



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), indicatie, beheer
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en 2.15a tot en met 2.15 c Bzv, 2.19a tot en met 2.29c Rzv, voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019
Zaaknummer : 202000307
Zittingsdatum : 2 september 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. J.W. Heringa)

1. Partijen

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

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 27 maart 2020 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. Op 14 april 2020 heeft verzoekster haar verzoek nader gemotiveerd.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft in de brief van 8 juni 2020 zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 11 juni 2020 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Op 1 juli 2020 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020028027) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 7 juli 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 2 september 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 30 september 2020 heeft het Zorginstituut een definitief advies uitgebracht. Een kopie hiervan is aan partijen gestuurd, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Op 13 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief gereageerd. Een kopie van deze reactie is ter kennisname aan verzoekster gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering VGZ Den Haagpakket AOW-ers (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Ten behoeve van verzoekster is op 19 september 2019 een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 7 uren en 10 minuten persoonlijke verzorging per week met ingang van 11 september 2019.
- 3.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan van 11 september 2019 over verzoekster verklaard:
(...) Door artrose heeft mw. pijnscheuten in de benen, vingers en handen. Het traplopen gaat, bukken en hurken gaat minder. Mw. heeft angst voor een opstapje en om trappen te lopen. Mw. is angstig om te vallen. Mw. heeft pijnklachten en krachtverlies in de armen en vingers. Mw. kan steunkousen niet aandoen, ook een potje jam of een pak melk openen gaat niet. Mw. heeft

opstartproblemen in ochtend door de artrose, mn. handen, vingers, knieën en benen zijn stijf en pijnlijk. Mw. verliest urine en ontlasting onwillekeurig, mw. gebruikt incontinentie materiaal. Mw. is kortademig en heeft last van erge vermoeidheid.

Mw. heeft chronische pijn. Mw. is met de pleegdochter naar de huisarts geweest, er volgen vervolgonderzoeken. Mw. is een kwetsbare oudere. Mw. is een zorgmijder, mw. is al jaren niet bij de huisarts geweest, wil alles zelf oplossen.

(...)

Interventies

- *Onplanbare zorg, dit is afhankelijk van slechte en/of goede dagen. Mw. helpen zodat mw. haar dag door kan brengen (zelfmanagement). Totaal per week: PV 7 uur en 10 minuten per week.*
- *Mw. dagelijks helpen met wassen en aankleden. PV 40 minuten per dag.*
 - *Volledig hulp bij douchen.*
 - *Volledig hulp bij aankleden.*
 - *Verzorging van haren.*
 - *Huid insmeren*
 - *Huid inspectie bv letten op rode huid, smetplekken, wondjes.*
 - *Steunkousen aantrekken*
- *1x per week nagels verzorgen. PV 10 min.*
- *Mw. helpen met uitkleden voor de nacht. PV 20 minuten per dag*
 - *Volledig hulp bij aankleden voor de nacht.*
 - *Huid inspectie bv letten op rode huid, smetplekken, wondjes.*
 - *Steunkousen uitrekken (...)"*

3.4. Op 20 september 2019 heeft de behandelend ergotherapeut over verzoekster verklaard: *(...) "Zojuist ben ik bij [verzoekster] op huisbezoek geweest. Uit het gesprek kwam naar voren dat mevrouw beperkt wordt in haar mobiliteit en sta-functie door pijnklachten en krachtverlies in de benen. Daarnaast staat mevrouw instabiel op de benen. Om de veiligheid en zelfstandigheid van mevrouw te waarborgen zijn een trippelstoel, douchestoel en toiletverhoger aangevraagd voor de bruikleen. Mevrouw krijgt deze 6 maanden te leen. (...)"*

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 november 2019 aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor een PGB vv is afgewezen.

3.6. Op 20 november 2019 heeft de huisarts over verzoekster verklaard: *"(...) Bovengenoemde patiënte ervaart minder kracht in benen, armen, handen en schouders. Op de X-foto werd artrose in de knie gezien. Het is niet de verwachting dat dat beter wordt. (...)"*

3.7. Op 30 november 2019 heeft verzoekster de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Op 20 januari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.8. Op 6 december 2019 heeft de behandelend ergotherapeut over verzoekster verklaard: *"(...) Noodzakelijke hulpmiddelen en aanpassingen zijn aanwezig. Mevrouw wordt zoveel mogelijk gestimuleerd om haar eigen regie te nemen. Dit gaat op de manier zoals het nu gaat goed. Bij onderstaande activiteiten dient mevrouw ondersteund te worden.*

- *Mevrouw heeft ondersteuning nodig bij de toiletgang/verschonen van incontinentie materiaal*
- *Mevrouw heeft ondersteuning nodig bij het wassen van onderlichaam, achterkant en haren*
- *Mevrouw heeft ondersteuning nodig bij het aantrekken van bovenkleding, het eerste stuk van onderlichaam en de steunkousen*
- *Mevrouw heeft ondersteuning nodig bij het insmeren van het lichaam/huid inspectie*
- *Mevrouw heeft ondersteuning nodig bij het knippen van de teennagels*
- *Mevrouw heeft ondersteuning nodig bij het buitenshuis verplaatsen en boodschappen doen*

