



ANONIEM BINDEND ADVIES

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

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), langer dan één jaar aangewezen op zorg, voorzien in toereikende zorg

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.10 en 2.15a tot en met 2.15c Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018

Zaaknummer : 201801397

Zittingsdatum : 12 juni 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester en mr. L. Ritzema)

1. Partijen

De heer A te B, hierna te noemen: verzoeker, vertegenwoordigd door C te B,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij e-mailbericht van 25 februari 2019 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (verder: PGB vv) toe te kennen overeenkomstig de aanvraag hiervoor van 3 april 2018 (hierna: het verzoek).
 - 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 30 april 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 2 mei 2019 aan verzoeker gezonden.
 - 2.3. Bij brief van 21 mei 2019 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2019024984) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht en meegedeeld geen adviesbevoegdheid te hebben in dit geschil. Een afschrift is op 24 mei 2019 aan partijen gestuurd.
 - 2.4. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 12 juni 2019 gehoord.
 - 2.5. Ter zitting heeft verzoeker een verklaring van de organisatie WIJeindhoven overgelegd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 13 juni 2019 zijn standpunt nader toegelicht. Afschriften van deze stukken zijn op 18 juni 2019 ter kennisname aan de respectievelijke wederpartijen gestuurd.
 - 2.6. Aangezien het Zorginstituut heeft meegedeeld in dezen geen adviesbevoegdheid te hebben, heeft de commissie de aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken niet aan het Zorginstituut gestuurd.
3. Vaststaande feiten
- 3.1. Verzoeker was in 2018 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Gemeentepakket Compleet, € 0 eigen risico (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
 - 3.2. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 18 juli 2018 aan verzoeker medegedeeld dat zijn aanvraag voor een PGB vv voor tien uren en dertig minuten Persoonlijke Verzorging per week met betrekking tot de periode van 3 april 2018 tot en met 3 april 2020 is afgewezen.

