



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : De erven van A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ  
Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), zelfstandig  
beheer

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en  
2.10 Bzv, 2.26a tot en met 2.26c Rzv, Voorwaarden aanvullende  
ziektelastenverzekering 2019

Zaaknummer : 201902384

Zittingsdatum : 16 december 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen ( M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

---

1. Partijen

De erven van A te B, hierna te noemen: verzoekers, 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 3 april 2020 hebben verzoekers per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 oktober 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 7 oktober 2020 aan verzoekers gezonden.
- 2.3. Verzoekers en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 december 2020 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Erflaatster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Aanvullend Best (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Erflaatster ontving al jaren een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna PGB vv). Omdat haar lopende PGB vv afliep, heeft erflaatster op 21 februari 2019 bij de ziektekostenverzekeraar een verzoek ingediend tot verlenging van het PGB vv.
- 3.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 21 februari 2019 in het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget (pgb) verpleging en verzorging' over erflaatster verklaard:  
  
*"(...) Mw. heeft hulp nodig bij de ADL, toiletgang en bij transfers. (...) Progressie in diverse ziektebeelden, recente botbreuken en operaties, lactose intolerantie waardoor sneller ongelukjes, lichamelijke verzwakking (...)"*  
  
De wijkverpleegkundige heeft bij erflaatster een indicatie gesteld van 25 uren Persoonlijke Verzorging per week, met als ingangsdatum 27 januari 2019 en een einddatum van 27 januari 2020.
- 3.4. In het Bewust Keuze Gesprek (hierna: BKG) van 1 mei 2019 is blijkens het verslag van de ziektekostenverzekeraar, voor zover hier van belang, het volgende met erflaatster besproken:

*"(...) De verpleegkundige is niet bij mevrouw thuis geweest om de indicatie te stellen. Dit is gebeurd in het zorghuis waarin mevrouw een lange tijd heeft verbleven om te herstellen op basis van eerste lijns verblijf complexe zorg. (...) Mevrouw geeft aan dat ze heel ongelukkig werd in de zorginstelling en heel erg graag naar huis wilde. Dat kon alleen als zij de zorg thuis zou kunnen krijgen en daarom is de indicatie in de zorginstelling gesteld. Dit is gedaan door een*

*medewerker van deze zorginstelling. Dezelfde verpleegkundige had in 2016 ook de vorige indicatie voor mevrouw gesteld.*

*Mevrouw is eind januari 2019 naar huis gegaan. Mevrouw weet zo niet exact welke dag, ze denkt de 29ste of de 30ste. Sindsdien is er een medewerker van (...) dag en nacht bij haar in huis en helpt mevrouw met alles. Bijvoorbeeld met de persoonlijke verzorging, bereiden van maaltijden, aanreiken van eten en drinken, het huishouden, helpen naar het toilet, met mevrouw buiten gaan wandelen en met het begeleiden naar artsen afspraken. Mevrouw is weduwe en woont alleen. Ze heeft geen kinderen. Zonder deze hulp kon zij niet naar huis geeft ze aan. Mevrouw wil graag weten wat wij voor haar kunnen vergoeden, omdat ze de afgelopen tijd de rekeningen zelf heeft betaald, maar dit veel geld voor haar is. Hoe lang het gaat duren voordat zij herstelt is niet bekend.*

*Ik heb mevrouw aangegeven dat wij de 24 uurszorg niet kunnen vergoeden. Dit is niet mogelijk en ook niet geïndiceerd. Mevrouw geeft aan dat dat voor haar niet veel uit maakt. Ze wil(...) graag Wlz 24 uurszorg. Zonder 24 uur een hulp in huis te hebben kan zij niks doen geeft mevrouw aan. Ik heb mevrouw wat uitleg gegeven over de Wlz, de voorwaarden en ook dat de Wlz 24 uursaanwezigheid niet vergoed. Ik heb mevrouw aangegeven dat zij altijd een aanvraag kan doen. Ze wil(...) geen thuiszorg, want dat komen wisselende zorgverleners en die weten niet hoe ze haar moeten hanteren en krijgt ze bij de zorg veel last van pijn. Mevrouw wil(...) ook geen oproepbare zorg. (...)*

