorlijke administratie. Zelfs bij onbekendheid met de wetgeving had verzoekster moeten weten dat het zelf vervaardigen van facturen, alsof deze van de zorgaanbieders afkomstig zijn, niet is toegestaan en zelfs kan kwalificeren als een misdrijf. Daarnaast blijkt uit het door de ziektekostenverzekeraar opgestelde overzicht dat verzoekster een hoger bedrag heeft gedeclareerd dan dat zij aan bancaire betalingen heeft gedaan aan haar zorgaanbieders. Aangezien pinbetalingen of contante betalingen aan zorgaanbieders op grond van artikel 8 van het Reglement niet mogen, kan de door verzoekster gegeven uitleg haar niet baten. Uit het feit dat bedragen zijn opgenomen kan vanzelfsprekend niet de conclusie worden verbonden dat die opgenomen bedragen zijn gebruikt om zorgaanbieder te betalen, zelfs niet als de hoogte van een opgenomen in dezelfde orde van grootte ligt als de factuur die ermee zou zijn voldaan. Daar komt bij dat de ziektekostenverzekeraar aannemelijk heeft gemaakt dat ook het totaal van de gepinde bedragen niet toereikend is om het geconstateerde verschil geheel te kunnen verklaren.
- 7.6. Uit het voorgaande volgt dat de ziektekostenverzekeraar gerechtigd is de in artikel 7:941, vijfde lid, BW opgenomen sanctie, te weten verval van het recht op uitkering toe te passen. Nu de ziektekostenverzekeraar het PGB vv reeds aan verzoekster had betaald en de rechtsgrond

hieraan is komen te ontvallen, mocht hij hetgeen teveel werd uitgekeerd als onverschuldigde betaald terugvorderen. In artikel 6:203 BW is namelijk bepaald dat degene die een ander zonder rechtsgrond een goed heeft gegeven, gerechtigd is dit van de ontvanger als onverschuldigd betaald terug te vorderen. In het tweede lid van artikel 6:203 BW is geregeld dat als de onverschuldigde betaling een geldsom betreft, de vordering dan strekt tot teruggave van een gelijk bedrag. Ook op grond van artikel 11 van het Reglement is de ziektekostenverzekeraar gerechtigd het uitbetaalde PGB vv geheel of gedeeltelijk terug te vorderen.

Ten aanzien van de hoogte van de vordering ter zake geldt dat de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft verklaard dat hij de declaratie van € 360,- van zorgaanbieder 'M' (2 x € 180,-) accepteert en dat hij dit bedrag op de vordering van € 23.386,79 in mindering brengt. Verzoekster heeft daartegenin gebracht dat in het overzicht van de ziektekostenverzekeraar van 23 mei 2023 bij deze zorgaanbieder in de periode van 1 juli 2021 tot en met 31 juli 2021 eenmaal een bedrag van € 180,- staat en dat dit niet in mindering is gebracht op de vordering. Volgens verzoekster betreft het bij zorgaanbieder 'M' 3 x € 180,- = € 540,- en zou laatstgenoemd bedrag in mindering moeten worden gebracht op de vordering. De ziektekostenverzekeraar heeft dit niet weersproken. De commissie beslist daarom dat ter zake van de declaraties van zorgaanbieder 'M' € 540,- (3 x 180,-) moet worden verrekend. Ten aanzien van de overige bedragen die verzoekster in haar brief van 13 maart 2024 en ter zitting heeft willen verantwoorden, heeft de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd verweer gevoerd. Hetgeen verzoekster heeft gesteld aangaande de door de ziektekostenverzekeraar uitgekeerde, maar door haar niet ontvangen bedragen wordt vanwege het ontbreken van een nadere onderbouwing daarvan gepasseerd. De door verzoekster zelf gemaakte opstelling kan niet als bewijs hiervan dienen. Hetzelfde heeft te gelden voor de betalingsregelingen die zij stelt met de zorgaanbieders te hebben getroffen. Indien verzoekster deze zorgaanbieders niet of te weinig heeft betaald, is dat overigens iets tussen haar en deze zorgaanbieders en doet dit niets af aan het onverschuldigde karakter van de reeds gedane betalingen door de ziektekostenverzekeraar. Dit leidt ertoe dat door de ziektekostenverzekeraar per saldo een bedrag van € 23.386,79 - € 540,- = € 22.846,79 zonder rechtsgrond, en daarmee onverschuldigd, aan verzoekster is betaald. Zij zal dit dan ook moeten terugbetalen.