- 3.3. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 14 augustus 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 juli 2018 contact gehad met verzoeker en zijn dochter. Het door de ziektekostenverzekeraar opgestelde verslag van dit gesprek luidt, voor zover hier relevant: *"(...) Gevraagd waarom dhr. er op dit moment voor kiest om een pgb aan te vragen en hoe hij daarbij is gekomen. Meneer geeft aan dat hij niet goed kan staan en niet goed kan wassen in de badkamer. Dat moet overgenomen worden. Daarna neemt dochter het [gesprek over]. Dochter geeft aan dat vader een knieoperatie heeft gehad, omdat dhr. veel zorg nodig heeft hadden ze pgb geadviseerd gekregen. Een wijkvpk is toen aan huis geweest voor een indicatie. Vader weegt 120 kg, hij schaamt zich. Buik ligt veel open. Een kennis zou die zorg kunnen leveren waar dhr. zich niet zo bij schaamt. Deze heeft geen zorgachtergrond. (...) Daarnaast zit dhr. met zijn buik die helemaal kapot is. Meneer wordt heel erg dol, zou er hartritmestoornissen bij [hebben] gekregen. Bij te lang staan wordt dhr. dol. Besproken hoe dhr. zijn zorg middels het pgb wil regelen. Dochter spreekt over kleden, douchen, huid/buik insmeren. De verzorging krijgt dhr. van hem. Dit ook in de avond. Hij wordt in de avond weer gedoucht omdat de buik zo stinkt. (...) Gevraagd welke huidzorg dhr. nodig heeft. Dochter geeft aan dat dit 2 keer per dag is. Alleen als er echt bloed uit komt komt de verzorgende het in de middag een keer insmeren. Dit is de laatste 3 weken ivm de warmte de hele tijd nodig omdat het helemaal kapot [gaat]. Normaal gesproken is de huid wel gewoon dicht maar dan is het rood en geïrriteerd. De buik hangt bijna op de knieën geeft dochter aan. Voor de Ok is dhr. 35 kg afgevallen en is de buik gaan hangen. Gevraagd hoe lang de verzorgende met de huid bezig is. Mw. geeft aan dat dit zeker een half uur duurt. De buik moet omhoog gehouden worden tot de zalf goed droog is. Daarna moet de buik teruggelegd worden. Daarnaast moet er goed opgelet worden dat de onderbroek niet in de wondjes zit. Dochter denkt dat dhr. hiermee moet leren leven, dat verbetering van de huidconditie niet mogelijk is. Dhr. schaamt zich ervoor omdat het enorm stinkt. De buik en knieën zouden het grootste probleem zijn met de verzorging. (...) "*
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 juli 2018 contact gehad met de indicierend wijkverpleegkundige. Het door de ziektekostenverzekeraar opgestelde verslag van dit gesprek luidt, voor zover hier van belang: *"(...) Besproken of de huidzorg op deze manier van voldoende kwaliteit is. Mw. geeft aan dat het niet blijft stinken. Dhr. is behoorlijk obese, de mantelzorg doet zijn best om te zorgen maar had op moment van indicatiestelling te laat de smetplekken opgemerkt. Vpk had advies gegeven wat te doen en wat te blijven doen gezien de obesitas. Had talkpoeder en katoenen zakdoeken geadviseerd voor in de huidplooiën om dit te voorkomen of ervoor te zorgen dat het niet meer stinkt. Het wordt zo erg dat er schimmelplekken ontstaan. Professionele zorg zou beter zijn maar ze verwacht dat met de adviezen ze het prima zelf kunnen. Dit is geadviseerd aan dhr. en zijn echtgenote. Vpk denkt dat de stank van de huid niet nodig is bij goede zorg. Aangegeven dat dit volgens dochter nog wel het geval is. Ze vraagt het zich dan ook af. (...) "*
- 3.6. De waarnemend huisarts heeft bij brief van 26 juli 2018 over verzoeker verklaard: *"(...) Op verzoek van de heer verklaar ik bij deze dat de verwachting bestaat dat hij langer dan een jaar hulpbehoefstig zal zijn vanwege zijn lichamelijke klachten. (...) "*
- 3.7. De waarnemend huisarts heeft bij brief van 13 september 2018 over verzoeker verklaard: *"(...) Op verzoek van patiënt geef ik aanvullende informatie vanwege zorgbehoefte, hij zou graag zorg in de vorm van PGB ontvangen. Er is sprake van verminderde mobiliteit ten gevolge van arthrose bij totale knie prothese rechts. Gaat hiervoor nog operaties krijgen, geschat is dat dit nog geruime tijd gaat duren. Forse panniculitis, last van smetplekken, soms wonden onder de buik, waarvoor hij zich ontzettend schaamt en graag door vertrouwde persoon hulp zou krijgen. Daarnaast is er sprake van schouderklachten rechts waarvoor nog verdere onderzoeken in ziekenhuis volgen. (...) "*
- 3.8. De behandelend orthopedisch chirurg heeft op 8 februari 2019 over verzoeker verklaard: *"(...) Bovengenoemde patiënt zag ik in het kader van een derde mening in verband met zijn knieklachten na knieprotheseplaatsing 14 maanden geleden. Postoperatief een arthrose en nu progressieve*

pijnklachten met functiebeperking. Ik begreep van patiënt dat hij in de St. Maartenskliniek geweest is voor een punctie. Ook zou er al een scopie met nettoyage en doorbewegen zijn verricht. Helaas heb ik hier geen gegevens van. Ik neem aan dat er toentertijd ook kweken zijn afgenomen ter uitsluiting van een low grade infect. Nu is er klinisch sprake van een zeer stijve knie. Flexie maximaal 35, extensie -5. Drukpijn eigenlijk diffuus over de proximale tibia bij verder een pasteuze zwelling. Een nieuwe röntgenfoto laat toch een duidelijke toename zien van de radiolucente lijn onder het tibiaplateau. Al met al lijkt er dus sprake te zijn van een vroegtijdige loslating (toch septisch?) in combinatie met een forse arthrofibrose. Patiënt geeft aan dat jij een jaar wilt afwachten, gezien de mate van invaliditeit is dit echter niet acceptabel voor patiënt. Graag toch nogmaals eens je visie op relatief korte termijn. Misschien dat een revisie-operatie naar een HINGED-prothese met uitgebreide release een optie is, uiteraard na uitsluiting van een low grade infectie. (...)"