3.9. In een aanvullende verklaring heeft de behandelend ergotherapeut op 14 april 2020 over verzoekster verklaard:

(...) Onderstaand zijn alle hulpmiddelen die mevrouw ook in haar situatie nodig zou hebben, niet meer maar ook niet minder. Door middel van compensatie van de hulpmiddelen, wordt mevrouw zo veel als mogelijk gestimuleerd in haar zelfredzaamheid. Echter door haar forse beperking heeft zij daarnaast ook fysieke ondersteuning nodig. De reden dat de (verschillende) hulpmiddelen voor het kousen aantrekken niet geschikt zijn, is vanwege de verminderde kracht in de handen van mevrouw.

(...)

Senioren tablet, Trippelstoel, Sta op stoel, Douche stoel, WC verhoger, Loopstok, Hulpmiddel voor sokken aan te doen (maar daar kan ze niet mee overweg dus dat is geen optie geprobeerd maar lukt niet), Hoge kruk in de slaapkamer, grijptang (maar ook hiermee kan ze niet overweg omdat ze last heeft van haar vinger de kracht daarvan), Speciaal bestek (foamgrip voor een betere hou vast), Pampers (maar als het vol zit heeft ze hulp nodig om deze te verwisselen), Huishoudelijke hulp via WMO. (...)"

3.10. Op 1 juli 2020 heeft het Zorginstituut het volgende verklaard:

"(...) Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld. Het dossier bevat medische informatie, ook is de PGB vv aanvraag en een zorgplan aanwezig. Verder bevat het dossier een rapport van de ergotherapeut dat betrekking heeft op de zelfredzaamheid van verzoekster.

De geïndiceerde zorg wordt door de wijkverpleegkundige onderbouwd in het zorgplan. Na het vaststellen van de zorgvraag is bij verzoekster artrose ontdekt in de knie en heeft een ergotherapeut verzoekster bezocht. De ergotherapeut heeft bekeken of en hoe verzoekster geholpen kan worden om meer zelfredzaam te worden en de huidige zelfredzaamheid vast houden. Het rapport van de ergotherapeut ondersteunt de indicatiestelling van de wijkverpleegkundige. Verweerder geeft aan dat de geneeskundige context niet onderbouwd is maar dat verzoekster mogelijk aanspraak kan maken op zorg in natura. Echter bestaat een aanspraak op zorg wel of niet, ongeacht of de zorg wordt geleverd via een PGB vv of in natura. Verder stelt verweerder dat bepaalde onderzoeken nog moesten plaatsvinden op het moment van indiceren. Dit betekent niet dat er geen aanspraak op zorg zou kunnen zijn. Er is geen reden om aan te nemen dat de indicatie niet op een correcte manier tot stand is gekomen.

Conclusie


Er is sprake van zorg zoals verpleegkundige plegen te bieden en de geneeskundige context is onderbouwd. Of aan de overige polisvoorwaarden is voldaan is niet aan het Zorginstituut om te beoordelen. (...)"

3.11. Op 30 september 2020 heeft het Zorginstituut per brief verklaard:


(...) De commissie merkt op dat het Zorginstituut en verweerder tot een andere conclusie komen ten aanzien van de gestelde indicatie. Waar het Zorginstituut in het voorlopig advies schrijft dat de geneeskundige context voldoende is onderbouwd, stelt verweerder dat het stellen van een correcte indicatie (nog) niet mogelijk was. Volgens verweerder bestond op dat moment namelijk nog teveel onduidelijkheid over de medische indicatie en een eventuele zorgvraag die hieruit voortvloeit, zodat de geneeskundige context nog niet kon worden onderbouwd. Daarnaast was ook (nog) niet beoordeeld of de inzet van hulpmiddelen het zelfzorgtekort kon wegnemen.

Naar aanleiding van het voorgaande merkt het Zorginstituut het volgende op. Om te komen tot een verpleegkundige diagnose is niet per se een medische diagnose noodzakelijk; een verzekerde kan verpleegkundige zorg nodig hebben voordat er een medische diagnose is gesteld. Zoals ook aangegeven in het voorlopig advies ziet het Zorginstituut geen reden om aan te nemen dat de indicatie niet op een correcte manier tot stand is gekomen. Er is sprake van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en de geneeskundige context is voldoende onderbouwd. (...)"



 4. Geschil

-  4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar aan haar een PGB vv moet toekennen met ingang van 11 september 2019 op basis van 7 uren en 10 minuten persoonlijke verzorging per week met ingang van 11 september 2019.
-  4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.