*Mevrouw geeft aan dat het het afgelopen jaar heel slecht met haar is gegaan. Ze vertelt dat ze 9 maanden lang heen en weer opgenomen is geweest in het ziekenhuis en revalidatie en daarna maanden in een zorghuis moest verblijven om te herstellen. Dit komt doordat zij vorig jaar is gevallen en een complexe beenbreuk heeft opgelopen in het bovenbeen. Ze is hieraan geopereerd en daarna is het gaan ontsteken. Daarom heeft mevrouw een tweede operatie moeten ondergaan. Artsen hebben het destijds ook gehad over het amputeren van het been. Dit is uiteindelijk niet nodig geweest. Mevrouw geeft aan dat de artsen tevreden zijn met het resultaat, maar zij ervaart dit niet zo en heeft nog steeds veel pijn. (...) Maar geeft aan dat ze nog steeds niet veel zelf kan, ze is volledig rolstoel of trippelstoel gebonden. Staan op het been om zelf transfers te makengaat ook niet geeft ze aan. Ze kan niet zelf in en uit haar bed komen. Mevrouw geeft aan dat zij ook maar 1 heup heeft en dat is in haar goede been, hierop staan gaat ook niet. De zorg die ze nodig heeft, is sinds januari niet veranderd vertelt mevrouw. De gebeurtenissen zijn een zware klap geweest voor mevrouw, ook omdat zij al langere tijd last heeft van reuma. Haar rechterarm kan ze nu niet goed gebruiken en hiermee kan ze alleen maar lichte dingen vasthouden. Bij het eten moet ze haar rechterarm ook aansturen met haar linkerarm. Ze was ooit rechtshandig, maar doet al jaren veel met links, omdat in haar rechterarm en hand veel vergroeiingen zitten. (...)*

*Ik heb met mevrouw de indicatie doorgesproken ze gaf aan dat de frequenties van het douchen, wassen en kleden juist zijn. Ook dat bij deze handelingen een volledige overname noodzakelijk is. Wat er bedoeld wordt met het verplaatsen in zit of lighouding 2 keer per dag weet mevrouw niet. Wel geeft ze aan dat zij hulp nodig heeft bij het in en uit bed komen en het van en naar het toilet gaan. Mevrouw denkt dat daarbij bedoeld wordt de hulp met de transfer en het begeleiden buitenshuis, duwen rolstoel, bij het maken van een ommetje. Ik heb mevrouw aangegeven dat wij dit als zorgverzekeraar niet kunnen vergoeden en dat dit begeleiding is, dus mogelijk via de WMO kan vergoed worden. Dit wil(...) ze niet.*

*Mevrouw vertelt dat haar huid ingesmeerd moet worden ter voorkoming van doorligplekken. Het insmeren gebeurt dagelijks en wanneer het goed gaat soms een paar dagen niet. Ze heeft nog geen doorligplekken gehad, maar het heeft er wel tegen aangezetten. Vooral op haar hakken, die zijn flink rood en geïrriteerd geweest.*

*Mevrouw heeft al jaren via de Stichting 1 vaste zorgverlener en een back-up. Nu is er dag en nacht 1 vaste andere zorgverlener bij haar in huis. Dit heeft ze zelf met het bureau (...) afgesproken, omdat ze dit zelf zo wil. Ze geeft aan dat ze hiervoor een vast bedrag per maand betaalt. Afspraken zijn vastgelegd in een contract. Mevrouw weet niet wat de uurtarieven zijn of wat het vaste bedrag per maand is, dat zij aan het bureau betaalt. Mevrouw weet ook niet wat de maximale uurtarieven van het pgb zijn. Ik heb mevrouw aangegeven om goed naar de afspraken in het contract te kijken,*

voordat ze dit ondertekent. Ook heb ik aangegeven dat het declareren van een vast maandloon niet mag volgens het reglement pgb. Mevrouw zegt dat het salaris iedere maand toch hetzelfde bedrag is. Uitgelegd dat het om de geleverde zorg moet gaan. Mevrouw geeft aan dat ze dit niet nodig vindt en dit nergens staat. Ik heb mevrouw verwezen naar het reglement pgb vv 2019 en aangegeven dat zij op de hoogte moet zijn van de inhoud hiervan. Ook moet de zorgverlener 'bureau' weten dat dit niet is toegestaan. Ook moet de zorgverlener weten dat er geen vergoeding mogelijk is voor 24 uur aanwezigheid. Dit hebben ze bij mevrouw niet aangegeven en hadden ze wel kunnen doen. Ik heb mevrouw ook vertel[d] dat het op eigen risico is om al te starten met de zorg, voordat de beslissing van de aanvraag bekend is. Mevrouw geeft aan dat dit niet anders kon, omdat ze naar huis wilde en niet nog 8 weken kon wachten. Daarnaast geeft mevrouw aan het volle vertrouwen te hebben in het