- 3.9. Op het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' heeft de indicierend wijkverpleegkundige (hulp bij) de volgende handelingen bij verzoeker geïndiceerd: "[O]chtendzorg: * douchen dagelijks + goed afdrogen [in verband met] smetvlekken!! * in [en] uit bed halen * aan- [en] uitkleden[.] [H]uidzorg: * smetvlekken verzorgen in liezen [en] buikplooï (goed drogen: babypoeder + katoenen scheurlinnen[.] [A]vondzorg: * omkleden, nachtklaar maken * huidzorg: smetplekken verzorgen."
- 3.10. Bij brief van 21 mei 2019 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard: "(...)
*Niet in geschil is de vraag of er sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en een geneeskundige context. Gelet op voornoemd artikel 114, derde lid Zvw adviseert Zorginstituut Nederland over geschillen die betrekking hebben op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw. Het Zorginstituut kan daarom geen advies geven met betrekking tot de polisvoorwaarden van verweerder (zorgvraag is niet minimaal één jaar constant en kwaliteit van zorg).
(...)
De afwijzingsgrond, dat de zorgvraag van verzoeker niet minimaal één jaar constant blijft, strookt niet met de Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb 2017/2018, overeengekomen door Per Saldo, ZN en VWS.2 Ook strookt de afwijzingsgrond niet met de nieuwe Bestuurlijke afspraken van 2019 (geldig tot 2022).3
(...)
Het Zorginstituut plaatst, zoals hierboven aangegeven, kanttekeningen bij de afwijzingsgrond. Tegelijk moet worden opgemerkt dat het Zorginstituut geen adviesbevoegdheid heeft nu het geschil geen betrekking heeft op de te verzekeren prestaties, zoals vermeld in artikel 11 Zvw."*
- 3.11. Bij brief van 7 juni 2019 is, voor zover hier van belang, door de organisatie WIJeindhoven over verzoeker het volgende verklaard: "(...) Nu ruim anderhalf jaar verder te zijn kan meneer zijn knie/ been niet buigen. (...) Als gevolg van zijn gewichtstoename hangt zijn buik over zijn onderlichaam met grote smetwonden als gevolg. (...)"

4. Bevoegdheid van de commissie

- 4.1. Gelet op artikel 10 van de zorgverzekering en artikel 7 van de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

5. Geschil

- 5.1. In geschil is of de ziektekostenverzekeraar is gehouden verzoeker een PGB vv toe te kennen overeenkomstig de aanvraag hiervoor van 3 april 2018.