Nu verzoekster op dit onderdeel van haar verzoek gedeeltelijk in het gelijk wordt gesteld, ziet de commissie grond te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan haar het bedrag van het door haar betaalde klachtgeld van € 37,- moet terugbetalen.

- 7.7. De commissie merkt in algemene zin op dat bij incasso van het in 7.6 genoemde bedrag van € 22.846,79,- die, naar het zich laat aanzien, zal dienen te geschieden in de vorm van een langjarige (af)betalingsregeling, de draagkracht van verzoekster een allesoverheersende rol dient te spelen.

Registratie in het EVR en vordering van de onderzoekskosten

- 7.8. De commissie overweegt dat, nu fraude bewezen is, de registratie van de persoonsgegevens van verzoekster in het EVR terecht is. In dit geval prevaleert het belang van opname in het EVR boven de mogelijk voor verzoekster nadelige gevolgen. Onder de gegeven omstandigheden acht de commissie de duur van de opname - vijf jaren - proportioneel. Verzoekster heeft structureel zelf vervaardigde facturen ingediend en bij herhaling meer gedeclareerd dan zij aan de zorgaanbieders betaalde. De opname van de persoonsgegevens van verzoekster in het interne incidentenregister voor de duur van acht jaren vormt geen onderdeel van het geschil. De commissie zal hierover daarom niet oordelen. Waar het gaat om de door de ziektekostenverzekeraar gevorderde onderzoekskosten van € 564,86 stelt de commissie vast dat hetgeen verzoekster heeft aangevoerd over de zorgplicht en de controleplicht van de ziektekostenverzekeraar geen doel treft. Zoals hiervoor is vastgesteld heeft verzoekster (listige) kunstgrepen toegepast - te weten het vervalsen van declaraties - om financieel voordeel te behalen. Voldoende aannemelijk is dat de ziektekostenverzekeraar, buiten de reguliere controlewerkzaamheden, extra werkzaamheden heeft moeten verrichten om de fraude en de omvang hiervan te bepalen. Bij brief van 28 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar een specificatie van de onderzoekskosten overgelegd. De hoogte van de onderzoekskosten komt de commissie niet onredelijk voor. Deze kosten zijn dan ook toewijsbaar.

Beëindiging PGB vv

- 7.9. Verzoekster heeft verklaard dat de ziektekostenverzekeraar niet bevoegd is het PGB vv vanaf 1 januari 2020 te herzien en terug te vorderen. Zij stelt in dit verband dat zij na 6 april 2021 een nieuwe toekenningsverklaring heeft ontvangen, waarmee de periode vóór 6 april 2021 is afgerond. De commissie kan deze stelling van verzoekster niet volgen. De toekenning voor een volgende periode vindt plaats na en in het kader van een nieuwe aanvraag. Dit betekent niet dat de verplichtingen die horen bij het PGB vv over de voorgaande periode daarmee zijn vervallen. De commissie beslist in dit kader dat de ziektekostenverzekeraar op grond van artikel 9, sub c, van het Reglement het PGB vv met terugwerkende kracht tot 1 januari 2020 kon intrekken en over de periode van 4 mei 2021 tot en met 30 november 2022 het PGB vv mocht herzien. Ten aanzien van de vordering uit onverschuldigde betaling kan hieraan worden toegevoegd dat de verjaringstermijn vijf jaren na de aanvang van de dag, volgend op die waarop de schuldeiser zowel met het bestaan van zijn vordering als met de persoon van de ontvanger bekend is geworden, beloopt en dat deze termijn nog niet is verstreken.

