



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen OWM  
Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), aantal toegekende uren

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

Zaaknummer : 201901865

Zittingsdatum : 12 augustus 2020

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

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,  
tegen

OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar U.A. te Tilburg, hierna te noemen: de  
zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

2.1. Bij brief van 23 april 2020 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen gevraagd  
een bindend advies uit te brengen.

2.2. De zorgverzekeraar heeft in de brief van 9 juni 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een  
kopie van deze brief is op dezelfde dag aan verzoekster gezonden.

2.3. Bij brief van 23 juni 2020 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer:  
2020026321) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is dezelfde dag aan  
partijen gestuurd.

2.4. Verzoekster heeft bij brief van 31 juli 2020 nog een nadere uiteenzetting gegeven van het geschil.  
Een afschrift van deze brief is op dezelfde dag aan de zorgverzekeraar gestuurd.

2.5. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 12 augustus 2020 gehoord.

2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 14 augustus 2020 aan  
het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 21 augustus 2020 heeft het Zorginstituut de commissie  
meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2019 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ  
Zorgkeuzepolis (hierna: de zorgverzekering).

3.2. Verzoekster ontving van de zorgverzekeraar een persoonsgebonden budget Verpleging en  
Verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 24,5 uren Persoonlijke Verzorging per week. Omdat deze  
indicatie afliep, heeft verzoekster door een wijkverpleegkundige een nieuwe indicatie laten stellen.

3.3. De behandelend ergotherapeute heeft op 6 februari 2020 over verzoekster verklaard:

*"(...) [Verzoekster] heeft ten gevolge van een operatieve ingreep (2006) forse problematiek in het  
buik- en bekkengebied. De medische situatie van mevrouw is complex en heeft een progressief  
verloop.*

*Door achteruitgang in het algeheel functioneren en complicaties die met regelmaat optreden heeft mevrouw periodes waarin zij erg ziek is. Dit uit zich in de vorm van koorts, forse pijnklachten, misselijkheid, braken, diarree en verlies van bewustzijn.*

*De momenten waarop deze verslechtering of complicaties ontstaan verlopen zeer acuut, waardoor mevrouw niet in staat is om hier voorbereidingen voor te treffen. Mevrouw is aangewezen op het 24 uur hebben van toezicht en zorg.*

### **Ergotherapie**

*Sinds 2012 ben ik betrokken bij [verzoekster], waarbij meerdere hulpvragen en doelstellingen aan bod zijn geweest. Doordat mevrouw steeds meer aangewezen was op ondersteuning en hulp van haar familie is een aanvraag voor PGB opgestart.*

*Bij de volgende handelingen is mevrouw aangewezen op ondersteuning of worden deze handelingen volledig voor mevrouw uitgevoerd:*

- *Door plotselinge koorts- of pijnaanvallen met mogelijk verlies van bewustzijn is het noodzakelijk dat er altijd 1 altijd iemand aanwezig is;*
- *Lichamelijke ondersteuning of volledige hulp bij het maken van transfers en verplaatsen binnenshuis*
- *Ondersteuning en hulp bij het uitvoeren van persoonlijke verzorging*
- *Hulp bij het aan- en uittrekken van steunkous; (...)*
- *Verzorging van eten, drinken en medicatie*
- *Hulp bij toiletgang*

*In tijden van terugval of bij een koorts- of pijnaanval is mevrouw genoodzaakt soms meerdere dagen in bed door te brengen, waarbij zij zodanig verzwakt is dat zij volledig op bed verzorgd moet worden en ook geholpen moet worden bij het nuttigen van eten en drinken.*

### **Verloop periode 2012-2013**

*In de afgelopen jaren heeft familie de zorg voor mevrouw heel goed kunnen verdelen en is altijd 1 van de familieleden aanwezig geweest. Doordat familie dit goed heeft weten te organiseren zijn er meerdere momenten geweest waarop de veiligheid van mevrouw gewaarborgd kon worden.*

*Gezien de forse problematiek in het buik- en bekkengebied heeft mevrouw sterk verminderde controle over haar stoelgang. Hierdoor is mevrouw aangewezen op het snel het toilet kunnen bereiken, waarbij voorkomt dat dit meerdere keren binnen een uur plaatsvindt. Doordat 1 van de familieleden altijd aanwezig is, kunnen zij hiervoor zorgdragen en mevrouw met behulp van rolstoel naar het toilet brengen. Tevens zijn zij tijdens deze momenten alert op mogelijk andere signalen, zoals de mate van bewustzijn of toename van koorts.*

*Mevrouw heeft meerdere periodes doorgemaakt waarin acute problematiek is ontstaan en familie tijdig heeft kunnen handelen, zoals het toedienen van extra medicatie, zorgdragen voor veiligheid bij (dreigend) verlies van bewustzijn. Helaas is het meerdere malen noodzakelijk geweest om met spoed naar het ziekenhuis te gaan en / of een ambulance te bellen.*

### **Verzoek**

*Op basis van informatie in deze rapportage verzoek ik u om het PGB-persoonlijke verzorging voort te zetten voor mevrouw, zodat haar veiligheid gewaarborgd blijft. (...)"*

- 3.4. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan van 1 maart 2019 over verzoekster verklaard:

*"(...) mw gebruikt 7 zakjes movicolon ter bevordering van de ineffectieve, afwezige mobiliteit van het maagdarmsysteem. mw heeft vaak buik- pijn en krampen ten gevolge van een darmperforatie. (...) mw krijgt 24 uur per dag zorg bij de toiletgang ten gevolge van mw haar beperkte mobiliteit, vermoeidheid en klachten van wegrakingen/verliezen van bewustzijn, mw gaat vaak naar toilet, 6 x per 24 uur naar het toilet. Door echtgenoot (en kinderen). (...) mw gebruikt 7 zakjes movicolon*