bureau die haar zorg levert, omdat zij hier al jaren zorg van krijgt. Het is een non-profit organisatie die de overgebleven omzet aan het einde van het jaar altijd doneert aan het goede doel.

Administratieve rechten en plichten:

Mevrouw geeft aan dat zij zelf de administratie en het beheer doet van het pgb. Ze geeft aan geen geheugenproblematiek te ervaren. Ze wil het zo lang mogelijk nog allemaal zelf in handen houden. Het is alleen een probleem geweest in de periode van de lange opnames. Toen is veel administratie blijven liggen. Toen ik mevrouw vroeg wie de administratie van haar over zou kunnen nemen in zulke situaties of daarover na te denken, gaf ze aan dat ze wel mensen heeft die haar kunnen helpen, namelijk haar neefje of nichtje. Op vraag waarom ze hier geen hulp bij heeft gehad, zegt mevrouw het zelf allemaal bij te willen werken. Ik heb mevrouw geadviseerd om bij de WMO navraag te doen voor de hulp in de administratie of de mogelijkheid van een wettelijk vertegenwoordiger voorgesteld. Mevrouw wil(...) geen hulp en dat vindt ze nu niet nodig.

Mevrouw controleert de facturen van de zorgverlener niet. Ze zegt dat er geen uren op vermeld staan. Dit vindt ze ook vreemd. Ze geeft aan dat het iedere maand hetzelfde bedrag is en dat controleert zij. Er wordt een urenregistratie bijgehouden door de zorgverleners zelf vertelt mevrouw. Deze liggen niet bij mevrouw in huis en zijn voor haar niet inzichtelijk. Zelf noteert zij geen urenregistratie. Mevrouw weet niet wat een urenregistratie is en wist niet dat dit moest. Niemand heeft dit ooit aan haar verteld. Ik heb haar gewezen op haar eigen verantwoordelijkheid om op de hoogte te blijven van de voorwaarden.

Ze weet niet wat het uurtarief van de zorgverlener is en weet niet wat de maximale uurtarieven van het pgb zijn. Ze heeft het nooit uitgerekend zegt ze. Dus ze weet ook niet of het afgesproken uurtarief boven of onder het maximale tarief ligt. Er is een contract opgesteld voor de 24 uurszorg en mevrouw heeft deze getekend. Ze denkt hiervan nog een kopie te hebben in haar map. Ze weet zo niet welke afspraken er zijn opgenomen in dit contract. Ze weet wel dat een gedeelte van de kosten voor haar eigen rekening komen. Ze weet niet wat het vaste maandloon is dat zij nu gefactureerd krijgt en ook niet wat zij dan moet betalen. Dit kan ze mij niet vertellen. Ze geeft aan een goed spaarcentje te hebben om het te kunnen betalen, maar dit kan zij niet langdurig blijven doen en daarom vraagt ze een vergoeding van ons.

Mevrouw bewaart de administratie in een map. Ze kan zo niet uit haar hoofd opnoemen welke stukken. Ze denkt dat de administratie 10 jaar bewaart moet blijven. Mevrouw heeft nog wel bancaire betaalbewijzen. Mevrouw wist niet dat ze wijzigingen moest doorgeven. Ik heb uitleg een voorbeelden gegevens als een wijziging in de zorgvraag, zorgverlener en een langdurige opname. Ze geeft mij aan dat dit niet hoeft, dit vindt ze onzin. Mevrouw heeft deze wijziging vorig jaar niet aan ons doorgegeven. In periode van de opname is er niet gedeclareerd. Wederom heb ik mevrouw naar het reglement verwezen en haar plichten."

- 3.5. Op 18 april 2020 is erflaatsster overleden.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 mei 2019 per brief aan verzoekers meegedeeld dat de aanvraag voor verlenging van het PGB vv is afgewezen, en dat het lopende PGB vv met terugwerkende kracht tot 1 februari 2019 is stopgezet.