Afwijzing aanvraag PGB vv

- 7.10. Hiervoor is vastgesteld dat verzoekster fraude heeft gepleegd. De commissie overweegt dat de nieuwe aanvraag van 24 maart 2022, om die reden, op grond van artikel 4, tweede lid, van het Reglement terecht door de ziektekostenverzekeraar is afgewezen.

Slotsom

- 7.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie bepaalt dat:
- (i) het door verzoekster terug te betalen bedrag met € 540,- moet worden verlaagd tot € 22.846,79;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar het betaalde entreegeld van € 37,- aan verzoekster moet vergoeden, waarbij hem de bevoegdheid toekomt dit bedrag te verrekenen;
 - (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 30 april 2024,

A.I.M. van Mierlo

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.10

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

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

Artikel 2.15a

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

Artikel 2.15b

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

Artikel 2.15c

1. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt een Zvw-pgb verstrekt indien:

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste € 24,36 per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.
5. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook

vergoed indien:

- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020, als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de zorgverlener niet is verleend;
 - b. deze niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
- 6.** De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het vijfde lid. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.
- 7.** In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021, door de zorgverlener niet is verleend in verband met:
 - 1°. een besmetting van de verzekerde of de zorgverlener met Covid-19,
 - 2°. een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde of diens zorgverlener vanwege Covid-19, of
 - 3°. het niet kunnen verlenen overeenkomstig de maatregelen in verband met Covid-19 aan de budgethouder vanwege een beperking bij de budgethouder als bedoeld in artikel 6.6, tweede lid, onderdelen d en e, van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
- 8.** De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het zevende lid. In de registratie is opgenomen:
- a. ingeval van besmetting met Covid-19 van de verzekerde: een bewijsstuk waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting;
 - b. ingeval van een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de verzekerde en de zorgverlener overeengekomen afspraken, waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze quarantaine;
 - c. ingeval van besmetting met Covid-19 of noodzakelijke quarantaine van de zorgverlener in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de zorgverlener en de verzekerde overeengekomen afspraken waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting of noodzakelijke quarantaine;
 - d. ingeval van de in het tweede lid, onderdeel a, subonderdeel 3°, bedoelde situatie: een specificatie wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd.
- 9.** De verzekerde stelt, op verzoek van de zorgverzekeraar, de registratie, bedoeld in het achtste lid, ter beschikking.
- 10.** In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering door de zorgverlener als gevolg van het ontvangen van een vaccinatie voor Covid-19, voor ten hoogste twee uur, niet is verleend;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
- 11.** De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het elfde lid. In de eigen administratie

van budgethouder neemt budgethouder tevens een specificatie op van wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

Artikel 2.29c

1. Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:

- a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,
- b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,
- c. de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.

2. De verzekerde die door een vertegenwoordiger wordt geholpen kan het Zvw-pgb worden geweigerd indien een gegronde reden bestaat om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:

- a. bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
- b. blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres,
- c. zijn vrijheid is ontnomen,
- d. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard,
- e. anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor de verzekerde aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen, of
- f. de hulp tegen betaling verleent.

De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren. De zorg bestaat uit:

- diagnostisch onderzoek;
- interventies die zich richten op psychisch leren omgaan met de handicap;
- interventies die de beperkingen opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Naast de behandeling van de persoon met de zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeemgerichte medebehandeling van ouders of verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met de zintuiglijke beperking.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- ondersteuning bij maatschappelijk functioneren (zoals doventolkzorg);
- complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof-blinden en volwassen prelinguaal doven.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft voor aanvang van de zorg een schriftelijke verwijzing nodig voor:

Auditieve of communicatieve beperking: zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (TOS).