*per dag ter bevordering van de stoelgang. (...) mw krijgt ondersteuning bij aanreiken en bestellen van de medicatie. (...) echtgenoot zorgt voor de medicatie, mw is op de hoogte van haar medicatie inname. (...) mw neemt zelf haar medicatie in. Echtgenoot legt de medicatie voor mw klaar. (...) mw is erg moe, heeft soms wegrakingen door tekort aan voedingsstoffen, lage tensie. mw heeft door vergroeiingen in haar wervelkolom uitval in haar benen. mw heeft pijnscheuten in haar buik en rug door verklevingen in de baarmoeder, chronische darmproblematiek (...) mw heeft 2x daags zorg nodig bij uit/in bed komen, douchen (haren wassen) aan/uitkleden, tanden poetsen, haren kammen, mw haar nagels worden geknipt om haar persoonlijke hygiëne te waarborgen en te handhaven. mw krijgt zorg om haar steunkousen aan- en uit te doen. Door echtgenoot/mantelzorger (...) kan geen boodschappen doen, eten klaar maken, drinken klaarzetten (...) Echtgenoot doet de boodschappen, mw krijgt zorg bij eten klaar maken en drinken wordt voor mw klaar gezet om uitdroging te voorkomen en mw haar gewicht stabiel blijft. Echtgenoot zorgt voor het huishouden. Door echtgenoot/mantelzorger. (...) echtgenoot ondersteunt/begeleidt mw in haar zelfredzaamheid ten aanzien van de dagelijkse levensverrichtingen zoals boodschappen doen, maaltijden klaar maken, huishouding, administratie, begeleiden naar het ziekenhuis, naar buiten gaan. (...) dhr geeft zorg aan zijn vrouw om haar lichamelijke en psychische welzijn te optimaliseren door mw te ondersteunen bij de dagelijkse levensverrichtingen ten behoeve van behoud van de eigen waarde van mw. (...) mw wordt door echtgenoot/mantelzorger begeleid naar beneden en boven op de trap voor de veiligheid van mw in verband met wegrakingen en uitval in de benen. Dit is ter preventie van vallen en letsel. mw wordt begeleid in de transfers van bed naar bank, toilet en vice versa. (...)"*

De indicierend wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld van 30 uren Persoonlijke Verzorging per week.

- 3.5. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 24 mei 2019 aan verzoekster meegedeeld dat aan haar een PGB vv wordt toegekend op basis van 7 uren en 31 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 3.6. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 1 augustus 2019 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld een PGB vv toe te kennen op basis van 11 uren en 10 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 3.7. Bij brief van 31 januari 2020 heeft de behandelend ergotherapeute over verzoekster verklaard:

*"(...) Gezien de medisch complexe situatie is mevrouw aangewezen op het gebruik van voorzieningen. Ten behoeve van de zeer frequente toiletgang en zeer beperkte belastbaarheid maakt mevrouw gebruik van een spoel-föhn-installatie.*

*Wat betreft transfers worden de momenten om deze fysiek zelfstandig uit te voeren steeds schaarser. Bij het maken van een transfer is altijd iemand in nabijheid aanwezig, op steeds meer momenten moet mevrouw echter fysiek worden ondersteund.*

*Voor het verplaatsen binnenshuis is mevrouw in het bezit van een trippelstoel, hier kan zij inmiddels geen zelfstandig gebruik meer van maken. Zij wordt nu ondersteund door haar familieleden om gebruik te maken van de trippelstoel en te kunnen verplaatsen binnenshuis.*

*Het verplaatsen buitenshuis verliep altijd al met fysieke ondersteuning van familieleden, dit werd echter steeds zwaarder en hierdoor hebben we een aanvraag voor een rolstoel ingediend. Mevrouw wordt door haar familieleden geholpen met zowel transfer naar de rolstoel als het verplaatsen.*

*De huidige voorzieningen waar mevrouw met ondersteuning van haar familieleden gebruik van maakt is het maximaal haalbare. Er zijn geen andere mogelijkheden waar mevrouw op een adequate en veilige manier gebruik van kan maken.*

### **Conclusie**

*Vanuit ergotherapie en het bevorderen van zelfredzaamheid is een eindsituatie bereikt;*

*mevrouw is niet meer in staat om zelfstandig handelingen rondom persoonlijke verzorging, transfers en binnens- en buitenshuis verplaatsen uit te voeren. De voorzieningen waar zij met ondersteuning van haar familieleden gebruik van maakt zijn het maximaal haalbare gezien de medische situatie van mevrouw. (...)*".

- 3.8. Bij e-mailbericht van 10 maart 2020 heeft de indicierend wijkverpleegkundige zich akkoord verklaard met de volgende weergave van het gesprek dat zij heeft gevoerd met de zorgverzekeraar:

"(...)

*Advies dat telefonisch besproken is:*

**1. Darmzorg:**

*Verzekerde heeft een toilet met kraantje en föhn en heeft zorg nodig bij de transfers van en naar het toilet. Hierbij moet er ook toezicht gehouden worden. Deze zorg wordt geleverd door de partner van de verzekerde. De indicierend wijkverpleegkundige heeft hier eerder 7 uur per week, 6x per dag, 10 min per keer voor geïndiceerd. Echter herziet de wijkverpleegkundige haar indicatie hierin. De transfer zorg valt in het verpleegkundig proces onder zorg die geleverd kan worden door netwerk. Bij verzekerde wordt de zorg verleend door haar partner. Zorg uit netwerk mag namelijk niet betaald worden uit PGB - ZVW en valt ook niet onder ZVW aansprakelijkheid.*

**2. Medicatie:**

*De indicierend wijkverpleegkundige heeft 1 uur en 45 minuten geïndiceerd voor het aanreiken en klaarleggen van de medicatie van de verzekerde. De indicierend verpleegkundige herziet haar indicatie hierin. Het aanreiken van de medicatie, of het klaarleggen hiervan valt in het verpleegkundig proces onder zorg die geleverd kan worden door netwerk. Bij verzekerde wordt de zorg verleend door haar partner. Zorg uit netwerk mag namelijk niet betaald worden uit PGB - ZVW en valt ook niet onder ZVW aansprakelijkheid.*