6. Beoordeling


Ten aanzien van de zorgverzekering

- 6.1. Artikel 12 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op verpleging en verzorging bestaat. Het 'Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2018 (Zvw-pgb)' van de ziektekostenverzekeraar (verder: het reglement) bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op een PGB vv bestaat. Artikel 10 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) ziet op het te verzekeren risico en artikel 11 Zvw op de te verzekeren prestaties. Verpleging en Verzorging is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering (Bzv). Het PGB vv is geregeld in artikel 13a Zvw en nader uitgewerkt in de artikelen 2.15a tot en met 2.15c Bzv en 2.29a tot en met 2.29c van de Regeling zorgverzekering (Rzv). De toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en wetgeving staan in de bijlage bij dit bindend advies. Deze bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 6.2. Hetgeen partijen verdeeld houdt, is ten eerste of verzoeker behoort tot de doelgroep voor een PGB vv. Wanneer een verzekerde behoort tot de doelgroep voor een PGB vv is bepaald in artikel 2 van het reglement van de ziektekostenverzekeraar. Dit artikel luidt, voor zover hier van belang: *"1. U komt in aanmerking voor een persoonsgebonden budget (...) als u behoefte hebt 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 (...)* Daarnaast dient u: *2. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn (...)"*
- 6.3. Naar de mening van de ziektekostenverzekeraar volgt uit artikel 2, tweede lid, van het reglement dat tot de doelgroep voor een PGB vv behoren verzekerden die ten minste één jaar een stabiele zorgvraag hebben. Dit is volgens hem, gelet op de verrichte knie-operatie en de vervolgbehandelingen, bij verzoeker niet het geval. Volgens verzoeker doet de stabiliteit van zijn zorgvraag er niet toe. Hij behoort tot de doelgroep voor het PGB vv, omdat hij ten minste een jaar zal zijn aangewezen op verpleging en verzorging. Dit blijkt uit de door hem overgelegde medische verklaringen. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende. Artikel 2, tweede lid, van het reglement kan slechts op één manier worden uitgelegd, namelijk dat een verzekerde langer dan één jaar op verpleging en/of verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden moet zijn aangewezen, en waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop (...). De woorden "deze verpleging en/of verzorging" in genoemd artikel kunnen geen betrekking hebben op de bij de verzekerde geïndiceerde zorg, zoals de ziektekostenverzekeraar lijkt te veronderstellen. Artikel 2, tweede lid, slaat immers terug op artikel 2, eerste lid, van het reglement. In het eerste lid wordt niet gesproken over de bij een verzekerde geïndiceerde verpleging en/of verzorging. Ook bij een fluctuerende zorgvraag bestaat dus de mogelijkheid van een PGB vv, mits aan de overige voorwaarden uit het reglement is voldaan. De commissie tekent in dit verband aan dat een verzekerde, gelet op artikel 8, vierde lid, van het reglement, verplicht is bij iedere wijziging van de zorgvraag een nieuwe indicatie te laten stellen en opnieuw een PGB vv aan te vragen. Het gaat hierbij zowel om een verslechtering als een verbetering van de gezondheidssituatie. Als de verzekerde deze verplichting niet nakomt, heeft de ziektekostenverzekeraar de bevoegdheid het PGB vv (eventueel met terugwerkende kracht tot de toekenningsdatum) te herzien of in te trekken. Dit blijkt uit artikel 9, onder m, van het reglement. Hiermee wordt het risico - met de hieraan verbonden financiële en andere consequenties - van een niet (langer) passende indicatie in geval van een fluctuerende zorgvraag voldoende ondervangen.
- 6.4. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker langer dan één jaar is aangewezen op verpleging en/of verzorging in algemene zin. Verzoeker behoort daarom tot de doelgroep voor het PGB vv als bedoeld in artikel 2, eerste lid, van het reglement.



