



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget, formele zorgaanbieder, terugvordering
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2017-2020 artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10, 2.15a tot en met 2.15c Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv
Zaaknummer : 202002343
Zittingsdatum : 24 februari 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema, en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

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

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 21 december 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. Op 13 januari 2021 heeft verzoeker zijn verzoek nader toegelicht.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 januari 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 14 januari 2021 aan verzoeker gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren.
- 2.3. Verzoeker heeft op 14 januari 2021 per brief gereageerd en zijn verzoek nader toegelicht. Een kopie van deze brief is op 14 januari 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, waarbij hij in de gelegenheid is gesteld hierop te reageren.
- 2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 15 januari 2021 en op 22 januari 2021 per brief gereageerd en zijn standpunt nader toegelicht. Kopieën van deze brieven zijn op 26 januari 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 februari 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was van 2016 tot en met 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering). In 2020 was verzoeker tevens aanvullend verzekerd op grond van de verzekeringen VGZ Zorgt Best en VGZ Zorgt Tand Beter (hierna gezamenlijk te noemen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker in de jaren 2016 tot en met 2020 een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) toegekend.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 30 september 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij een rechtmatigheidsonderzoek is gestart met betrekking tot het PGB vv over de periode van 1 januari 2016 tot en met 30 september 2020. In deze periode heeft verzoeker persoonlijke verzorging ontvangen van zijn zoon, van zijn vrouw, handelend onder de naam [onderneming A] en van een derde zorgverlener, handelend onder de naam [onderneming B] en later [onderneming C].

- 3.4. Op 24 november 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld wat zijn bevindingen zijn op grond van het rechtmatigheidsonderzoek. Verzoeker is daarbij in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Van deze mogelijkheid heeft verzoeker gebruik gemaakt. In het dossier bevindt zich een ongedateerde reactie per brief.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 december 2020 per brief de uitkomsten van het rechtmatigheidsverzoek met verzoeker gedeeld. De ziektekostenverzekeraar heeft meegedeeld dat hij van een verzoeker (i) een bedrag van € 61.769,30 terugvordert en dat (ii) zijn persoonsgegevens zijn opgenomen in het interne incidentenregister voor een periode van 8 jaren.
- 3.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 24 december 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:
(i) de ziektekostenverzekeraar het bedrag van € 61.769,30 niet (volledig) mag terugvorderen;
(ii) de ziektekostenverzekeraar zijn gegevens niet mag opnemen in het incidentenregister.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering en artikel 7 van de voorwaarden van de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. Ook zijn de relevante bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW) vermeld. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte tot de conclusie is gekomen dat de zorgverlener bij wie hij zorg heeft ingekocht met het PGB vv het formele tarief niet in rekening mocht brengen. Niet in de verzekeringsvoorwaarden, maar in het toepasselijke PGB-reglement van de ziektekostenverzekeraar is beschreven wanneer een zorgverlener kwalificeert als een informele of een formele zorgverlener. Vanaf 2016 staat in de betreffende reglementen dat een formele zorgverlener moet beschikken over een inschrijving in het Handelsregister op grond van de juiste SBI-codes en dat deze moet beschikken over een juiste AGB-code. Zijn zorgverleners - [onderneming B] en [onderneming C] - voldoen aan deze eisen en mogen dus het formele tarief in rekening brengen. In dit verband verwijst verzoeker naar de facturen en de uittreksels van de Kamer van Koophandel van deze zorgverleners. De ziektekostenverzekeraar beroept zich erop dat een formele zorgverlener tevens moet beschikken over 'het juiste diploma'. Een dergelijke eis is echter pas opgenomen in het PGB-reglement 2020. Over deze wijziging werd verzoeker niet geïnformeerd, zodat hij hiervan niet tijdig op de hoogte was.

Verder heeft verzoeker aangevoerd dat hij per e-mail navraag heeft gedaan bij verschillende zorgverzekeraars of zijn zorgaanbieders daar het formele tarief in rekening zouden mogen brengen in het kader van het PGB vv. Deze zorgverzekeraars hanteren dezelfde voorwaarden als de ziektekostenverzekeraar. De vraag is door alle zorgverzekeraars bevestigend beantwoord. Overigens is deze vraag ook door de klantenservice van de ziektekostenverzekeraar bevestigend beantwoord.