3.7. Verzoekers hebben de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 19 juni 2019 en 19 september 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekers meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

#### 4. Geschil

4.1. Verzoekers hebben aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is met terugwerkende kracht tot de datum van aanvraag het PGB vv ten behoeve van erflaatster toe te kennen, conform de indicatie van de indicierend wijkverpleegkundige.

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. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

#### 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. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

#### Standpunt verzoekers

6.2. Verzoekers hebben verklaard dat erflaatster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag heeft ingediend voor verlenging van haar PGB vv. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen en het lopende PGB vv met terugwerkende kracht tot 1 februari 2019 stopgezet. De reden is dat erflaatster volgens de ziektekostenverzekeraar onvoldoende op de hoogte was van de meest elementaire voorwaarden en verplichtingen die horen bij het PGB vv. Erflaatster zou niet bekend zijn met de maximale uurtarieven, zij zou geen urenregistratie bijhouden, de facturen van de zorgverlener niet controleren, geen zorgovereenkomst hanteren die voldoet aan de hiervoor geldende voorwaarden, er zouden onregelmatigheden in de declaraties zijn gezien en erflaatster zou tijdens haar opname in een eerstelijns verblijf (hierna: ELV) hiervan geen melding hebben gemaakt.

6.3. Volgens verzoekers slaat de ziektekostenverzekeraar met betrekking tot de inhoud meermaals de plank mis. Dit komt ook doordat door de ziektekostenverzekeraar nooit met erflaatster het gesprek is aangegaan. Zou dit wel het geval zijn geweest, dan was een deel van de vermeende gebreken al opgehelderd. Volgens de ziektekostenverzekeraar is de indicatie voor het PGB vv niet gesteld in de thuissituatie. Hoewel verzoekers dit met een verklaring van de indicierend wijkverpleegkundige hebben weerlegd, blijft de ziektekostenverzekeraar dit volhouden. De indicierend wijkverpleegkundige werkte ook in het ELV waar erflaatster tijdelijk was opgenomen. Zodoende is een aantal onderwerpen ook ten tijde van de opnameperiode besproken. Dit neemt niet weg dat de indicatie zelf in de thuisomgeving is gesteld.

6.4. Volgens de ziektekostenverzekeraar voldoet de zogenoemde 'Zorghulpovereenkomst' niet aan de eisen die in artikel 8.1 van het 'Reglement persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement) zijn gesteld. De ziektekostenverzekeraar gaat eraan voorbij dat de 'Zorghulpovereenkomst' een tijdelijke overeenkomst betreft, die erflaatster had gesloten toen zij nog niet wist of zij opnieuw over een PGB vv zou kunnen beschikken. De lopende overeenkomst, die was afgesloten voor onbepaalde tijd, is eerder goedgekeurd door de ziektekostenverzekeraar.

Hetzelfde geldt voor de urenregistratie. In de periode waarin erflaatster geen PGB vv ontving, betaalde zij zelf de zorgkosten en was het niet nodig om een urenregistratie bij te houden. Toen zij een PGB vv ontving, registreerde zij de uren wel naar behoren. Verzoekers hebben hiervan urenregistraties overgelegd.