- 6.5. Wat partijen verdeeld houdt, is of verzoeker voldoet aan de toegangsvoorwaarde voor een PGB vv, te weten dat hij hiermee in staat moet zijn op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit (artikel 3, tweede lid, van het reglement). Volgens de ziektekostenverzekeraar duidt het stinken van de smetplekken op een (ver)minder(d)e kwaliteit van zorg. Ten aanzien hiervan overweegt de commissie het volgende.
- In 'Deel 1' van het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' heeft de indicierend wijkverpleegkundige aangegeven hoe de smetplekken van verzoeker moeten worden verzorgd. De commissie gaat ervan uit dat verzoeker hiervan kennis heeft kunnen nemen en dit ook heeft gedaan. Op 'Deel 1' van genoemd aanvraagformulier is immers opgenomen: *"Dit deel vult de verpleegkundige in samen met de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger."* Verzoeker heeft voorts met de ondertekening van het aanvraagformulier verklaard dat de vastgestelde zorgbehoefte in 'Deel 1' met hem is besproken. Dit blijkt uit het gestelde onder het opschrift **"9. Ondertekening"**. De stelling van verzoeker dat de indicierend wijkverpleegkundige hem ten tijde van de indicatiestelling geen instructies heeft gegeven over het verzorgen van zijn smetplekken, overtuigt daarom niet.
- Uit het gespreksverslag van de ziektekostenverzekeraar van 4 juli 2018 komt naar voren dat het advies van de indicierend wijkverpleegkundige met betrekking tot de verzorging van de smetplekken niet volledig wordt opgevolgd, in die zin dat niet blijkt dat de zorgverlener katoenen scheurlinnen aanbrengt in de huidplooiën van verzoeker. Hieruit blijkt verder dat toen bij verzoeker nog altijd smetplekken aanwezig waren die enorm stonken (*"Dit is de laatste 3 weken ivm de warmte de hele tijd nodig omdat het helemaal kapot [is]. Normaal gesproken is de huid wel gewoon dicht maar dan is het rood en geïrriteerd. (...) Dhr. schaamt zich ervoor omdat het enorm stinkt."*)
- Aangezien de aanwijzingen van de indicierend wijkverpleegkundige - voor zover wel opgevolgd - na verloop van enkele weken/maanden kennelijk niet tot een vermindering van de stank leidden, had het op de weg van de zorgverlener gelegen te zoeken naar alternatieven en verzoeker bijvoorbeeld te adviseren naar de huisarts te gaan. Gesteld noch gebleken is dat dit is gebeurd. Een en ander klemt te meer, omdat uit het gespreksverslag van de ziektekostenverzekeraar van 11 juli 2018 blijkt dat de indicierend wijkverpleegkundige denkt dat het stinken van smetplekken bij goede zorg niet nodig is. De commissie is gelet op het voorgaande van oordeel dat althans wat betreft de geïndiceerde huidzorg niet is voldaan aan artikel 3, tweede lid, van het reglement.
- 6.6. Gesteld noch gebleken is dat verzoeker bij de overige geïndiceerde zorghandelingen niet in staat is op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. Voor deze zorg gaat eerder genoemde afwijgrond daarom niet op. De ziektekostenverzekeraar moet om die reden voor alle andere geïndiceerde zorghandelingen - dat wil zeggen die niet zien op huidzorg - een PGB vv toekennen. Dit komt neer op een PGB vv voor (280 minuten + 210 minuten =) 8 uren en 10 minuten per week met ingang van 3 april 2018.
- 6.7. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat als verzoeker gebruik wil maken van een combinatie van zorg in natura en zorg vanuit een PGB vv hij een nieuwe aanvraag moet indienen. Deze indicatie moet - volgens de ziektekostenverzekeraar - dan worden gesteld door de gecontracteerde zorgaanbieder die de zorg in natura gaat leveren. Hierover tekent de commissie het volgende aan. Artikel , vijfde lid, van het reglement van de ziektekostenverzekeraar luidt: *"U kunt Zorg in Natura én zorg vanuit een Zvw-pgb ontvangen. 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;"*. Uit dit artikel komt naar het oordeel van de commissie niet (duidelijk) naar voren dat een indicatie voor een combinatie van zorg in natura en zorg vanuit een PGB vv moet worden gesteld door de gecontracteerde zorgaanbieder die de zorg (gedeeltelijk) aan de verzekerde zal verlenen. De ziektekostenverzekeraar mag verzoeker daarom niet tegenwerpen dat in zijn geval niet aan deze eis is voldaan. Dit klemt te meer nu het inschakelen van zorg in natura vanwege de huidzorg niet een keuze is van verzoeker, maar het gevolg van de afwijzing van zijn aanvraag voor een PGB vv voor dit deel.


 **Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering**


 6.8. De aanvullende ziektekostenverzekering kent niet de mogelijkheid van een PGB vv. Het meer of anders gevorderde kan daarom niet op basis van deze verzekering worden toegewezen.

 7. Bindend advies

 7.1. De commissie beslist dat:

-  1. de ziektekostenverzekeraar verzoeker een PGB vv moet toekennen voor 8 uren en 10 minuten Persoonlijke Verzorging per week met ingang van 3 april 2018;
-  2. de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker moet vergoeden.

 Zeist, 19 juni 2019,

 G.R.J. de Groot

Artikel 7. Klachten en geschillen

7.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement.

U kunt ervan uitgaan dat wij alles rond uw aanvullende verzekering(en) goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht gemakkelijk indienen via het online klachtenformulier op onze website. Bent u niet in de gelegenheid om uw klacht digitaal in te dienen? Dan kunt u uw klacht schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
 - Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
 - Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.
-

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

7.2. e-Court

Als u premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet tijdig hebt betaald, kunnen wij een procedure starten bij de Stichting e-Court. Als u een oproep voor een procedure bij e-Court hebt ontvangen, kunt u een maand bezwaar maken tegen deze procedure. In dat geval starten wij een procedure bij de burgerlijke rechter, tenzij u het geschil voorlegt aan de SKGZ. De wettelijke regels en het procesreglement zijn op de procedure bij e-Court van toepassing. U vindt deze op www.e-court.nl.