Daarnaast heeft verzoeker opgemerkt dat de ziektekostenverzekeraar de commissie op het verkeerde been lijkt te zetten door op te merken dat het bij de zorgverlener(s) in kwestie feitelijk gaat om de vriendin van zijn zoon, dat zij daar inwoont en dat zijn zoon een aanmerkelijk belang heeft in de voornoemde ondernemingen. Hiermee lijkt de ziektekostenverzekeraar de indruk te wekken dat sprake is van schimmige constructies om met PGB-gelden om te gaan. Dit alles is misleidend en wordt met klem door verzoeker betwist.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat in de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden van 2017 tot en met 2020 is vermeld dat verpleging en verzorging, als bedoeld in artikel 2.12 Bzv, mag worden verleend door een verpleegkundig specialist, een verpleegkundige, een verzorgende niveau 3 of een verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er). In de toepasselijke 'Reglementen Zw-pgb' is nader uitgewerkt wanneer een verzekerde aanspraak kan maken op een PGB vv. Het reglement staat niet op zichzelf, maar moet in samenhang met de verzekeringsvoorwaarden worden gelezen. Dit blijkt uit artikel 1 van het reglement (2017-2020). In de reglementen is opgenomen dat onder informele zorgverleners, zorgverleners vallen die:
- een bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad zijn, en/of;
 - niet zijn ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
 - geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister

Zorgverleners die geen informele zorgverlener zijn, worden aangemerkt als formele zorgverlener. In het reglement 2020 is daarnaast vermeld, dat de zorgverlener moet beschikken over het juiste diploma (verzorgende/verpleegkundige) en aantoonbaar moet voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. Deze bepaling is geen 'nieuwe' voorwaarde waaraan moet worden voldaan, maar slechts een nadere uitwerking van de voorwaarden die reeds bestonden. Hierover hoefde de ziektekostenverzekeraar verzoeker dus niet apart te informeren. Overigens is verzoeker voorafgaand aan ieder jaar geïnformeerd over de wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden. In dit verband verwijst de ziektekostenverzekeraar naar de brieven die aan verzoeker zijn gezonden.

Aan verzoeker is in de periode van 10 maart 2017 tot en met 31 oktober 2020 persoonlijke verzorging verleend door zijn partner, die handelde onder de naam [onderneming A] en door een zorgverlener die handelde onder de naam [onderneming B] en later [onderneming C]. Door deze organisaties is het formele tarief in rekening gebracht en dat was niet toegestaan. Door verzoeker is erkend dat zijn partner niet het formele tarief in rekening mocht brengen, maar het informele tarief. Dit betekent dat het verschil tussen deze tarieven terecht wordt teruggevorderd, omdat dit onverschuldigd aan verzoeker is betaald.

Niet is gebleken dat de andere zorgverlener een BIG-registratie heeft of een gekwalificeerd verzorgende of verpleegkundige is. Dat de organisaties waaronder zij handelde wél beschikken over een AGB-code en een inschrijving in het Handelsregister doet hier niet aan af. Zou dit afdoende zijn, dan zou in theorie iedere medewerker van deze organisaties, zoals de directeur, de medewerker financiën, het secretariaat of de schoonmaker, het formele tarief in rekening mogen brengen. Dat is niet het geval. Met andere woorden kan een zorgverlener alleen het formele tarief declareren als deze beschikt over het juiste diploma én een persoonlijke AGB-code heeft óf is ingeschreven in het Handelsregister met de juiste SBI-codes. Omgekeerd is niet iedereen met een inschrijving in het Handelsregister met de juiste SBI-codes een zorgverlener die het formele tarief in rekening mag brengen. Dit betekent dat de zorgverlener in kwestie niet het formele tarief, maar het informele tarief moest hanteren en dat het verschil tussen deze tarieven terecht wordt teruggevorderd.