**3. Persoonlijke hygiëne:**

*Verzekerde krijgt 17 uur en 15 minuten geïndiceerd voor de ADL zorg en steunkousen in de ochtend en avond. Na overleg herziet de indicierend wijkverpleegkundige de ruime indicatie in de ADL zorg. De wijkverpleegkundige schat de ochtend zorg in op: 45 min totaal en de avondzorg op 20 min totaal. In totaal zijn dit 455 min per week. Feitelijk is dit ook planbare zorg en zou een ZIN aanbieder mogelijk ter ontlasting (van netwerk/mantelzorg) eventueel de zorg over kunnen nemen.*

**4. Transfers:**

*Er is 4 uur transfer hulp geïndiceerd door de WVK. Na overleg herziet de indicierend wijkverpleegkundige de transfers die geïndiceerd zijn. Hulp bij transfers valt in het verpleegkundig proces onder zorg die geleverd kan worden door netwerk. Bij verzekerde wordt de zorg verleend door haar partner. Zorg uit netwerk mag namelijk niet betaald worden uit PGB - ZVW en valt ook niet onder ZVW aansprakelijkheid.*

**5. Verzekerde heeft aan de indicierend wijkverpleegkundige aangegeven zichzelf WLZ indiceerbaar te vinden. Dit omdat ze 24/7 zorg in nabijheid moet hebben i.v.m. flauwvallen. Wijkverpleegkundige heeft aangegeven dat ze de verzekerde niet WLZ indiceerbaar vindt. Wel heeft de wijkverpleegkundige aangegeven dat de verzekerde vrij is om een WLZ indicatie aan te vragen. (...)**".

- 3.9. Bij brief van 23 juni 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

*"(...) In dit geschil wordt niet toegekomen aan de vraag of er sprake is van zorg 'zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een 'geneeskundige context'. Uit het dossier blijkt dat de wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met het verlagen van het aantal uren. Dit betekent dat de geneeskundige context van de overige geïndiceerde zorg niet meer onderbouwd is.*

**Conclusie**

*Omdat de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met het verlagen van het aantal uren kan het Zorginstituut niet anders dan concluderen dat de overige geïndiceerde uren voor verzorging niet voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering.*

**Het advies**

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende:*

*De overige 18 uur en 50 minuten verzorging per week komen niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. (...)*

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de zorgverzekeraar gehouden is alsnog een PGB vv op basis van 30 uren Persoonlijke Verzorging toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering.

4.2. De zorgverzekeraar 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 A.22. van de zorgverzekeringsvoorwaarden.

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.

6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij voorheen een PGB vv ontving op basis van 24,5 uren Persoonlijke Verzorging per week. Omdat haar indicatie afliep én haar zorgvraag was toegenomen, heeft zij een nieuwe indicatie laten stellen door een wijkverpleegkundige. Deze wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld van 30 uren Persoonlijke Verzorging per week.


6.3. De zorgverzekeraar heeft deze indicatie verlaagd naar 11 uren en 10 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Het besluit hiertoe is volgens verzoekster onvoldoende onderbouwd. In eerste instantie heeft hierover ook geen overleg plaatsgevonden tussen de zorgverzekeraar en de indicierend wijkverpleegkundige. Pas nadat de Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bemiddeld, is dit gebeurd en is de wijkverpleegkundige gekomen tot een indicatie van 455 minuten (7 uren en 35 minuten) per week. Ook hiervoor ontbreekt iedere motivering.

6.4. Verzoekster merkt op dat bij de verlaging ten onrechte is uitgegaan van de zorg die haar netwerk, in het bijzonder haar echtgenoot, haar kan geven. Hij is recent voor de tweede maal opgenomen in verband met een hartaanval. Hij was hierna niet eens in staat een kopje koffie vast te houden, laat staan dat hij zorg kon verlenen aan verzoekster. Verzoekster voert verder aan dat de wijkverpleegkundige die namens de zorgverzekeraar een huisbezoek bij haar heeft afgelegd, heeft gezegd dat verzoekster 24 uren per dag zorg nodig heeft, en dat zij hiervoor een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar kon indienen. Ook dit wijst erop dat het aantal door de zorgverzekeraar toegekende uren te laag is.

6.5. De zorgverzekeraar voert aan dat niet alle door de wijkverpleegkundige geïndiceerde zorg valt onder Persoonlijke Verzorging. Het bestellen en klaarzetten van medicatie valt hieronder niet. Voor de medicatie die verzoekster neemt, is geen bijzondere verpleegkundige kennis nodig. Ook de hulp die verzoekster ontvangt bij de toiletgang, valt niet onder de noemer wijkverpleging. Van belang is of een thuiszorginstelling de zorg ook zou verlenen. Hierbij wordt rekening gehouden met gebruikelijke zorg die de sociale omgeving geeft. Verzoekster heeft een sproei-installatie in het toilet. Zij is daarmee meer zelfredzaam. Verzoekster hoeft alleen te worden verplaatst van de trippelstoel naar het toilet en weer terug. De zorgverzekeraar is van mening dat dit kan worden verwacht van het sociale netwerk van verzoekster.