- 6.5. Het argument van de ziektekostenverzekeraar dat meerdere declaraties zijn ingediend door bij de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde thuiszorgorganisaties, kunnen verzoekers niet volgen. Erflaatster heeft in 2018 geen declaraties ingediend van andere gecontracteerde thuiszorgorganisaties, en heeft hiervoor ook geen vergoeding ontvangen. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat erflaatster in 2018 negen maanden in een ELV heeft verbleven en toch over vijf maanden in 2018 zou hebben gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar gaat eraan voorbij dat erflaatster op 19 april 2018 is opgenomen in een ELV en dus tot die datum heeft gedeclareerd. In september 2018 is erflaatster een aantal weken thuis geweest, en daarom heeft zij in die periode ook declaraties ingediend. De ziektekostenverzekeraar neemt evenwel niet de moeite hiernaar nader onderzoek te doen.
- 6.6. Tot slot geldt voor de plicht tot het melden van de opname in het ELV, dat verzoekers dit niet betwisten. Erflaatster was van deze verplichting op de hoogte. Er was toen echter sprake van een zodanig levensbedreigende situatie voor haar gezondheid, dat administratieve verplichtingen tijdelijk niet op de voorgrond stonden. Volgens verzoekers verliest de ziektekostenverzekeraar echter de menselijke maat uit het oog als hij eist dat een verzekerde die tijdens de opname bijna is overleden, toch tijd had moeten maken haar verzekeraar van de opname op de hoogte te stellen.
- 6.7. Van 1 februari 2019 tot haar overlijden op 18 april 2020 heeft erflaatster zorg gehad van haar vaste zorgverlener en heeft zij deze uit eigen middelen betaald. Het inschakelen van zorg in natura was voor haar geen optie, omdat een thuiszorgorganisatie haar niet even kundig had kunnen verzorgen. De vele personeelwisselingen gaven erflaatster veel pijn en ongemak. Omdat zij veel hulp nodig had, was zij veel tijd kwijt met het uitleggen hoe alles moest aan de wisselende zorgverleners. Om die reden heeft zij gekozen voor een PGB vv.

#### Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.8. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij van mening is dat erflaatster niet in staat was zelfstandig de taken en verplichtingen die bij een PGB vv horen uit te voeren. Tijdens het BKG op 1 mei 2019 heeft zij meegedeeld zelf het beheer te verzorgen. Een aantal voorwaarden en verplichtingen werd door haar als weinig zinnig beoordeeld, en zij was van een aantal voorwaarden en verplichtingen niet op de hoogte en/of voldeed daar niet aan. Zo wist zij niet dat er maximale uurtarieven gelden, hield zij geen urenregistratie bij, controleerde zij de facturen van de zorgverlener niet en was er geen zorgovereenkomst. De 'Zorghulpovereenkomst' komt in het geheel niet overeen met de zorgovereenkomst zoals omschreven in artikel 8.1 van het reglement. Het aan het dossier toegevoegde 'Voorbeeld urenregistratie persoonsgebonden budget' bevat slechts één van de geïndiceerde zorgaspecten en sluit op geen enkele wijze aan bij de indicatie zoals deze op 27 januari 2019 had moeten ingaan. Daarbij merkt de ziektekostenverzekeraar op dat het betreffende document pas sinds de tweede helft van 2019 beschikbaar is via de website. Het document vermeldt echter bij maand twee 2019 een uurtarief van € 25,--.
- 6.9. De ziektekostenverzekeraar heeft kennis genomen van de verklaring van de indicierend wijkverpleegkundige, waarin hij stelt dat de indicatiestelling wel in de thuissituatie heeft plaatsgevonden. De reden dat de ziektekostenverzekeraar in eerste instantie een andere mening was toegedaan, was dat de datum van de indicatiestelling 22 januari 2019 betreft, terwijl erflaatster tijdens het BKG heeft meegedeeld dat zij op 29 of 30 januari 2019 naar huis is gegaan. Verder zou verzoekster overvallen zijn geweest door het BKG. Zij is echter om 10:45 uur gebeld. Toen gaf zij aan dat het niet gelegen kwam, en is een belafsprake gemaakt voor 16:00 uur dezelfde dag. In 2018 is over vijf maanden gedeclareerd en vergoed, terwijl erflaatster negen maanden in een ELV is verbleven. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat bij een opname in een ELV niet de eerste gedachten uitgaan naar het melden van de opname aan de ziektekostenverzekeraar. Maar ergens

tijdens het langdurige verblijf had er het besef moeten zijn dat deze opname moest worden gemeld en had hiervoor ruimte kunnen worden gevonden. De ziektekostenverzekeraar betreurt het dat door erflaatster kosten zijn gemaakt om te voorzien in haar zorg. Dit had zij kunnen voorkomen door gebruik te maken van zorg door een gecontracteerde thuiszorgorganisatie.

- 6.10. De ziektekostenverzekeraar merkt verder nog op dat de zorgovereenkomst uit 2016 ziet op de eerdere zorgvraag. Als de zorgvraag wijzigt, moet een nieuwe zorgovereenkomst worden opgesteld. Met betrekking tot de urenregistraties geldt dat ook deze zien op de vorige zorgvraag. Hierbij is enkel vermeld dat één uur is gedeclareerd voor douchen. Dit is niet in lijn met de gestelde indicatie, waarin meerdere zorghandelingen zijn meegenomen. Tussen 19 februari 2018 en 22 april 2018 is ook gedeclareerd door Stichting Buurtzorg. De maanden februari, maart en april zijn daarmee dubbel in rekening gebracht.