- u moet zijn doorverwezen door een medisch specialist of een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum. De verwijzing is gebaseerd op de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC);
- bij eventuele nieuwe zorgvragen kan, als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden, ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.

Visuele beperking: zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een visuele beperking.

- voor de verwijzing moet u zijn doorverwezen door een medisch specialist op basis van de richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG);
- bij eventuele nieuwe zorgvragen kan, als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden, ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Heeft u medisch noodzakelijk verblijf in een instelling nodig in combinatie met extramurale zintuiglijk gehandicaptenzorg? Dan moet u voor de start van het verblijf schriftelijk toestemming aan ons vragen. Bij de aanvraag moeten de volgende gegevens vermeld en bijgevoegd worden:

- de verwijsbrief;
- een onderbouwing van de medische noodzaak van het verblijf;
- de verwachte verblijfsduur.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 27 Verpleging en verzorging

27.1 Wijkverpleging

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De zorg houdt verband met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. De zorg gaat niet gepaard met verblijf zoals bedoeld in artikel 6.2, artikel 18.5 en artikel 27.3 en betreft geen kraamzorg als bedoeld in artikel 7.

Wat zijn de voorwaarden?

- een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide verpleegkundige moet vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte op basis van 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN);
- voor verzekerden onder de 18 jaar moet een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide kinderverpleegkundige vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte;
- indicaties gesteld door andere professionals zijn geen verzekerde zorg;
- de zorg wordt geleverd door een verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg of een helpende niveau 2 mits in een organisatorisch verband onder eindverantwoordelijkheid van een BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige;
- u bent gehouden mee te werken aan een huisbezoek, een telefonisch of schriftelijk onderzoek om te controleren of declaraties kloppen;

- u kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen;
- bij een restitutenota dient u de indicatiestelling (naam indicatiesteller en aantal geïndiceerde uren) en de naam van de zorgverlener toe te voegen. Diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- verzorging bij kinderen tot 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Wanneer een kind binnen de intensieve kindzorg valt of wanneer er sprake is van palliatief terminale zorg, dan valt de totale zorg thuis, verpleging en verzorging, wel onder de basisverzekering;
- verpleging en verzorging als u een Wlz-indicatie heeft. Als de verpleging plaatsvindt onder directe aansturing van de behandelend medisch specialist is dit niet zo. Dan valt de zorg onder de basisverzekering..
- persoonlijke verzorging (in de zin van ADL-ondersteuning), als u niet voldoende zelfredzaam bent bijvoorbeeld in verband met een psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke of zintuiglijke handicap, die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid. Deze zorg is geregeld in de Wmo.

Heb ik een verwijzing nodig?

Voor verpleging en verzorging voor verzekerden onder de 18 jaar is een verwijzing nodig van een kinderarts.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid:

- als er meer zorg nodig is dan gemiddeld twaalf uur per etmaal. Het machtigingsformulier kunt u vinden op zorgzekerheid.nl/wijkverpleging bij downloads;
- als u gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

27.2 Vergoeding persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget. U heeft dan vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. Met dit budget kunt u zelf uw wijkverpleging inkopen. Naast de voorwaarden van art 27.1 is het Reglement persoonsgebonden budget wijkverpleging in dit geval van kracht. In dit Reglement vindt u onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Het reglement kunt u vinden op zorgzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

27.3 Eerstelijns verblijf

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk verblijf in een Eerstelijns verblijf (ELV) instelling in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. De zorg bestaat uit:

- verblijf inclusief de daaraan onlosmakelijk gekoppelde verpleging en verzorging;
- generalistische geneeskundige zorg (zorg zoals huisartsen die plegen te bieden);
- paramedische zorg voor zover dit onlosmakelijk verbonden is met de reden voor opname;
- geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen voor zover deze onlosmakelijk verbonden zijn met de reden voor opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- de huisarts of medisch specialist heeft de indicatie gesteld en opname vindt plaats in overleg met de opnemende behandelaar ELV;
- de zorg wordt geleverd door een verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er) met minimaal niveau 3 onder toezicht van een hbo-verpleegkundige;
- bij de opname in een ELV-instelling is er zicht op herstel en terugkeer naar de eigen omgeving, tenzij er sprake is van palliatieve zorg;
- er is een Zorgplan opgesteld door een behandelaar in de ELV-instelling met een inschatting van de duur van het verblijf;
- de duur van ELV is tenminste 24 uur en in de regel niet langer dan 91 dagen. Na 1.095 dagen bestaat geen recht meer op ELV;
- de ELV-instelling beschikt over een toelating op basis van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi);
- bij het indienen van een restitutenota moet u de verwijzing van de huisarts of medisch specialist toevoegen. De diagnose-informatie op de verwijzing hoeft niet zichtbaar te zijn.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op ELV als:

- respijtzorg (Wmo/Wlz), crisiszorg (Wmo/Wlz) of (geriatrie) revalidatiezorg aangewezen is;
- er sprake is van een indicatie voor verblijf in een medisch-specialistische zorginstelling (bijvoorbeeld een ziekenhuisopname) of specialistische GGZ-zorginstelling.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor het voortzetten van een behandeling die (naar verwachting) langer duurt dan 91 dagen heeft u vooraf schriftelijk toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag moet uiterlijk twee weken voor het verstrijken van de 91 dagen ingediend zijn bij Zorg en Zekerheid.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 28 Gecombineerde Leefstijlinterventie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- een Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI), bestaande uit een behandelingsfase en een onderhoudsfase. Dit programma kent een doorlooptijd van maximaal 24 maanden;
- het programma is gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering;
- het programma bestaat uit een intake, individuele bijeenkomsten en groepsbijeenkomsten en een outtake;
- tijdens dit programma wordt u begeleid door een leefstijlcoach.

Wat zijn de voorwaarden?

- u heeft recht op de GLI vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) volgens de indicatiecriteria uit de NHG-richtlijn Obesitas en de Zorgstandaard Obesitas en wanneer u intrinsiek gemotiveerd bent om aanpassingen te doen in uw leefstijl;
- u bent 18 jaar of ouder. Uitzondering hierop is als u 16 of 17 jaar bent en er sprake is van een matig verhoogd GGR (of hoger) en de behandelaar inschat dat de jeugdige baat kan hebben bij een GLI die op de leest voor volwassenen is geschoeid;
- de zorgverlener die het leefstijladvies biedt is kwaliteitsgeregistreerd voor de betreffende GLI. Registratie vindt plaats in het register van de BLCN of in het register van de eigen paramedische beroepsgroep. In dit laatste geval betreft dit een specifieke registratie als leefstijlcoach;
- de GLI moet erkend zijn op het niveau effectiviteit in het erkenningstraject van het Loket Gezond Leven (www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies) van het RIVM;
- tijdens het aanbieden van de GLI blijft de huisarts betrokken: de zorgverlener van de GLI stemt af met de huisarts, koppelt regelmatig resultaten terug en overlegt zo nodig over eventuele aanvullende zorg;
- binnen de GLI moet de zorgverlener de contacten onderhouden met de huisarts, met andere zorgverleners en in voorkomende gevallen met het sociale domein;
- de periode waarin u de GLI (deels) ontvangen heeft maar u bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was, telt eveneens mee voor de maximale doorlooptijd van 24 maanden.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- de daadwerkelijke begeleiding bij het bewegen zelf;
- Gecombineerde Leefstijlinterventies die niet bewezen effectief zijn volgens het Loket Gezond Leven van het RIVM.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de (huis)arts.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