- 6.6. Verder heeft de zorgverzekeraar telefonisch contact gehad met de indicierend wijkverpleegkundige. Zij was het eens met een verlaging van de eerder gestelde indicatie. Uitgekomen werd op 455 minuten (7 uren en 35 minuten) Persoonlijke Verzorging per week. Omdat al 11 uren en 10 minuten door de zorgverzekeraar waren toegezegd, zal een PGB vv op basis van dit aantal aan verzoekster worden toegekend. De zorgverzekeraar merkt op dat nu de situatie rond de echtgenoot van verzoekster is gewijzigd, dit mogelijk ook gevolgen heeft voor haar zorgvraag. Dit laatste kan aanleiding zijn een nieuwe indicatie te vragen.
- 6.7. De commissie overweegt dat niet in geschil is dat verzoekster behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld, als omschreven in artikel 2 van het 'Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging' van de zorgverzekeraar (hierna: het reglement). In artikel 5.7 van het reglement is bepaald dat het kan voorkomen dat door de wijkverpleegkundige zorg is geïndiceerd die naar het oordeel van de zorgverzekeraar niet onder de aanspraak Verpleging of Persoonlijke Verzorging valt of die niet doelmatig is. In dat geval wordt voor het betreffende gedeelte van de zorg geen PGB vv toegekend.
- 6.8. De zorgverzekeraar moet motiveren waarom wordt afgeweken van de gestelde indicatie. In het reglement is niet bepaald dat hierover contact moet plaatsvinden met de indicierend wijkverpleegkundige. Wel ligt het in de rede dat dit gebeurt als moet worden onderzocht op welke zorg een verzekerde is aangewezen. Het primaat ligt immers bij de indicierend wijkverpleegkundige en deze heeft de verzekerde ook gezien.
- 6.9. Naar de commissie begrijpt, heeft tussen de zorgverzekeraar en de indicierend wijkverpleegkundige een telefonisch contact plaatsgevonden naar aanleiding van de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen. Van dit gesprek is een verslag gemaakt. Bij e-mailbericht van 10 maart 2020 heeft de indicierend wijkverpleegkundige zich akkoord verklaard met de weergave van dit gesprek. Hierin is gemotiveerd waarom wordt afgeweken van de eerdere indicatiestelling, en wordt uitgekomen op 455 minuten (7 uren en 35 minuten) Persoonlijke Verzorging per week.
- 6.10. De indicatiestelling is in beginsel leidend voor de vraag op hoeveel uren zorg aanspraak bestaat. Aangezien de wijkverpleegkundige en de zorgverzekeraar het eens zijn geworden over dit aantal uren, is de aanvankelijke indicatiestelling van 30 uren Persoonlijke Verzorging per week komen te vervallen. Deze indicatie kan dan ook niet worden gehanteerd om te komen tot een hoger aantal dan 455 minuten (7 uren en 35 minuten) Persoonlijke Verzorging per week. Als verzoekster het niet eens is met deze indicatie, kan zij een second opinion vragen aan deze of een andere wijkverpleegkundige en een nieuwe aanvraag indienen. Een zodanige aanvraag kan echter niet met terugwerkende kracht plaatsvinden. Dit betekent dat verzoekster vanaf 1 maart 2019 aanspraak heeft op een PGB vv op basis van 455 minuten (7 uren en 35 minuten) Persoonlijke Verzorging per week. De zorgverzekeraar heeft evenwel toegezegd dat niettemin een PGB vv wordt toegekend op basis van 11 uren en 10 minuten Persoonlijke Verzorging per week. De commissie merkt op dat verzoekster een nieuwe indicatie kan aanvragen op grond van de gewijzigde omstandigheden.
- 6.11. Voor zover verzoekster stelt dat zij voorheen een PGB vv ontving op basis van 24,5 uren per week, en dat haar zorgvraag juist is verhoogd, geldt dat een eerder toegekend PGB vv niet bepalend kan zijn. De zorgvraag kan wijzigen, waardoor bijvoorbeeld een andere regeling zoals de Wmo of Wlz in beeld komt, en soms zal een eerder gemaakte fout moeten kunnen worden hersteld. Omdat de toekenning geschiedt voor een bepaalde periode, waarna een nieuwe aanvraag moet worden gedaan, zal deze eveneens inhoudelijk moeten worden beoordeeld. De stelling van verzoekster dat de wijkverpleegkundige van de zorgverzekeraar bij haar op huisbezoek is geweest en toen heeft gezegd dat zij is aangewezen op 24 uur per dag zorg, is door verzoekster niet aannemelijk gemaakt en wordt om die reden gepasseerd. Een zodanige indicatie zou trouwens betekenen dat de zorg ten laste moet komen van de Wlz en dat niet langer aanspraak bestaat op een PGB vv in het kader van de zorgverzekering.

 6.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 september 2020,



M..C.J. Nauta-Sluijs





# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

---

# 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.

lijk te laten functioneren.

Het gaat om zorg zonder dat sprake is van opname en/of verblijf. Als het medisch noodzakelijk is en voldaan is aan de voorwaarden in het indicatieprotocol omvat deze zorg ook verblijf.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg valt onder het eigen risico.

### Voorwaarden

#### Algemeen

Er is sprake van een visuele beperking (volgens de NOG-richtlijnen voor diagnostiek). Dit is het geval indien:

- een gezichtsscherpte van minder dan 0.3 aan het beste oog; of
- een gezichtsveld van minder dan 30 graden;
- een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.

Er is sprake van een auditieve beperking (volgens de FENAC-richtlijnen voor diagnostiek). Dit is het geval indien:

- het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt; of
- als het drempelverlies groter is dan 25 dB.

Er is sprake van communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (vastgesteld volgens multidisciplinaire diagnostiek conform de FENAC-richtlijnen). Dit is het geval indien:

- de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren;
- de taalontwikkelingsstoornis primair is, dus dat andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologische) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis.

#### Zorgverlener

De zorg wordt in multidisciplinair verband verleend door zorgverleners die in een instelling voor zintuiglijk beperkten werkzaam zijn. De werkzaamheden van de zorgverleners beperken zich tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan zorg voor zintuiglijk beperkten worden gesteld.

- Een GZ-psycholoog is eindverantwoordelijk voor de geleverde auditieve en communicatieve zorg en het zorgplan. Ook orthopedagogen of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren.

- Een oogarts of een GZ-psycholoog is eindverantwoordelijk voor de geleverde visuele zorg en het zorgplan. Ook de klinisch fysicus of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren.