#### Overwegingen

- 6.11. Artikel 3 lid 3 van het reglement bepaalt, als een van de voorwaarden voor toegang tot een PGB vv, dat de persoon die het PGB vv aanvraagt, naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar, in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. In artikel 4 lid 1 van het reglement is bepaald dat de aanvrager geen PGB vv ontvangt als hij bij de eerdere verstrekking van een PGB vv niet in staat is gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te houden aan de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen. In artikel 8 van het reglement zijn de verplichtingen van de budgethouder van het PGB vv omschreven. Zo moet er een zorgovereenkomst zijn die aan enkele specifiek omschreven eisen voldoet. Als de zorgvraag wijzigt moet een nieuwe indicatie worden gesteld door een wijkverpleegkundige. De verzekerde moet erop toezien dat de zorg die wordt verleend in overeenstemming is met de indicatie. Verder is de verzekerde verplicht een urenregistratie bij te houden die aan enkele specifieke eisen voldoet. Tot slot stelt artikel 8 enkele aanvullende eisen, die hier niet aan de orde zijn.
- 6.12. Met erflaatster is op 1 mei 2019 een BKG gevoerd, waarvan een verslag is gemaakt. De ziektekostenverzekeraar is op basis hiervan van mening dat erflaatster niet in staat was het PGB vv zelf te beheren. Erflaatster was volgens de ziektekostenverzekeraar niet op de hoogte van de maximale uurtarieven, zij hield geen urenregistratie bij, de facturen van de zorgverlener controleerde zij niet, er waren onregelmatigheden in de declaraties en erflaatster zou tijdens haar opname in een eerstelijns verblijf (hierna: ELV) hiervan geen melding hebben gemaakt. Ook had zij geen zorgovereenkomst die voldoet aan de hiervoor geldende voorwaarden.
- 6.13. Artikel 8, eerste lid, van het reglement bepaalt waaraan een zorgovereenkomst moet voldoen. Deze moet de NAW-gegevens van de verzekerde en de zorgverlener bevatten, de relatie tussen de verzekerde en de zorgverlener, de looptijd van de overeenkomst, welke zorg zal worden geleverd, het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten, welk tarief daarvoor wordt betaald en de AGB-code van de zorgverlener als het om een formele zorgverlener gaat. Het document moet zijn ondertekend door zowel de verzekerde als de zorgverlener. Uit het dossier blijkt dat in 2016 een zorgovereenkomst is opgesteld die voldeed aan de voorwaarden van artikel 8 van het reglement en als zodanig is goedgekeurd door de ziektekostenverzekeraar. Deze zorgovereenkomst is aangegaan voor onbepaalde tijd. Hierin is een uurtarief afgesproken van € 20,-. Dit betrof de indicatie van drie uren Persoonlijke Verzorging per week. Vast staat dat in 2019 een andere zorgvraag is ontstaan. Er is een indicatie gesteld op basis van 25 uren Persoonlijke Verzorging per week, die werd verleend door een andere zorgverlener dan voorheen. Gelet op het bepaalde in artikel 8, eerste lid, was de eerder opgestelde zorgovereenkomst daarom niet meer geldig. Op 27 januari 2019 is een zogenoemde 'Zorghulpovereenkomst' door erflaatster en de nieuwe zorgverlener ondertekend. Dit document voldoet niet aan de voorwaarden die artikel 8, eerste lid, van het reglement stelt. Zo zijn de NAW-gegevens van de zorgverlener niet vermeld, is de relatie tussen de verzekerde en de zorgverlener niet benoemd, wordt verwezen naar een zorgplan dat niet (meer) beschikbaar is, staat er niet welke zorg zal worden geleverd en op welke momenten,

is er geen uurtarief opgenomen, maar slechts een totaal tarief en ontbreekt een AGB-code.