7.3. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht hierover voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. Het is ook mogelijk een klacht in te dienen via onze website. U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 8. Zorgadvies en bemiddeling

U hebt recht op bemiddeling voor zorg als er sprake is van een niet-aanvaardbare lange wachttijd voor behandeling door een zorgaanbieder die deze zorg mag leveren volgens deze aanvullende verzekering. U kunt voor deze bemiddeling een beroep doen op onze afdeling Zorgadvies en Bemiddeling. U kunt ook een beroep doen op deze afdeling bij algemene vragen over de zorg. Denk hierbij aan het zoeken naar een zorgaanbieder met een bepaalde expertise of hulp bij het vinden van de juiste weg binnen de zorg. Wij bekijken samen met u welke mogelijkheden er zijn.

Gaat u voor gecontracteerde multidisciplinaire zorg zoals omschreven onder omschrijving, 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 hebt u recht op zorg verleend door individuele zorgaanbieders op grond van de betreffende zorgartikelen, zoals huisartsenzorg (omschrijving, punt 1 en 2) en diëtetiek (artikel 28).

Gaat u voor huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg zoals omschreven onder omschrijving, punt 1, 2 of 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan hebt u recht op vergoeding van de kosten van zorg tot maximaal de geldende Wmg-tarieven.

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

Waar mag de voetzorg worden verleend

De voetzorg mag worden verleend in de praktijkruimte van uw zorgaanbieder of in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis. Als uw behandelend zorgaanbieder het medisch noodzakelijk vindt, dan kan deze zorg ook thuis worden verleend.

Bijzonderheden

Voor medisch specialistische zorg, zie artikel 14, Medisch specialistische zorg.

Artikel 12. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Omschrijving

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. 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 van cliënten en het cliëntensysteem en casemanagement.

Onder deze zorg valt ook verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderdagverblijf. 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.

Persoonsgebonden budget (pgb)

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

Eigen risico

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

Wie mag de zorg verlenen

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

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

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

Verwijsbrief nodig van

1. huisarts of medisch specialist: voor palliatief terminale zorg;
2. medisch specialist: voor medische specialistische verpleging thuis. De zorg vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de medisch specialist.

Bijzonderheden

1. U hebt alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en/of verzorging hebt en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een verpleegkundige, niveau 5. 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 hebt in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.
2. De indicatie voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt gesteld door een kinder-verpleegkundige, niveau 5. 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.

Artikel 13. Verloskundige zorg en kraamzorg

13.1. Verloskundige zorg

Omschrijving

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

Deze zorg omvat ook:

- preconceptiezorg (kinderwensconsult):
als u een kindwens hebt, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11, onder omschrijving, 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 hebt 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-weken echo (SEO; Structureel Echoscopisch Onderzoek);
- de combinatietest, de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek als u een medische indicatie hebt. U hebt ook recht op een NIPT als uit een combinatietest blijkt dat u een aanmerkelijke kans hebt op een kind met een chromosoomafwijking. U hebt recht op invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) als uit een combinatietest of NIPT blijkt dat u een aanmerkelijke kans hebt op een kind met een chromosoomafwijking;
- twintig-weken echo (SEO):
met de twintig-weken 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 hebt op een kind met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau (Trisomie 21, 18 of 13), dan hebt u recht op prenatale diagnostiek.

Hebt u geen medisch indicatie?

Als u geen medische indicatie hebt, dan kunt u voor eigen rekening een combinatietest of NIPT ondergaan.

- Blijkt uit de combinatietest dat er een aanmerkelijke kans is op een kind met een chromosoomafwijking? Dan hebt u recht op een NIPT of invasieve diagnostiek.
- Blijkt uit de NIPT dat er een aanmerkelijke kans is op een kind met een chromosoomafwijking? Dan hebt u recht op invasieve diagnostiek.

Eigen risico

Voor verloskundige zorg geldt geen eigen risico. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 10. Klachten en geschillen

10.1. Hebt u een klacht? Leg uw klacht voor aan de afdeling Klachtenmanagement

U kunt er van uit gaan dat wij alles rond uw zorgverzekering goed regelen. Toch kan het voorkomen dat niet alles naar wens is. Wij staan open voor uw klachten en suggesties. U kunt uw klacht gemakkelijk indienen via het online klachtenformulier op onze website. Bent u niet in de gelegenheid om uw klacht digitaal in te dienen? Dan kunt u uw klacht schriftelijk voorleggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven. De afdeling Klachtenmanagement handelt namens de directie.