Terugvordering PGB vv

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft zijn terugvordering gebaseerd op de zorg die van 10 maart 2017 tot en met 31 oktober 2020 is geleverd door [onderneming A], [onderneming B] en [onderneming C], zodat het oordeel van de commissie in beginsel beperkt zal blijven tot deze periode.
- 6.5. De commissie overweegt dat in de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden uit 2017 tot en met 2020 is beschreven wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op verpleging en verzorging. Als een verzekerde voldoet aan de genoemde voorwaarden kan deze ervoor kiezen de zorg in natura af te nemen of deze zorg zelf in te kopen met een PGB vv. In het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement) is beschreven aan welke voorwaarden moet worden voldaan om in aanmerking te komen voor een PGB vv. In het reglement is tevens vermeld wanneer een zorgverlener het (lagere) informele tarief in rekening mag brengen of het (hogere) formele tarief. In artikel 1 van het reglement (2017-2020) staat dat in de verzekeringsvoorwaarden niet tot in detail is geregeld wanneer en onder welke voorwaarden recht bestaat op een PGB vv en dat dit nader is uitgewerkt in het reglement. Verder is vermeld dat het reglement deel uitmaakt van de verzekeringsvoorwaarden. Dit betekent dat het reglement niet op zichzelf staat, maar dat de verzekeringsvoorwaarden en het reglement in samenhang met elkaar moeten worden gelezen.
- 6.6. In de toepasselijke reglementen is beschreven hoe het onderscheid tussen een informele zorgverlener en een formele zorgverlener moet worden gemaakt. In het reglement (2017-2019) is - voor zover hier relevant - hierover het volgende opgenomen:

*"7.2 Hoogte en omvang declaratie
(...)*

3. Onder informele zorgverleners vallen zorgverleners die:

- a. een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad is en/of;*
- b. niet is ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;*
- c. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister."*

4. Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in artikel 7.2.1. genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het pgb vv en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.

In het reglement 2020 is - voor zover hier relevant - het volgende opgenomen:

*"7.2 Hoogte en omvang declaratie
(...)*

3. Onder informele zorgverleners vallen zorgverleners die:

- a. een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad zijn en/of;*
- b. niet zijn ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;*
- c. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister.*


4. Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in artikel 7.2.1. genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw-rgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt. Alleen de AGB-codes uit de categorieën 41 zzp-er wijkverpleging, 42 zorgaanbieders, 75 thuiszorginstellingen, 91


verpleegkundigen of 98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars worden geaccepteerd. Uw zorgverlener moet daarnaast beschikken over het juiste diploma (verzorgende/verpleegkundige) en aantoonbaar voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. Wij kunnen bij u het diploma van uw formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan wij kunnen controleren of uw zorgverlener bevoegd is tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief. (...)"