#### Verwijzing

Een medisch specialist verwijst op grond van de NOG-verwijsrichtlijn voor visuele zorg. Voor aanvang van een extramurale behandeling is verwijzing nodig van:

- een medisch specialist of een klinisch fysicus audiologisch centrum als de stoornis / beperking niet eerder is vastgesteld of als de stoornis / beperking is gewijzigd;
- een huisarts of jeugdarts als de stoornis / beperking wel eerder is vastgesteld maar er een samenhangende zorgbehoefte blijkt. Er is geen verwijzing van huisarts of jeugdarts nodig als eenvoudige revalidatie wordt geleverd door een gecontracteerde zorginstelling voor verzekerden met een visuele beperking. Uw zorginstelling kan u vertellen wanneer het om eenvoudige revalidatie gaat.

#### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als verblijf langer duurt dan 1 jaar. De zorginstellingen die dit verblijf bieden, weten wanneer u in aanmerking komt voor verblijf en wanneer een akkoordverklaring nodig is.

#### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

#### Plaats

De zorg wordt verleend in een instelling voor zorg voor zintuiglijk beperkten of bij u thuis.

## B.26. Wijkverpleging

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden voor alle leeftijden en houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering of een hoog risico op die zorg.

De zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement.

### Integrale zorg

Ten behoeve van integrale zorgverlening hebben wij afspraken met gemeenten gemaakt. Wij doen dit om de uitvoering van onze wettelijke taken op



grond van de Zorgverzekeringswet en WMO op elkaar af te stemmen. De afspraken die van belang zijn voor uw zorgverzekering staan in de verzekeringsvoorwaarden. Als u integrale zorg ontvangt (zorg op grond van verschillende wetten tegelijkertijd, zoals Zorgverzekeringswet, Jeugdwet, WMO en Wlz), adviseren wij u hierover contact met ons op te nemen.

#### **Let op!**

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg mag niet gepaard gaan met verblijf in een instelling, tenzij het om Intensieve Kindzorg gaat. Als Intensieve Kindzorg gepaard gaat met verblijf in een instelling, dan kunt u deze zorg niet met een PGB inkopen.
- De zorg betreft geen kraamzorg. Kijk voor kraamzorg in artikel B.7.
- De zorg omvat geen zorg die bekostigd kan worden uit de Wlz.
- Als het gaat om zorg bij kinderen jonger dan 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), dan valt die zorg onder de Jeugdwet; de zorg vindt dan niet in geneeskundige context plaats.

#### **Voorwaarden**

##### **Algemeen**

U moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. De te verlenen zorg, ook de indicatiestelling, moet doelmatig zijn.

Verpleegkundige handelingen en verzorgingshandelingen worden zoveel mogelijk gecombineerd uitgevoerd in één bezoek aan u. Indien de zorg voor u slechts bestaat uit het uitvoeren van verzorgingshandelingen, dan heeft u regelmatig contact met de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, om na te gaan of uw situatie gewijzigd is en eventueel de indicatie en het zorgplan aan te passen. Wij verwachten van u dat u naar beste kunnen medewerking verleent aan de zorgverleners, zodat zij hun werk veilig en naar behoren kunnen uitvoeren.

Bepaalde zorgvormen moeten verleend worden door gespecialiseerde verpleegkundigen (bijvoorbeeld bepaalde verpleegtechnische handelingen en casemanagement dementie). Ons Zorgteam kan u helpen een passende zorgverlener te vinden.

##### **Persoons Gebonden Budget**

In bepaalde gevallen kunt u voor wijkverpleging ook een Persoons Gebonden Budget (PGB) bij ons aanvragen. In het Reglement PGB Verpleging

& Verzorging leest u daar meer over.

##### **Zorgverlener**

###### **Algemeen**

De wijkverpleegkundige zorg wordt verleend door zorgverleners (beroepskrachten) die bevoegd en bekwaam zijn voor die handelingen die zij uitvoeren en kunnen dit desgevraagd aantonen. De verpleegkundigen (niveau 4 en 5) zijn daarnaast BIG-geregistreerd. Voorbehouden handelingen worden volgens de geldende kaders en normen uitgevoerd. De verpleegkundig specialist of verpleegkundige niveau 5 die de indicatie heeft gesteld, is continu betrokken bij de zorg en bewaakt of de indicatie en het zorgplan, en daarmee de ingezette zorg, nog passen bij de zorgvraag. Bij twijfel over de legitimiteit van handelen van een zorgmedewerker kan contact opgenomen worden met ons Zorgteam.

De zorgverlener die de zorg verleent en declareert moet beschikken over een AGB-code wijkverpleging en over gekwalificeerd personeel. De zorgverlener heeft daarom de beschikking over ten minste één persoon met een AGB-code "Verpleegkundige niveau 5" die duurzaam verbonden is aan de zorgverlener. Of er meer verpleegkundigen niveau 5 beschikbaar moeten zijn is afhankelijk van welke zorg wordt geleverd. U kunt bij ons navragen of de zorgverlener aan deze voorwaarden voldoet.

###### **Indicatiestelling**

De indicatie voor wijkverpleegkundige zorg wordt gesteld door de verpleegkundig specialist (artikel 14, wet BIG, hbo-master) of een verpleegkundige niveau 5 (artikel 3, wet BIG, hbo-bachelor). De indicatie wordt gesteld aan de hand van een digitaal classificatiesysteem. Inhoudelijk moet de indicatiestelling voldoen aan het normenkader van V&VN. De indicatiestelling wordt vermeld in het zorgplan.

###### **Verwijzing**

U bent voor aanvang van de zorg verwezen door een verpleegkundige, huisarts of medisch specialist. Voor het stellen van een indicatie kunt u een zorgverlener benaderen ook zonder dat u over een verwijzing beschikt.

###### **Akkoordverklaring**

- De zorgverlener waarmee wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, beoordeelt namens ons of uw aandoening valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. Een akkoordverklaring is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze internetsite.
- Als de behandeling wordt gedaan door een zorgverlener waarmee wij geen zorgovereen-

komst hebben gesloten, is wel een akkoord-verklaring nodig (zie artikel A.18.).