Verzoekers hebben aangevoerd dat het ging om een tijdelijke overeenkomst, maar hebben ter zitting verklaard dat er later ook geen andere overeenkomst is opgesteld voor de verleende zorg waarvoor het PGB vv is aangevraagd. Daarbij geldt dat de zorgovereenkomst vóór het ingaan van de zorg moet worden aangegaan. Nu de zorgovereenkomst niet voldoet aan de daaraan gestelde voorwaarden, volgt daaruit dat erflaatster niet aan de op haar rustende verplichtingen voldeed en de ziektekostenverzekeraar reeds daarom in redelijkheid mocht besluiten de aanvraag voor het PGB vv af te wijzen. De stellingen van de ziektekostenverzekeraar dat erflaatster bij het eerder aan haar toegekende PGB vv niet in staat is gebleken zich aan haar verplichtingen te houden kunnen daarom onbesproken blijven.

- 6.14. Een andere grond waarop de ziektekostenverzekeraar zich heeft beroepen, is het niet goed bijhouden van de urenregistratie. Dit vormt een wezenlijk onderdeel van de verplichtingen van de budgethouder en is als zodanig omschreven in artikel 8, zesde lid, onder c van het reglement. Vast staat dat de urenregistraties die verzoekers hebben overgelegd, in grote lijnen voldoen aan de voorwaarden. Uit het verslag van het BKG blijkt echter dat erflaatster niet wist dat zij een registratie moest bijhouden. De zorgverleners zouden dit zelf doen, zonder dat erflaatster dit controleerde. Door verzoekers is dit argument van de ziektekostenverzekeraar onvoldoende weerlegd.
- 6.15. Tot slot heeft erflaatster niet aan de ziektekostenverzekeraar gemeld dat zij was opgenomen in een ELV. In artikel 9, onder f, van het reglement is bepaald dat het PGB vv kan worden herzien of ingetrokken als iemand langer dan twee maanden verblijft in een instelling voor zorg die ten laste komt van de basisverzekering. Verzoekers hebben hierover aangevoerd dat dit niet van haar kon worden gevergd, omdat zij ernstig ziek was. Gelet op de duur van de opname is echter niet aannemelijk dat erflaatster op geen enkel moment in staat was zelf dan wel met hulp van iemand anders aan de ziektekostenverzekeraar te melden dat zij was opgenomen. Zij had moeten begrijpen dat zij op basis van het reglement gehouden was deze melding te doen. De commissie is van oordeel dat dit, in samenhang met de zorgovereenkomst die niet aan de voorwaarden voldeed en de urenbriefjes die erflaatster niet controleerde, voldoende is om aan te nemen dat erflaatster niet in staat was te voldoen aan alle verplichtingen die het reglement aan de budgethouder van het PGB vv stelt. De ziektekostenverzekeraar heeft daarom in redelijkheid mogen besluiten de aanvraag voor het PGB vv af te wijzen.
- 6.16. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 8 januari 2021,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs



# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Gaat u voor gecontracteerde multidisciplinaire zorg zoals omschreven in punt 3.2 naar een zorggroep die niet door ons is gecontracteerd, dan bestaat geen recht op vergoeding.

Maakt u geen gebruik van multidisciplinaire zorg of kunt u in uw regio geen gebruikmaken van deze zorg? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (punt 1 en 2) en diëtetiek (artikel 29).

## Artikel 12. Gecombineerde leefstijlinterventie

### Dit krijgt u vergoed

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u recht op vergoeding van de kosten van een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Een GLI is een erkend programma over gezonde voeding, eetgewoontes en meer bewegen om een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden. U kunt voor een erkend programma in aanmerking komen vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de Zorgstandaard Obesitas. Op onze website vindt u de erkende programma's. Een programma duurt 24 aaneengesloten maanden. U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen.

### Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

### Hier kunt u terecht

1. Bij een leefstijlcoach die is ingeschreven in het register van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)
2. Bij een fysiotherapeut, oefentherapeut, diëtist of ergotherapeut die zijn geregistreerd als leefstijlcoach.

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts.