- 6.7. Verzoeker heeft in de periode van 10 maart 2017 tot en met 31 oktober 2020 zorg ontvangen van zijn vrouw, die handelde onder de naam [onderneming A]. Tussen partijen is niet in geschil dat zij niet het formele tarief in rekening mocht brengen, maar slechts het informele tarief. Het verschil tussen deze twee tarieven mag door de ziektekostenverzekeraar van verzoeker worden teruggevorderd. Het formele tarief is namelijk onverschuldigd betaald.
- 6.8. Aan verzoeker is in de periode van 10 maart 2017 tot en met 31 oktober 2020 tevens zorg verleend door een zorgverlener die handelde onder de naam [onderneming B] en later [onderneming C]. Deze zorgverlener is geen partner of bloed- of aanverwant van verzoeker. Zij is ook niet ingeschreven als verpleegkundige in het BIG-register. De zorgverlener beschikt echter wél voor beide ondernemingen over een inschrijving in het handelsregister als beschreven in artikel 7.2, onder 3, sub c en een AGB-code als genoemd in artikel 7.2, onder 4 van het reglement. Partijen verschillen van mening over het antwoord op de vraag of deze zorgverlener daarmee als formele zorgverlener is aan te merken en het formele tarief in rekening mag brengen. Hierover overweegt de commissie het volgende.
- 6.9. Uit de stellingen van de ziektekostenverzekeraar begrijpt de commissie dat in de visie van de ziektekostenverzekeraar een redelijke uitleg van de verzekeringsvoorwaarden in samenhang met het reglement met zich mee brengt dat alleen de gekwalificeerde en gediplomeerde zorgverleners die in de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden zijn genoemd het formele tarief in rekening mogen brengen. Dit blijkt echter niet duidelijk uit de voorwaarden van de zorgverzekering of het reglement (2017-2019).
Artikel 7.2 van het reglement maakt een onderscheid tussen een formele zorgverlener en het door deze in rekening te brengen tarief enerzijds en een informele zorgverlener en het door deze in rekening te brengen tarief anderzijds. Artikel 7.2.3 definieert wie als informele zorgverlener wordt aangemerkt onder vermelding van de eisen waaraan deze niet behoeft te voldoen om het voor hem geldende tarief in rekening te brengen. Ingevolge artikel 7.2.4 zijn alle zorgverleners die niet zijn aan te merken als informele zorgverleners te beschouwen als formele zorgverleners. Zij kunnen het formele tarief in rekening brengen mits zij voldoen aan de eisen als genoemd in artikel 7.2.3 en 7.2.4 reglement.
Voor een verzekerde valt niet ondubbelzinnig uit de voorwaarden van de zorgverzekering en de artikelen 7.2.3 en 7.2.4 van het reglement af te leiden dat een zorgverlener pas als een formele zorgverlener is aan te merken, als deze een zorgverlener is als genoemd in de toepasselijke voorwaarden van de zorgverzekering én voldoet aan de voorwaarden die zijn genoemd in het reglement. Evenmin is hieruit ondubbelzinnig af te leiden dat een informele zorgverlener geen zorgverlener hoeft te zijn als genoemd in de voorwaarden van de zorgverzekering, maar alsnog zorg mag verlenen in het kader van het PGB vv en hiervoor het informele tarief in rekening mag brengen. Daarbij neemt de commissie mede in overweging dat het reglement met ingang van 1 januari 2020 juist op dit punt is aangepast, door in artikel 7.4 op te nemen dat een zorgverlener ook moet beschikken over een diploma van een verzorgende en/of verpleegkundige en aantoonbaar moet voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. De uitleg die de ziektekostenverzekeraar geeft over de toepasselijke voorwaarden van de zorgverzekering en het reglement (2017-2019) kan dan ook niet worden gevolgd, nu voor een verzekerde deze uitleg niet zonder meer duidelijk kan zijn. Het beginsel van *contra proferentem* (art. 6:238, tweede lid, BW) brengt dan met zich mee dat bepalingen die op meerdere manieren kunnen worden uitgelegd - zoals ook in het onderhavige geval - in het nadeel van de ziektekostenverzekeraar moeten worden uitgelegd.