PGB Reglement 2020 en 2021

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. Op het moment dat de aanvraag is ontvangen bij de zorgverzekeraar, mag de indicatie niet langer dan drie maanden daarvoor gesteld zijn;
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 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 in de afgelopen twaalf maanden een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
 - e. u valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wvsn), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - f. u heeft surseance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard;
 - g. u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger is de Nederlandse taal zowel schriftelijk als mondeling machtig.
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 zal de zorgverzekeraar 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 bij de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
3. uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
4. u verleent geen medewerking (meer) aan een "Bewuste-keuzegesprek" en/of huisbezoek dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
5. uit uw aanvraagformulier of het Bewuste-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 budget(ten) waarbij hij als hulppersoon of (wettelijk) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b. beschikt bij de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
 - c. is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen;
 - d. valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wvsn), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling voor hem/haar is bij de rechtbank ingediend;
 - e. heeft surseance van betaling aangevraagd, of 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.
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 zoals in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord;
8. er wordt ook geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door uw eigen netwerk (voorheen genoemd: gebruikelijke zorg) en de zorg die u en uw naasten zelf kunnen doen. Onder deze zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen, en op basis van de belasting en belastbaarheid van het

netwerk binnen uw zorgsituatie, in redelijkheid mag worden verwacht van uw huisgenoten, tot wie gerekend worden: de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie u duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

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. één of meerdere weigeringsgronden (alsnog) voor u van toepassing blijken of door gewijzigde omstandigheden van toepassing worden;
- 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 in verband met zorg die ten laste komt van de basisverzekering;
- g. met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, 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;
- h. u de informatie die wij bij 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 het oordeel van uw verzekeraar, 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 **zorgzekerheid.nl/brochures**;
- m. wanneer u zorg in natura afneemt bij (een) zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier heeft aangegeven.

Artikel 11 Terugvordering

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

PGB Reglement 2022

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. Op het moment dat de aanvraag is ontvangen bij de zorgverzekeraar, mag de indicatie niet langer dan drie maanden daarvoor gesteld zijn;
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. Wat dit betreft geldt, in ieder geval;
 - a. dat u minimaal twee zorgverleners moet hebben indien u zeven dagen per week zorg ontvangt en/of indien u meer dan 3 zorgmomenten per dag nodig heeft; en
 - b. dat de afstand tussen zorgverlener en PGB-houder redelijk moet zijn. In het geval van ongeplande zorg, is uitsluitend een reistijd van maximaal 20 minuten per reis redelijk.
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 of uw (wettelijk) vertegenwoordiger is de Nederlandse taal zowel schriftelijk als mondeling machtig;
 - b. u bent in staat om de benodigde informatie voor de verschillende procedures volledig en zorgvuldig aan te kunnen leveren;
 - c. u voldoet aan de 10 PGB vaardigheden zoals beschreven in stap 1 op onze website **zorgzekerheid.nl/zorg-regelen/pgb/aanvragen**.
 - d. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Zvw, Wlz, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;

- e. 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;
- f. 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;
- g. u heeft in de afgelopen twaalf maanden een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
- h. u valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
- i. u heeft surseance 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, of stellen wij u aanvullende eisen 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 voldoet niet aan de voorwaarden opgenomen in artikel 2 en/of 3;
 2. 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;
 3. u beschikt volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
 4. uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
 5. u verleent geen medewerking (meer) aan een "Bewuste-keuzegesprek" en/of huisbezoek dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
 6. uit uw aanvraagformulier of het Bewuste-keuzegesprek en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgaanbieders waarmee u een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
 7. 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 budget(ten) waarbij hij als hulppersoon of (wettelijk) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b. beschikt volgens 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 voor hem/haar is bij de rechtbank ingediend;
 - e. heeft surseance van betaling aangevraagd, of 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.
 8. 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 zoals in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord;
 9. er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door uw eigen netwerk (voorheen genoemd: gebruikelijke zorg) en de zorg die u en uw naasten zelf kunnen doen. Onder deze zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen, en op basis van de belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen uw zorgsituatie, in redelijkheid mag worden verwacht. Onder netwerk wordt volgens het Begrippenkader van de V&VN verstaan: "naasten en mantelzorgers" zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden van verzekerde.
- Bij de indicatiestelling maakt de wijkverpleegkundige de afweging, gegeven de hele context van de zorgvrager, hoe de hulpvraag opgelost of hoe de interventie uitgevoerd kan worden. Het uitgangspunt daarbij is dat de zorgvrager indien mogelijk de interventie zelf uitvoert. De wijkverpleegkundige neemt daarbij de voorliggende voorzieningen mee. Is dit niet mogelijk of onvoldoende? Dan kijkt de wijkverpleegkundige volgens de 'Handreiking Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving' van de V&VN naar:
- behandeling door andere zorgprofessionals (revalidatie, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, medisch specialist, etc.); en
 - inzet van zorgtechnologie, hulpmiddelen of woningaanpassingen waardoor de interventie zelf uitgevoerd