#### **Tarieven**

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

#### **Plaats**

De zorg wordt verleend in uw eigen omgeving. "Intensieve Kindzorg" kan ook in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderspice verleend worden.

### **B.27. Kortdurend verblijf in een instelling**

#### **Zorg: waar bent u voor verzekerd?**

De zorg omvat kortdurend verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

Er moet vaststaan dat:

- er per direct een aantoonbaar risico bestaat op gezondheidsverlies. Uw persoonlijke (thuis) situatie neemt uw huisarts mee in overweging; en
- een ziekenhuisopname niet noodzakelijk is; en
- er geen structurele behoefte is aan verblijf; en
- terugkeer naar huis en herstel op korte termijn zorginhoudelijk mogelijk is (tenzij er sprake is van zorg vanwege de palliatief terminale fase).

Onder de zorg valt:

- Verblijf voor medisch noodzakelijke zorg voor maximaal 3 maanden. Deze maximum duur is niet van toepassing op palliatief terminale zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- Geneeskundige zorg. Hierbij is ook de eerstelijns diagnostiek inbegrepen;
- Paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit kortdurend verblijf.

Toelichting:

Zorg kan niet altijd thuis geleverd worden, bijvoorbeeld omdat een periode van aaneengesloten (geneeskundige) observatie, specialistische diagnostiek, herstellende zorg of zorg op onplanbare momenten nodig is. Ook kan palliatief terminale zorg niet altijd thuis geleverd worden en biedt een hospice soms betere mogelijkheden. In dergelijke gevallen kunt u recht hebben op een kortdurend verblijf buiten uw eigen huis zoals hierboven beschreven.

#### **Let op!**

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- U bent tijdens het kortdurend verblijf wel verzekerd voor medicijnen maar voor die zorg gelden dan de voorwaarden van artikel B.15 en B.16. en niet de voorwaarden van artikel B.27.
- De zorg valt onder het eigen risico.
- U bent niet verzekerd voor kortdurend verblijf in een instelling als:
  - u met een Wlz-indicatie de zorg verzilvert in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, modulair-pakket-thuis of een PGB of in een geclusterde woonvorm uw zorg krijgt. Het verblijf wordt dan betaald vanuit de Wlz;
  - er sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg als de mantelzorger tijdelijk niet in staat is de zorg te leveren, of de zorg alleen kan volhouden als hij/zij een adempauze krijgt. Deze zorg valt onder de Wet Maatschappelijke ondersteuning. U kunt hierover contact opnemen met uw gemeente;
  - u jonger bent dan 18 jaar. De zorg valt dan onder de Jeugdwet. U kunt hierover contact opnemen met uw gemeente.

#### **Voorwaarden**

##### **Zorgverlener**

Een specialist ouderenzorg en/of arts verstandelijk gehandicapten verlenen de geneeskundige zorg in samenwerking en/of afstemming met de huisarts.

De verzorgende of verpleegkundige verleent de zorg in afstemming met de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde / arts verstandelijk gehandicapten. De huisarts kan de zorg ook zelf verlenen.

Als het gaat om paramedische zorg verleent een paramedicus de zorg. In artikel B.8 tot en met B.11 kunt u onder het kopje "zorgverlener" zien welke zorgverlener welke paramedische zorg mag verlenen.

##### **Verwijzing**

U bent voor aanvang van de zorg verwezen door een huisarts, eventueel in overleg met een specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten, verpleegkundige en/of medisch specialist.

##### **Behandelvoorstel**

De huisarts stelt de indicatie van het kortdurend verblijf in samenspraak met de wijkverpleegkundige en in overleg met de specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten en/of medisch specialist.

# **Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging**

**Geldig vanaf 1 januari 2019**

Het vorige reglement Zvw-pgb is hiermee vervallen

# Inhoud

---

Begripsbepaling .....	1
Artikel 1: Inleiding .....	2
Artikel 2: Doelgroep Zvw-pgb.....	3
Artikel 3: Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb .....	3
Artikel 4: Weigeringsgronden .....	4
Artikel 5: Aanvraag Zvw-pgb .....	5
Artikel 6: Akkoordverklaring.....	6
Artikel 7: Declareren van zorg .....	7
Artikel 8: Verplichtingen.....	9
Artikel 9: Herziening of intrekking.....	10
Artikel 10: Beëindigen van het Zvw-pgb .....	11
Artikel 11: Terugvordering .....	12

# Begripsbepaling

---

## ***Bewuste-keuze gesprek***

Dit is een telefonisch of persoonlijk gesprek tussen u en ons. Tijdens dit gesprek kunt u uw aanvraag toelichten. Onze medewerker informeert u over wat de keuze voor een Zvw-pgb voor u betekent. Hij stelt vragen over uzelf, uw zorgbehoefte en de in te kopen zorg. Ook kunt u zelf uw vragen aan ons stellen.

## ***Partner***

Uw echtgeno(o)t(e), geregistreerd partner, of andere levensgezel.

## ***Wettelijk vertegenwoordiger***

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

## ***Vertegenwoordiger***

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

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd iemand:

- a. 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;
- b. die niet beschikt over een geldig woonadres;
- c. wiens vrijheid is ontnomen;
- d. op wie de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, of daartoe een verzoek bij de rechtbank is ingediend;
- e. 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;
- f. die anderszins onvoldoende waarborg zal bieden voor het nakomen van de voor de budgethouder aan het PGB verbonden verplichtingen.

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

## ***Zorg in Natura***

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

## ***Zorgverlener***

Met een zorgverlener bedoelen wij alle partijen die u gecontracteerd heeft om zorg te verlenen. Een zorgverlener is daarmee gelijk aan een zorgaanbieder.