- 6.10. Artikel 7.4 van het reglement is in 2020 gewijzigd, ten opzichte van het reglement in 2019. Aan het artikel is de volgende tekst toegevoegd:
"(...) Alleen de AGB-codes uit de categorieën 41 zzp-er wijkverpleging, 42 zorgaanbieders, 75 thuiszorginstellingen, 91 verpleegkundigen of 98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars worden geaccepteerd. Uw zorgverlener moet daarnaast beschikken over het juiste diploma (verzorgende/verpleegkundige) en aantoonbaar voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. Wij kunnen bij u het diploma van uw formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan wij kunnen controleren of uw zorgverlener bevoegd is tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief."
- 6.11. Verzoeker heeft in dit verband aangevoerd dat hij niet (tijdig) over de wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden in 2020 is geïnformeerd. Dit is door de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd betwist. De commissie overweegt dat sprake is van een ingrijpende wijziging in de verzekeringsvoorwaarden. In die zin betreft het een wijziging die mogelijk ten nadele van de verzekeringnemers was. In ieder geval voor verzekeringnemers die - zoals verzoeker - een overeenkomst hebben met een zorgaanbieder die aan de formele eisen voldoet, maar voor de feitelijke zorgverlening gebruik maken van een persoon die niet langer voldoende gekwalificeerd is, zodat het formele tarief niet langer in rekening mag worden gebracht.
- 6.12. De commissie overweegt dat indien verzekeringsvoorwaarden ten nadele van de verzekerden worden gewijzigd, is een zorgverzekeraar gehouden zijn verzekeringsnemers hierover te informeren op grond van artikel 7:940, vierde lid, BW. Hieruit volgt dat het moet gaan om (i) het uitdrukkelijk en ondubbelzinnig informeren van de verzekeringnemers over de wijzigingen van de verzekeringsvoorwaarden (ii) onder verwijzing naar de grondslag van deze wijziging en (iii) met vermelding van de mogelijkheid om de ziektekostenverzekering op te zeggen (zie: GcZ, 18 december 2019, SKGZ201900485 en GcZ, 8 juli 2020, SKGZ 202000025, te raadplegen op www.kpzv.nl, alsmede de beslissingen van de Geschillencommissie Financiële Dienstverlening van 18 maart 2015, nr. 2015-090 en van 13 februari 2017, nr. 2017-114, te raadplegen op www.kifid.nl). Verder verwijst de commissie naar artikel 9 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten (TH/NR-017) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Daarin is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar de verzekerde tijdig moet informeren over wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden die voor hem of haar nadelig zijn. Deze moeten worden vermeld op de website en in het prolongatiepakket dat aan een verzekerde wordt gestuurd als de wijzigingen ingaan per 1 januari, zoals in dit geval.
- 6.13. Naar het oordeel van de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar niet aan de hiervoor bedoelde informatieverplichting voldaan. In het dossier bevindt zich een brief van de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker van 12 november 2019. Hierin is vermeld dat een wijzigingsoverzicht is bijgevoegd met daarin de belangrijkste wijzigingen. Dit overzicht ontbreekt echter in het dossier. Daarnaast wordt verwezen naar de website voor alle wijzigingen in de verzekeringsvoorwaarden. In de schriftelijke communicatie worden de grondslag voor de wijziging en de opzeggingsmogelijkheid niet vermeld. Afgezien daarvan impliceert de brief dat slechts een selectie van de wijzigingen, namelijk 'de belangrijkste wijzigingen', in het wijzigingsoverzicht zijn vermeld en bevat de brief verder slechts een algemene verwijzing naar de website. Dit is naar het oordeel van de commissie onvoldoende. Hiermee is verzoeker niet uitdrukkelijk en ondubbelzinnig over de wijzigingen die ten nadele van hem zijn geïnformeerd. De commissie verbindt hieraan het gevolg dat de zorgverzekering in 2020 dezelfde dekking bood ten aanzien van verpleging en persoonlijke verzorging als in 2019. Dit betekent dat de zorgverlener in kwestie ook in 2020 het formele tarief in rekening mochten brengen.
- 6.14. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de terugvordering ter zake de zorg die is verleend door [onderneming B] en [onderneming C] in de periode van 10 maart 2017 tot en met 31 oktober 2020 onterecht is.


 *Incidentenregister*


 6.15. In artikel 2.4 van de voorwaarden van de zorgverzekering (2020) is vermeld dat in geval van fraude de gegevens van een verzekerde kunnen worden opgenomen in het incidentenregister. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting verklaard dat verzoeker niet in dit register is opgenomen, maar in de administratie slechts is opgenomen dat een rechtmatigheidsonderzoek heeft plaatsgevonden. Hoewel dit niet overeenkomt met de maatregelen die door de ziektekostenverzekeraar zijn vermeld in de brief van 17 december 2020, is hij verzoeker daarmee op punt (ii) van zijn verzoek tegemoet gekomen.

 6.16. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

 7. Bindend advies

 7.1. De commissie beslist dat:

 (i) de ziektekostenverzekeraar het verschil tussen het formele tarief en het informele tarief van verzoeker mag terugvorderen, voor zover dit ziet op de zorg die is gedeclareerd door [onderneming A] in de periode van 10 maart 2017 tot en met 31 oktober 2020;

 (ii) de ziektekostenverzekeraar het uitgekeerde PGB vv niet mag terugvorderen voor zover dit ziet op de zorg die is gedeclareerd door [onderneming B] en [onderneming C] in de periode van 10 maart 2017 tot en met 31 oktober 2020;

 (iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

 Zeist, 6 april 2021,

 H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Artikel 6. Toekenningsverklaring