kan worden of niet meer nodig is; en

- mogelijkheden vanuit andere domeinen (Wmo, Wlz, e.d.); en

diens netwerk en inzet van vrijwilligers, voordat een zorgprofessional (vanuit wijkverpleging of eventueel een zorgprofessional vanuit een andere discipline) wordt ingezet.

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. één of meerdere weigeringsgronden (alsnog) voor u van toepassing blijken of door gewijzigde omstandigheden van toepassing worden;

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 in verband met zorg die ten laste komt van de basisverzekering;

g. met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, 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;

h. u de informatie die wij bij 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, dan wel voor het eerst met een (wettelijk) vertegenwoordiger gaat werken en u met deze vertegenwoordiger, naar het oordeel van uw verzekeraar, 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 **[zorgenzekerheid.nl/brochures](https://www.zorgenzekerheid.nl/brochures)**;

m. wanneer u zorg in natura afneemt bij (een) zorgaanbieder(s) die u niet op uw aanvraagformulier heeft aangegeven.

Artikel 11 Terugvordering

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

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.

Burgerlijk Wetboek Boek 7

Artikel 941

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

Artikel 27 Verpleging en verzorging

27.1 Wijkverpleging

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De zorg houdt verband met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. De zorg gaat niet gepaard met verblijf 3 als bedoeld in artikel 2.11 Besluit zorgverzekering en betreft geen kraamzorg als bedoeld in artikel 7.

Wat zijn de voorwaarden?

- een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide verpleegkundige moet vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte op basis van 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN);
- voor verzekerden onder de 18 jaar moet een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide kinderverpleegkundige vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte;
- indicaties gesteld door andere professionals zijn geen verzekerde zorg;
- de zorg wordt geleverd door een verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of een helpende niveau 2. Zorg geleverd door een helpende niveau 2 moet in een organisatorisch verband onder eindverantwoordelijkheid van een BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige;
- u bent gehouden mee te werken aan een huisbezoek, een telefonisch of schriftelijk onderzoek om te controleren of declaraties kloppen;
- u kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. Dit is het geval als u naar een zorgaanbieder gaat waar Zorg en Zekerheid geen contract mee heeft. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen of een nota bij ons in te dienen. U moet de nota zelf bij ons indienen;
- bij een restitutenota dient u de indicatiestelling (naam indicatiesteller en aantal geïndiceerde uren) en de naam van de zorgverlener toe te voegen. Diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- verzorging bij kinderen tot 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Wanneer een kind binnen de intensieve kindzorg valt of wanneer er sprake is van palliatief terminale zorg, dan valt de totale zorg thuis in de vorm van verpleging en verzorging wel onder de basisverzekering;
- verpleging en verzorging als u een Wlz-indicatie heeft. Als de verpleging plaatsvindt onder directe aansturing van de behandelend medisch specialist is dit niet zo. Dan valt de zorg onder de basisverzekering;
- persoonlijke verzorging (in de zin van ADL-ondersteuning), als u niet voldoende zelfredzaam bent bijvoorbeeld in verband met een psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke of zintuiglijke handicap, die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid. Deze zorg is geregeld in de Wmo.

Heb ik een verwijzing nodig?