## Artikel 13. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

### Dit krijgt u vergoed

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

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

U heeft alleen recht op vergoeding van de kosten van deze zorg als u een indicatie voor verpleging en/of verzorging heeft en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5 of verpleegkundig specialist. Deze stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig heeft in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

De indicatie voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt gesteld door een kinderverpleegkundige, niveau 5 of verpleegkundig specialist. Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

**Persoonsgebonden budget (pgb)**

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

**Eigen risico**

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

**Hier kunt u terecht**

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

**Toestemming**

U heeft vooraf onze toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

**Extra informatie**

De huisarts of medisch specialist beoordeelt of er sprake is van palliatief terminale zorg. Palliatief terminale zorg is zorg in de laatste levensfase. De levensverwachting is dan niet langer dan 3 maanden.

## Artikel 14. Verloskundige zorg en kraamzorg

### 14.1. Verloskundige zorg

**Dit krijgt u vergoed**

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

Deze zorg omvat ook:

- Preconceptiezorg (kinderwensconsult)  
Als u een kindwens heeft, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11 punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan.
- Counseling  
Als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, dan heeft u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. In dit gesprek ontvangt u informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatietest en de twintig-weeken echo (SEO; Structureel Echoscopisch Onderzoek).
- De combinatietest, de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek als u een medische indicatie heeft. U heeft ook recht op vergoeding van de kosten van een NIPT als uit een combinatietest blijkt dat u een aanmerkelijke kans heeft op een kind met een chromosoomafwijking. U heeft recht op vergoeding van de kosten van invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) als uit een combinatietest of NIPT blijkt dat u een aanmerkelijke kans heeft op een kind met een chromosoomafwijking.
- Twintig-weeken echo (SEO)  
Met de twintig-weeken echo kunt u laten onderzoeken of uw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20e week van de zwangerschap.

**Prenatale diagnostiek:**

De combinatietest, NIPT en invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie)

Als uw behandelend zorgaanbieder vaststelt dat u een verhoogd risico heeft op een kind met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau (Trisomie 21, 18 of 13), dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van prenatale diagnostiek.

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

## Artikel 1. Inleiding

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

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

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

## Artikel 2. Doelgroep Zvw-pgb

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

## Artikel 3. Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

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

sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;

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

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

## Artikel 4. Weigeringsgronden

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

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

## Artikel 5. Aanvraag Zvw-pgb

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

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

## Artikel 6. Toekenningsverklaring

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

geldende herindicatie.

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

## Artikel 7. Declareren van zorg

### 7.1 Voorwaarden voor declareren

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

### 7.2 Hoogte en omvang declaratie

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



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

### 7.3 Overige bepalingen t.b.v. declareren

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

## Artikel 8. Verplichtingen

1. U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
  - NAW gegevens verzekerde
  - NAW gegevens zorgverlener
  - relatie tussen verzekerde en zorgverlener
  - looptijd van de overeenkomst
  - welke zorg zal worden geleverd
  - het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten
  - welk tarief u daarvoor zult betalen
  - AGB-code als het een formele zorgverlener betreft
  - ondertekening door verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger en zorgverlenerEen voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op onze website.
2. U dient er als verzekerde op toe te zien dat partner, bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad waarmee u een overeenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, niet meer dan 40 uur in één week aan werkzaamheden verrichten. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 15 jaar.

U bent verplicht om eenmaal per jaar mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige, die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, bent u verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een aanvraagformulier in te vullen en in te dienen.
3. U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoopt. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.

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

## Artikel 9. Herziening of intrekking

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

## Artikel 10. Beëindigen van het Zvw-pgb.

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

## Artikel 11. Terugvordering

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

## Artikel 12. Begripsomschrijvingen

### AGB-code

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

### Bewust-keuzegesprek

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

### BINKZ

Branchevereniging Integrale Kindzorg.

### Bloed- en aanverwanten

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

### Handelsregister

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

### Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg

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

### SBI codering

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

### Wettelijk vertegenwoordiger

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

### Vertegenwoordiger

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

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand:

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

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

### WSNP

Wet schuldsanering natuurlijke personen.

### Zorg in natura

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

### Zorgverlener

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

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 13a

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

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.10

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

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

### Artikel 2.15a

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

### Artikel 2.15b

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

### Artikel 2.15c

1. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt een Zvw-pgb verstrekt indien:
  - a. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit,
  - b. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren,
  - c. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door hem verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg en
  - d. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat hij de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.
2. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt het Zvw-pgb geweigerd indien:
  - a. de verzekerde bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat is gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
  - b. de verzekerde blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
  - c. de verzekerde 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.