Tips bij het indienen van een klacht

- Geef u zo precies mogelijk aan wat er is gebeurd, waarover u ontevreden bent, wat volgens u de beste oplossing is en wanneer u het beste bereikbaar bent.
- Stuur alle relevante stukken mee. Stuur geen originele stukken met uw klacht mee. U kunt de originele stukken namelijk zelf nog nodig hebben.
- Als u uw klacht niet zelf wilt of kunt indienen, dan is het ook mogelijk dit door iemand anders te laten doen. Om uw privacy te beschermen, hebben wij wel uw schriftelijke toestemming nodig. Pas daarna nemen wij uw klacht in behandeling.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht. Als u niet tevreden bent met de beslissing of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht of geschil voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist, www.skgz.nl. U kunt het geschil ook voorleggen aan de bevoegde rechter.

10.2. e-Court

Als u premie, eigen risico, eigen bijdragen en onterecht aan u uitbetaalde vergoedingen niet tijdig hebt betaald, kunnen wij een procedure starten bij de Stichting e-Court. Als u een oproep voor een procedure bij e-Court hebt ontvangen, kunt u een maand bezwaar maken tegen deze procedure. In dat geval starten wij een procedure bij de burgerlijke rechter, tenzij u het geschil voorlegt aan de SKGZ. De wettelijke regels en het procesreglement zijn op de procedure bij e-Court van toepassing. U vindt deze op www.e-court.nl.

10.3. Klachten over onze formulieren

Vindt u een formulier overbodig of ingewikkeld? U kunt uw klacht indienen via onze website. Het is ook mogelijk om uw klacht hierover schriftelijk voor te leggen aan de afdeling Klachtenmanagement, Postbus 1256, 5602 BG Eindhoven.

U ontvangt van ons binnen 30 dagen een reactie op uw klacht over formulieren. Als u niet tevreden bent met het antwoord of als u binnen 30 dagen geen reactie hebt ontvangen, dan kunt u uw klacht voorleggen aan de Nederlandse Zorgautoriteit ter attentie van de Informatielijn/het Meldpunt, Postbus 3017, 3502 GA Utrecht, e-mail: info@nza.nl. Op de website van de Nederlandse Zorgautoriteit, www.nza.nl, is aangegeven hoe u een klacht over formulieren kunt indienen.

Artikel 1. Inleiding

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 12, verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2018 van:

- Bewuuzt Basis
- Gewoon ZEKUR Zorg
- Gewoon ZEKUR Zorg Vrij
- IZA Ruime Keuze
- IZA Eigen Keuze
- IZZ Basisverzekering, Variant Natura
- IZZ Basisverzekering, Variant Restitutie
- 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 4.2 verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2018 van de Modelovereenkomst Zorgzaam.

Artikel 2. Doelgroep Zvw-pgb

1. U komt in aanmerking voor een persoonsgebonden budget op grond van de Zorgverzekeringwet (Zvw-pgb) als u behoefte hebt 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 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 ingeschatte 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 waarvan de datum waarop de indicatie gesteld is, niet ouder is dan 3 maanden op het moment dat de aanvraag binnen is bij ons;
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. Hiervan is in ieder geval geen sprake in de volgende situaties:
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 (zie hiervoor onder andere artikel 8, Verplichtingen) op verantwoorde wijze uit te voeren. De volgende aspecten wegen wij mee in onze beoordeling:
 - a. of u zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, Wet langdurige zorg, Wet maatschappelijk ondersteuning (Wmo) 2015, Zorgverzekeringswet of Jeugdwet hebt 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 hebt of had het afgelopen jaar een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
4. 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;