Voor verpleging en verzorging voor verzekerden onder de 18 jaar is een verwijzing nodig van een kinderarts.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid:

- als er meer zorg nodig is dan twaalf uur per etmaal. Het machtigingsformulier kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/wijkverpleging bij downloads;
- als u gebruik wenst te maken van een nieuw door ons gecontracteerde zorgaanbieder wijkverpleging. Het gaat om een zorgaanbieder die een contract heeft voor 2021, maar geen contract had in 2020. In de zorgzoeker kunt u vinden welke zorgaanbieders dit betreft. Het machtigingsformulier voor nieuw gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/wijkverpleging;
- als u gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

27.2 Vergoeding persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget. U heeft dan vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. Met dit budget kunt u zelf uw wijkverpleging inkopen. Naast de voorwaarden van art 27.1 is het Reglement persoonsgebonden budget wijkverpleging in dit geval van kracht. In dit Reglement vindt u onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Het reglement kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

Artikel 27 Verpleging en verzorging

27.1 Wijkverpleging

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De zorg houdt verband met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. Wijkverpleging betreft zorg in de eigen omgeving, dus thuis, maar bijvoorbeeld ook op werk of dagbesteding. De zorg gaat niet gepaard met verblijf als bedoeld in artikel 2.12 Besluit zorgverzekeringen betreft geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 Besluit zorgverzekering.

Wat zijn de voorwaarden?

- een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide verpleegkundige moet vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte op basis van 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN);
- voor verzekerden onder de 18 jaar moet een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide kinderverpleegkundige vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte;
- indicaties gesteld door andere professionals zijn geen verzekerde zorg;
- de zorg wordt geleverd door een verpleegkundig specialist, verpleegkundige of verzorgende niveau 3;
- u bent gehouden mee te werken aan een huisbezoek, een telefonisch of schriftelijk onderzoek om te controleren of declaraties kloppen;
- u kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Dit is het geval als u naar een zorgaanbieder gaat waar Zorg en Zekerheid geen contract mee heeft. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen of een nota bij ons in te dienen. U moet de nota zelf bij ons indienen;
- bij een restitutenota dient u de indicatiestelling (naam indicatiesteller en aantal geïndiceerde uren) en de naam van de zorgverlener toe te voegen. Diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- verzorging bij kinderen tot 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Wanneer een kind binnen de intensieve kindzorg valt of wanneer er sprake is van palliatief terminale zorg, dan valt de totale zorg thuis in de vorm van verpleging en verzorging wel onder de basisverzekering;
- verpleging en verzorging als u een Wlz-indicatie heeft. Als de verpleging plaatsvindt onder directe aansturing van de behandelend medisch specialist is dit niet zo. Dan valt de zorg onder de basisverzekering;
- wanneer er alleen verzorging nodig is en er is geen sprake van een geneeskundige context waar binnen deze verzorging gegeven wordt, valt dit onder de Wmo. Het gaat dan bijvoorbeeld om ondersteuning bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) wanneer u niet voldoende zelfredzaam bent. Bijvoorbeeld in verband met een psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke of zintuiglijke handicap.

Heb ik een verwijzing nodig?

Om in aanmerking te komen voor verpleging en verzorging heeft u geen verwijzing nodig.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid:

- als u gebruik wenst te maken van een nieuw door ons gecontracteerde zorgaanbieder wijkverpleging. Het gaat om een zorgaanbieder die een contract heeft voor 2022, maar geen contract had in 2021. Op zorgenzekerheid.nl/zorgzoeker kunt u vinden welke zorgaanbieders dit betreft;
- als u gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Het aanvraagformulier voor toestemming kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/brochures.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

27.2 Vergoeding persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget. U heeft dan vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. Met dit budget kunt u zelf uw wijkverpleging inkopen. Naast de voorwaarden van art 27.1 is het Reglement persoonsgebonden budget wijkverpleging in dit geval van kracht. In dit Reglement vindt u onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Het reglement kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.