1. De ingangsdatum van het Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb ook op een latere datum in laten gaan.
2. In afwijking van artikel 6.1 is bij een herindicatie de ingangsdatum van het Zvw-pgb de datum van ingang van de geldende herindicatie, als aan de volgende voorwaarden is voldaan:
 - a. op grond van de voorgaande indicatie was u een Zvw-pgb toegekend;
 - b. de ingangsdatum van de geldende herindicatie ligt niet later dan de dag volgend op de datum van beëindiging van de voorgaande indicatie;
 - c. wij hebben uw aanvraag voor een Zvw-pgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de geldende herindicatie.
3. In de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw Zvw-pgb vast. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en mits u een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5. Beschikt u reeds over een toekenningsverklaring met een looptijd van 5 jaar, dan blijft deze geldig tenzij de zorgvraag wijzigt.
4. Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-pgb gaan wij uit van aangevraagde uren Zvw-pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.
5. Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld.
6. Als uw zorgverzekering of uw Zvw-pgb voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Als u meer zorg gedeclareerd heeft dan uw naar rato verlaagde Zvw-pgb, dient u het teveel betaalde terug te betalen.
7. De toekenning of beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.
8. Als u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al zorg in natura heeft of als u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg heeft op het moment dat u een aanvraag voor een Zvw-pgb indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het Zvw-pgb, zoals opgenomen in de toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.
9. Voor de berekening van het Zvw-pgb rekenen wij met de tarieven voor formele en informele zorgverleners zoals vermeld in artikel 7.2. Wij baseren de berekening op de door u vermelde zorgverleners in de aanvraag en de verdeling van de uren over deze zorgverleners.

Artikel 7. Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

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

7.2 Hoogte en omvang declaratie

1. Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
 - Persoonlijke verzorging : € 39,63 per uur
 - Verpleging : € 59,08 per uur
2. Voor informele zorgverleners kunt u maximaal € 23,52 per uur declareren voor persoonlijke verzorging en verpleging.
3. Onder informele zorgverleners vallen zorgverleners die:
 - a. een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad zijn en/of;
 - b. niet zijn ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
 - c. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelregister.
4. Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in artikel 7.2.1. genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt. Alleen de AGB-codes uit de categorieën 41 zzp-er wijkverpleging, 42 zorgaanbieders, 75 thuiszorginstellingen, 91 verpleegkundigen of 98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars worden geaccepteerd. Uw zorgverlener moet daarnaast beschikken over het juiste diploma (verzorgende/verpleegkundige) en aantoonbaar voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. Wij kunnen bij u het diploma van uw formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan wij kunnen controleren of uw zorgverlener bevoegd is tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief.
5. Zowel het formele als het informele tarief zijn 'all-in-tarieven'. Dit houdt in dat u naast dit tarief geen andere kosten kunt declareren, zoals werkgeverslasten, reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en hulpmiddelen.

7.3 Overige bepalingen t.b.v. declareren

1. U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van de door u gecontracteerde zorgverleners. Voor zover u niet tijdig aan uw contractuele betalingsverplichting voldoet, kunnen eventuele bijkomende kosten (bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente) niet vanuit het Zvw-pgb worden betaald.
2. Wij zijn gerechtigd om controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgverleners die u heeft gecontracteerd en in lijn is met uw indicatiestelling. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen. Indien van toepassing kunnen wij u adviseren hoe deze zorg doelmatiger ingezet kan worden.
3. Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.
4. Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het Zvw-pgb wordt overschreden, wordt niet door ons vergoed.
5. Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg.
6. Als u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgverlener(s) inhuren, dan dient u dit vooraf schriftelijk bij ons te melden. Na onze schriftelijke toestemming kunt u de nota's van buitenlandse zorgverlener(s) declareren.
7. U mag met uw zorgverleners hogere tarieven afspreken. U betaalt dan zelf het verschil tussen het tarief dat u heeft afgesproken en het maximumtarief dat wij vergoeden.
8. U kunt uw vordering op ons niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

Artikel 8. Verplichtingen

1. U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
 - NAW gegevens verzekerde
 - NAW gegevens zorgverlener
 - relatie tussen verzekerde en zorgverlener
 - looptijd van de overeenkomst
 - welke zorg zal worden geleverd
 - het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten
 - welk tarief u daarvoor zult betalen
 - AGB-code als het een formele zorgverlener betreft
 - ondertekening door verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger en zorgverlener

gerelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de Zorgstandaard Obesitas. Op onze website vindt u de erkende programma's. Een programma duurt 24 aaneengesloten maanden. U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

1. Bij een leefstijlcoach die is in ingeschreven in het register van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)
 2. Bij een fysiotherapeut, oefentherapeut, diëtist of ergotherapeut die zijn geregistreerd als leefstijlcoach.
- Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

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

Verwijsbrief nodig van

Huisarts.

Artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Dit krijgt u vergoed

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

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

U heeft alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en/of verzorging heeft en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een hbo-verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig heeft in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. De indicatie voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt gesteld door een hbo-kinder-verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

Persoonsgebonden budget (pgb)

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

1. Bij een (thuiszorg)instelling voor verpleging en verzorging met een hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist in vaste (loon)dienst. De hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist stelt de indicatie en blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De zorg wordt verleend door een hbo/mbo-verpleegkundige, verpleegkundig specialist, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).
2. Bij een zelfstandig werkend hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist voor de indicatiestelling en de zorgverlening. De zorg kan ook worden verleend door een mbo-verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er). Dit mag uitsluitend als deze zorgaanbieder samenwerkt met de hbo-(kinder)verpleegkundige of de verpleegkundig specialist die de indicatie heeft gesteld. De zorgaanbieder die de indicatie heeft gesteld, blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De samenwerking is schriftelijk vastgelegd en wij ontvangen hiervan een kopie.

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen.

Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor de zorg. Voor de indicatie heeft u geen voorafgaande toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 15. Verloskundige zorg en kraamzorg

15.1. Verloskundige zorg

Dit krijgt u vergoed

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

Deze zorg omvat ook:

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

Artikel 7: declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

1. U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum pgb vv die in uw toekenningsverklaring staat vermeld. Voor het declareren dient u gebruik te maken van de restitutenota's voor pgb vv. Deze restitutenota's kunt u vinden op onze website of telefonisch bij ons opvragen.
2. De pgb restitutenota's die u ontvangt van de zorgverleners, waar u op basis van uw pgb vv een overeenkomst mee heeft gesloten, controleert u en dient u bij ons in. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, pgb aanvraag en toestemming mag gedeclareerd worden.
3. Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Door inzending van de pgb restitutenota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze pgb restitutenota's en de geleverde uren zorg.
4. Het declareren van vast maandloon is vanuit de Zorgverzekeringswet wettelijk niet toegestaan. Vanwege de overgang van AWBZ naar Zvw in 2015 mocht uw zorgverlener tijdelijk nog via een vast maandloon worden uitbetaald indien hij in 2015 al een overeenkomst op basis van vast maandloon had. Deze overgangsregeling stopt echter op 1 juli 2017. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten, afgerond op 5 minuten, mag worden gedeclareerd.
5. Wij verzoeken u de pgb restitutenota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw pgb vv.
6. Indiciestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in artikel 2.1 en 2.2. beschreven, casemanagement en verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg worden niet vergoed uit van het pgb vv. Deze zorg zal afhankelijk van uw polis als zorg in natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed vanuit de reguliere wijkverpleging.

7.2 Hoogte en omvang declaratie

1. Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
 - Persoonlijke verzorging: € 37,86 per uur
 - Verpleging: € 56,44 per uur
 - MSVT: € 56,44 per uur
2. Voor informele zorgverleners kunt u maximaal € 23,00 per uur declareren voor persoonlijke verzorging, verpleging en/ of MSVT
3. Onder informele zorgverleners vallen zorgverleners die:
 - a. een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad is en/of;
 - b. niet zijn ingeschreven als verpleegkundige (niveau 4 of 5) in het register, bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
 - c. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister.
4. Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in artikel 7.2.1. genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het pgb vv en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.

7.3 Overige bepalingen t.b.v declareren

1. U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van de door u gecontracteerde zorgverleners. Voor zover u niet tijdig aan uw contractuele betalingsverplichting voldoet kunnen eventuele bijkomende kosten (bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente) niet vanuit het pgb vv worden betaald.
2. Wij zijn gerechtigd om controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgverleners die u hebt gecontracteerd en in lijn is met uw indicatiestelling. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen. Indien van toepassing, kunnen wij u adviseren hoe deze zorg doelmatiger ingezet kan worden.
3. Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.
4. Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het budget verpleging en verzorging wordt overschreden wordt niet door ons vergoed.
5. Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de algemene polisvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg.
6. Indien u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgverlener(s) inhuren, dan dient u dit schriftelijk vooraf bij ons te melden. Hiervoor kunt u het 'Aanvraagformulier Verpleging en verzorging buitenland' gebruiken, dit formulier is te vinden op onze website of telefonisch bij ons op te vragen. Pas na onze schriftelijke toestemming, mag u de nota's van buitenlandse zorgverlener(s) declareren. Houdt u er rekening mee dat door u in het buitenland gecontracteerde zorgverleners waarvoor de Nederlandse fiscale en sociale zekerheidswetgeving niet geldt, er lagere formele maximumtarieven gelden op grond van het voor dat land geldende 'aanvaardbaarheidspercentage'.