Artikel 5. Aanvraag Zvw-pgb

1. U kunt een Zvw-pgb aanvragen door ons pgb-formulier in te vullen, te ondertekenen en naar ons op te sturen. 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 maximaal 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 beoordelen wij aan de hand van de volledig ingevulde pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen. Een bewust-keuzegesprek maakt onderdeel uit van de aanvraagprocedure, tenzij wij hiervan afzien. Als blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in dit reglement, krijgt u toestemming voor een Zvw-pgb.
3. a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door een BIG-geregistreerde 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 indicatie gesteld middels het Medisch Kindzorgsysteem (MKS) door een hbo-kinderverpleegkundige die werkzaam is bij een bij de Vereniging Gespecialiseerde Verpleegkundige Kindzorg (VGVK) en/of Brancheorganisatie Medische Kindzorg Thuis (BMKT) aangesloten zorgverlener.
4. Bij de indicatiestelling dient de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg te hanteren om te 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. U kunt Zorg in Natura én zorg vanuit een Zvw-pgb ontvangen. 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;
6. 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.
7. 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.
8. 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 zal gaan leveren, tenzij dit een door ons voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.
9. 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 hiervoor 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.
10. 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.
11. Als u verbleef in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw of Wlz., 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.
Verblijft/verbleef u langer dan drie maanden in een instelling of een voorziening voor ELV en wilt u opnieuw gebruikmaken van een Zvw-pgb? Dan moet u een nieuwe aanvraag voor een Zvw-pgb indienen.
12. Bij indicatiestellingen waarbij (gedeeltelijk) andere zorg is geïndiceerd dan de zorg waarvoor een Zvw-pgb kan worden ingezet, zullen wij de aanvraag van een Zvw-pgb voor die andere zorg afwijzen. De beslissing of de indicatie verzekerde zorg in de zin van de Zvw. betreft en de beslissing over toekenning van het Zvw-pgb blijft onze verantwoordelijkheid.

7.2 Hoogte en omvang declaratie

1. Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
 - Persoonlijke verzorging : € 38,54 per uur;
 - Verpleging : € 57,46 per uur.
2. Voor informele zorgverleners kunt u maximaal € 23,00 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 is en/of;
 - b. niet is ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
 - c. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de Standaard Bedrijfsindeling (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 zijn 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 Algemeen Gegevens Beheer-code (AGB-code) van uw zorgverlener vermeldt.

7.3 Overige bepalingen t.b.v declareren

1. U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van de door u gecontracteerde zorgverleners. Voor zover u niet tijdig aan uw contractuele betalingsverplichting voldoet kunnen eventuele bijkomende kosten (bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente) niet vanuit het 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 hebt gecontracteerd en in lijn is met uw indicatiestelling. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen. Indien van toepassing, kunnen wij u adviseren hoe deze zorg doelmatiger ingezet kan worden.
3. Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningperiode niet meegenomen naar een volgende periode.
4. Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het Zvw-pgb wordt overschreden, vergoeden wij niet.
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 hebt 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. Zowel het formele als het informele tarief zijn "all-in tarieven". Dit betekent dat u naast het tarief geen andere kosten kunt declareren, zoals reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en andere werkgeverslasten.
8. U mag met uw zorgverleners hogere tarieven afspreken. U betaalt dan zelf het verschil tussen het tarief dat u hebt afgesproken en het maximumtarief dat wij vergoeden.
9. 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 gegeven zorgverlener;
 - relatie tussen verzekerde en zorgverlener;
 - looptijd van de overeenkomst;
 - welke zorg zal worden geleverd;
 - het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten;
 - welk tarief u daarvoor zult betalen;
 - AGB-code indien het een formele zorgverlener betreft;
 - ondertekening door verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger en zorgverlener.Een voorbeeld van een zorgovereenkomst vindt u 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 veertig uur in één week aan werkzaamheden verrichten. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 15 jaar.
3. U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoop. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.
4. Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt, is een nieuwe indicatiestelling door de verpleegkundige noodzakelijk. 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 voor zorg in natura of via pgb aan u levert, 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. Het nieuwe Zvw-pgb berekenen wij per de ingangsdatum van dit nieuwe Zvw-pgb.
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 hebt 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 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.
9. Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toekenningsverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de (maximaal tot de vermelde einddatum van de indicatie) geldige toekenningsverklaring over: 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.

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 hebt op zorg vanuit de Wet langdurige zorg;
- e. u om beëindiging van het Zvw-pgb verzoekt;
- f. de toekenningsperiode van uw Zvw-pgb eindigt;
- g. u langer dan twee maanden in een Wlz-instelling of ziekenhuis verblijft;
- h. met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing hadden geleid;
- i. uw zorgverzekering eindigt;
- j. u de informatie die wij bij u vragen niet dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
- k. u niet meewerkt aan een dossieronderzoek;
- l. er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen;
- m. u het reglement niet naleeft;