# Artikel 1: Inleiding

---

## 1.1 Waarom een reglement?

Dit reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging dient als toelichting op artikel B.26. Wijkverpleging van de verzekeringsvoorwaarden. Voor verpleging en verzorging is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna te noemen Zvw-pgb) aan te vragen waarmee u zelf uw zorg kunt inkopen. Dit budget wordt door ons vastgesteld op basis van geïndiceerde uren (verpleging en verzorging). Deze uren zijn leidend. In dit reglement vindt u meer informatie over het Zvw-pgb, de voorwaarden om hiervoor in aanmerking te komen, hoe u dit kunt aanvragen en informatie over de wijze van declaratie en toetsing. Dit reglement maakt onderdeel uit van uw verzekeringsvoorwaarden.

## 1.2 Wat is de basis voor dit reglement?

U heeft recht op verpleging en verzorging zoals dit is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering onder artikel B.26.

Artikel 13a van de Zorgverzekeringswet (ZVW) is de basis voor het toekennen van een Zvw-pgb. Als artikel 13a ZVW en de daarmee samenhangende lagere regelgeving per 1 januari 2019 of latere datum in werking treedt, dan kunnen wij in dit reglement wijzigingen aanbrengen die hier een direct gevolg van zijn. Ook kan dit reglement tussentijds aangepast worden, bijvoorbeeld als gevolg van wetswijzigingen. Wij informeren u dan hierover.

## 1.3 Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb.

De voorwaarden en afspraken die wij opgenomen hebben in het Reglement zijn ontleend aan de meest recente bestuurlijke afspraken over uitgangspunten en inhoud van het Zvw-pgb die zijn overeengekomen door het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, V&VN en Per Saldo.



## Artikel 2: Doelgroep Zvw-pgb

---

2.1 U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb als u:

- a. 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.

Onder zorg benoemd in artikel 2.1.a 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:

- b. Langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf;
- c. Op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen te zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden

## Artikel 3: Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

---

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

3.1 U bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging, zoals benoemd in artikel 2.1. van dit reglement. Op het moment dat de aanvraag is ontvangen bij de zorgverzekeraar, mag de indicatie niet langer dan drie maanden geleden gesteld zijn.

3.2 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, Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
- b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de Zvw-pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
- c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
- d. u heeft 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.

3.3 U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) 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;

3.4 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 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, dan wel aanvullende eisen stellen waaraan moet 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:

4.1 U bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;

4.2 U beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;

4.3 Uw vrijheid is u rechtens ontnomen;

4.4 U verleent geen medewerking (meer) aan een 'bewuste-keuze gesprek' en/of huisbezoek dat eventueel door ons wordt georganiseerd;

4.5 Uit uw aanvraagformulier of het bewuste-keuze gesprek 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;

4.6 Uw (wettelijke) 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 (wettelijke) 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), of er is een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling 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.

4.7 U beschikt over meer dan één indicatie voor de zorg zoals beschreven in artikel 2.1. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven zoals in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord.

4.8 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, tot wie gerekend worden, de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie cliënt duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

## Artikel 5: Aanvraag Zvw-pgb

---

5.1 Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen (deel I: het verpleegkundige deel en deel II: het verzekerden deel). Een Bewuste-keuze gesprek maakt onderdeel uit van de aanvraagprocedure, tenzij wij hier vanaf zien. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3 van dit reglement, krijgt u een akkoordverklaring voor een Zvw-pgb. U vindt het Zvw-pgb-aanvraagformulier op onze website; ook kunt u het Zvw-pgb-aanvraagformulier telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen.

5.2.a Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar bent u in het bezit van een door een BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld;

5.2.b Voor een aanvraag voor kinderen onder 18 jaar bent u in het bezit van een door een BIG geregistreerde hbo-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist kindergeneeskunde die werkzaam is bij een bij de BINKZ aangesloten zorgverlener. Indien er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op de arbeidsmarkt kunt u met ons contact opnemen om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen.

5.3 Bij de indicatiestelling moet de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg hanteren bij het bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk.

5.4 Indien sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, moet u aan kunnen tonen hoe u er voor zorgdraagt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen te verrichten.

5.5 Indien 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.

5.6 De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn uw (wettelijke) 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 gaat leveren, tenzij dit een door ons voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.

5.7 Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Wij kennen u voor dat deel van de zorg geen Zvw-pgb toe. De toekenning kan ook lager zijn dan het aantal uren van de indicatie; in dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij de indicatie geanonimiseerd voor advies voorleggen aan een onafhankelijke derde partij.

5.8 Indien u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, moet u tevens aangeven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins.

5.9 Verblijft u in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw dan wel in een voorziening voor Eerstelijns Verblijf (ELV) dan kunt u weer gebruik maken 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 in een Wlz-instelling of ziekenhuis

verblijft of langer dan 60 dagen gebruik maakt van Kortdurend Verblijf in een instelling zoals bedoeld in artikel B.27 van de verzekeringsvoorwaarden.

5.10 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. 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. Heeft u van ons geen akkoord voor de vergoeding van Zorg in Natura in combinatie met Zvw-pgb dan heeft dit gevolgen voor de vergoeding.

## Artikel 6: Akkoordverklaring

---

6.1 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.

6.2 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.

6.3 In de schriftelijke akkoordverklaring 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 zolang u een geldige indicatie heeft. Wilt u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb ontvangen, dan kunt u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5. Beschikt u reeds over een akkoordverklaring met een looptijd van 5 jaar, dan blijft deze geldig tenzij de zorgvraag wijzigt.

6.4 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.

6.5 Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld.

6.6 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). Indien u meer zorg gedeclareerd hebt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel uitgekeerde terug te betalen.

6.7 De toekenning, beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.

6.8 Heeft u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al zorg in natura of heeft u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg 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 akkoordverklaring, ingaat. Dit geldt

niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.