7. Zowel het formele als het informele tarief zijn "all-in tarieven". Dit betekent dat u naast het tarief geen andere kosten kunt declareren, zoals reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en andere werkgeverslasten
8. Het declareren van zorg via een akte van cessie is niet toegestaan.

Artikel 8: Verplichtingen

1. U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
 - NAW gegevens verzekerde;
 - NAW gegevens zorgverlener;
 - relatie tussen verzekerde en zorgverlener;
 - looptijd van de overeenkomst;
 - welke zorg zal worden geleverd;
 - het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten;
 - welk tarief u daarvoor zult betalen;
 - AGB-code indien het een formele zorgverlener betreft;
 - ondertekening door verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger en zorgverlener.

Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op onze website of de website van de Sociale Verzekeringsbank.

2. U dient er als verzekerde op toe te zien dat partner, bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad waarmee u een overeenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, niet meer dan veertig uur in één week aan werkzaamheden verrichten. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 15 jaar.
3. U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoop. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.
4. Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt, is een nieuwe indicatiestelling door de verpleegkundige noodzakelijk. U moet dan per direct een nieuwe indicatie aanvragen en een nieuwe pgb vv aanvraag indienen. Dit is van toepassing wanneer:
 - uw gezondheidssituatie verbetert of verslechtert, en/of;
 - u van zorgverlener(s) verandert, en/of;
 - uw zorg voortaan (gedeeltelijk) geleverd wordt in zorg in natura in plaats van uit uw pgb vv.

Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan, indien dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude pgb vv wordt (her)berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 6.6. Het nieuwe pgb vv wordt berekend per de ingangsdatum van dit nieuwe pgb vv.

5. U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in overeenstemming is met de gestelde indicatie.
6. U bent verplicht om een dossier te beheren en na het beëindigen van het pgb vv voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste:
 - a. de volledige pgb aanvraagformulieren inclusief bijlagen en zorgovereenkomsten;
 - b. facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;
 - c. bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);
 - d. kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties.
7. U bent voorts verplicht om gegevens uit dit dossier zo spoedig mogelijk aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen. Ook als de Sociale Verzekeringsbank (SVB) aan uw zorgverleners betaalt, moet u zelf dit dossier beheren.
8. U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige, de huisarts en de behandelend specialist om uw (medische) gegevens omtrent de pgb vv aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien op het moment dat het nodig is voor een juiste uitvoering van uw verzekering. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur of verpleegkundig adviseur.
9. Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toekenningsverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de (maximaal tot de vermelde einddatum van de indicatie) geldige toekenningsverklaring over inclusief het vermelde aantal uren voor verpleging, verzorging en MSVT. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken omdat iedere zorgverzekeraar haar eigen tarieven hanteert. Wij adviseren u om deze toekenningsverklaring te bewaren zolang hij geldig is. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen.

Artikel 13. Verpleging en verzorging

Omschrijving

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. Deze zorg omvat coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid van cliënten en het cliëntensysteem en casemanagement. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop.

Verzekerden jonger dan 18 jaar hebben alleen recht op verzorging als er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:

- sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of;
- 24 uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

Persoonsgebonden budget (pgb)

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

Eigen risico

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

Wie mag de zorg verlenen

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

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

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

Verwijsbrief nodig van

1. huisarts of medisch specialist: voor palliatief terminale zorg;
2. kinderarts: voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar (intensieve kindzorg);
3. medisch specialist: voor medische specialistische verpleging thuis. De zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist.

Bijzonderheden

1. U hebt alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en verzorging hebt en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5. De verpleegkundige stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig hebt in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.
2. De indicatiestelling voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap (intensieve kindzorg) vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de kinderarts in het ziekenhuis. De kinderverpleegkundige, niveau 5 stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

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

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

Artikel 2.15a

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

Artikel 2.15b

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

Artikel 2.15c

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

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

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

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

Artikel 2.29c

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