## Artikel 7: Declareren van zorg

---

### 7.1 Voorwaarden voor declareren

7.1.1 U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw akkoordverklaring staat vermeld.

7.1.2 Voor een goede en snelle afhandeling van uw declaraties verzoeken wij u om ons declaratieformulier formele zorgverlener of declaratieformulier informele zorgverlener te gebruiken. U kunt deze vinden op onze website. U kunt het declaratieformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Voor formele zorgverleners en voor informele zorgverleners bestaat een apart declaratieformulier.

7.1.3 De nota's die u ontvangt van de zorgverleners, waar u op basis van uw Zvw-pgb een overeenkomst mee heeft gesloten, controleert u en dient u bij ons in. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, Zvw-pgb aanvraag en akkoordverklaring mag gedeclareerd worden.

7.1.4 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.

7.1.5 Declareren van een vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten (afgerond op eenheden van 5 minuten) mag worden gedeclareerd.

7.1.6 Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is bij ons te declareren. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.

7.1.7 Indicatiestelling 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 van het Zvw-pgb. 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

7.2.1 Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

Soort zorg	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	€ 38,28	€ 3,19
Verpleging	€ 56,64	€ 4,72

7.2.2 Voor informele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

Soort zorg	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	€ 23,00	€ 1,92
Verpleging	€ 23,00	€ 1,92

7.2.3 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 art. 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 zorg verlenende organisatie in het Handelregister.

7.2.4 Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in art. 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.

7.2.5 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**

7.3.1 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.

7.3.2 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.

7.3.3 Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.

7.3.4 Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het budget verpleging en verzorging wordt overschreden wordt niet door ons vergoed.

7.3.5 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.

7.3.6 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. Na onze schriftelijke toestemming, mag u de nota's van buitenlandse zorgverlener(s) declareren.



## Artikel 8: Verplichtingen

---

8.1 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 van verzekerde;
- NAW-gegevens van de zorgverlener;
- relatie tussen verzekerde en de 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;
- de 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 [www.svb.nl](http://www.svb.nl).

8.2 Wij vergoeden maximaal 40 uur per week voor zorg en verpleging geleverd door partner, bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad waarmee u een overeenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is. U moet er ook op letten dat deze zorgverlener in totaal niet meer dan 40 uur aan werkzaamheden verricht (eventueel ook naast de werkzaamheden die hij/zij aan u levert). Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 15 jaar.

8.3 U bent verplicht 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 Zvw-pgb aanvraagformulier in te vullen en in te dienen.

8.4 U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoop. Uw zorgverzekeraar is niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.

8.5 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.

Ook wanneer u van zorgverlener(s) verandert, of er wijzigingen zijn in uw keuze of de zorgverlener Zorg in Natura of Zvw-pgb aan u levert, moet u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan, indien dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude Zvw-pgb wordt (her)berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 6.6 Het nieuwe Zvw-pgb wordt berekend per de ingangsdatum van dit nieuwe Zvw-pgb.

8.6 U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in overeenstemming is met de gestelde indicatie. Wij adviseren u dan ook om de geïndiceerde uren evenredig te verdelen over de looptijd van uw budget.

8.7 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 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.

8.8 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.

8.9 U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige en/of huisarts om uw (medische) gegevens omtrent de Zvw-pgb 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.

8.10 U geeft ons, of een door ons gecontracteerde partij, toestemming uw Zvw-pgb administratie in te zien en te controleren.

8.11 Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw akkoordverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de (maximaal tot de vermelde einddatum van de indicatie) geldige akkoordverklaring over voor wat betreft het vermelde aantal uren voor verpleging en verzorging. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken omdat iedere zorgverzekeraar haar eigen tarieven hanteert. Wij adviseren u om deze akkoordverklaring te bewaren zolang hij geldig is. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen.

8.12 Als u alleen zorg inkoopt bij informele zorgverleners en het aantal uren verpleging en verzorging per week hoger is dan 24 uur dan kunnen wij de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een formele zorgverlener.

## Artikel 9: Herziening of intrekking

---

Uw 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 i.v.m. 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 bij u opvragen niet, dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
- i. U niet meewerkt aan een dossieronderzoek;
- j. Er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen;
- k. U het reglement niet naleeft;
- l. U gedurende de looptijd van het Zvw-pgb een nieuwe (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst, dan wel voor het eerst met een (wettelijk) vertegenwoordiger gaat werken en u met deze vertegenwoordiger, naar het oordeel van uw verzekeraar, niet in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren. U moet elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond doorgeven via het wijzigingsformulier Zvw-pgb, dat u kunt vinden op onze internetsite;
- m. U Zorg in Natura afneemt bij zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier hebt aangegeven.

## Artikel 10: Beëindigen van het Zvw-pgb

---

### 10.1 Uw recht op Zvw-pgb eindigt automatisch met ingang van de dag waarop:

- a. U niet langer behoort tot de in artikel 2 bedoelde specifieke doelgroep;
- b. De zorg waaraan u behoefte heeft kan worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo);
- c. U failliet bent verklaard of de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr) op u van toepassing is verklaard;
- d. U blijkens de Basisregistratie niet meer beschikt over een woonadres;
- e. Rechtens uw vrijheid is ontnomen;
- f. U met uw Zvw-pgb uitsluitend nog zorg inkoopt bij zorgverleners waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten tot het leveren van zorg;
- g. U om beëindiging van het Zvw-pgb verzoekt;
- h. De geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken;
- i. Uw zorgverzekering eindigt.

### 10.2 De zorgverzekeraar kan uw recht op Zvw-pgb ook beëindigen:

- a. 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;
- b. 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:
  1. niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste graad is;
  2. bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
  3. blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres;
  4. zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen;
  5. failliet is verklaard of op hem/haar de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr) van toepassing is verklaard;
  6. anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
  7. uw zorgverlener en niet ook uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is.

- c. Met ingang van de dag waarop u zich niet (meer) houdt aan de aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
- d. 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;
- e. 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;
- f. 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 het Zvw-pgb niet houdt aan de regels uit dit Reglement, dan kunnen wij het aan u uitbetaalde Zvw-pgb geheel of gedeeltelijk terugvorderen.