 5. Bevoegdheid van de commissie

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

 6. Beoordeling

-  6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over de aanspraak op verpleging en verzorging en het recht op een 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. De voorwaarden om in aanmerking te komen voor een PBG vv zijn door de ziektekostenverzekeraar nader uitgewerkt in het 'Reglement persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) 2019 (hierna: het reglement). Partijen zijn verdeeld over het antwoord op de vraag of verzoekster voldoet aan de voorwaarden die in dit reglement zijn opgenomen. Hierover hebben zij het volgende aangevoerd.

 **Zorgverzekering**

-  6.3. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij bijna 80 jaar oud is en dat de ouderdom zijn tol eist. Er wordt niet verwacht dat de somatische aandoeningen waarmee zij kampt zullen verbeteren of verdwijnen. Integendeel, haar gezondheid is sinds de aanvraag die in september 2019 is ingediend verder achteruit gegaan. Dit wordt onderschreven door de betrokken zorgverleners. Verzoekster betwist dan ook de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat haar zorgvraag minder dan een jaar zou betreffen. Bovendien wijst de ziektekostenverzekeraar zelf op de mogelijkheid - eventueel na aanvullende onderzoek - opnieuw een aanvraag in te dienen. Daarmee spreekt de ziektekostenverzekeraar zichzelf dus tegen. Ondanks haar fysieke beperkingen is verzoekster in staat zelfstandig haar administratie te voeren. Zij is goed op de hoogte van de taken en verplichtingen die horen bij het PGB vv. Ook heeft zij een cursus gevolgd, waardoor zij zelfstandig kan internetbankieren. Verder wenst zij gebruik te gaan maken van de diensten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Zij kan eventueel haar zorgverlener vragen mee te kijken, maar dit is bij wijze van uitzondering. Concluderend zijn er geen concrete feiten om aan te nemen dat verzoekster het PGB vv niet zelfstandig kan beheren.
-  6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat ten tijde van de onderhavige aanvraag een indicatie werd gesteld, terwijl nog niet bekend was welke aandoening(en) het zelfzorgtekort van verzoekster konden verklaren. Het was dan ook niet duidelijk op grond waarvan de indicerend wijkverpleegkundige bepaalde diagnoses had vermeld. Bovendien is een en ander mogelijk te verklaren door het feit dat verzoekster zorgmijder is of was. Dit wordt onderschreven in het zorgplan. Ook was ten tijde van de indicatiestelling nog niet gekeken naar de inzet van hulpmiddelen die de zelfredzaamheid van verzoekster zouden kunnen vergroten. Om die reden is geadviseerd eerst over deze punten duidelijkheid te verkrijgen, vervolgens een nieuwe indicatie te laten stellen en daarna een nieuwe aanvraag in te dienen.

Verder voert de ziektekostenverzekeraar aan dat een verzekerde in staat moet zijn op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat verzoekster onvoldoende regie en structuur heeft. In combinatie met het feit dat zij zorgmijder is, bestaat onvoldoende vertrouwen in het toezicht op de kwaliteit van zorg.

Daarnaast moet een verzekerde zelfstandig of met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger aan de overige taken en verplichtingen voldoen die horen bij het PGB vv. Verzoekster laat zich bijstaan door haar zorgverlener bij het uitvoeren van deze taken en verplichtingen. Hieruit blijkt dat verzoekster niet in staat is dit zelfstandig te doen. Deze zorgverlener is echter niet aan te merken als een (wettelijk) vertegenwoordiger als beschreven in het reglement. Bijstand door een ander dan een (wettelijk) vertegenwoordiger is niet toegestaan en vormt een reden om het PGB vv te weigeren.

- 6.5. De commissie overweegt dat de zorgverzekering dekking kan bieden voor verpleging en persoonlijke verzorging als sprake is van (i) zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en (ii) een geneeskundige context. Dit laatste wil zeggen dat de zorg plaatsvindt met het oog op herstel van gezondheid, of het voorkomen van verergering van ziekte of aandoening. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige in het zorgplan te onderbouwen dat wordt voldaan aan beide voorwaarden.

De commissie is van oordeel dat de wijkverpleegkundige in deze opzet is geslaagd. In het zorgplan is voldoende duidelijk beschreven welke zorg verzoekster ontvangt en wat de geneeskundige context hiervan is. Dat ten tijde van de indicatiestelling mogelijk nog onduidelijkheid bestond over de medische diagnostiek doet hier niet aan af. Ook in die situatie kan een verpleegkundige diagnose worden gesteld. Verder blijkt uit de verklaringen van de ergotherapeut dat verschillende hulpmiddelen zijn ingezet om de zelfredzaamheid van verzoekster zoveel mogelijk te vergroten. Het is de commissie niet gebleken dat een en ander ten onrechte niet is betrokken bij de indicatiestelling. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat geen aanleiding bestaat aan de juistheid van de indicatiestelling te twijfelen. Dit betekent dat verzoekster aanspraak heeft op de geïndiceerde zorg. Dit wordt bevestigd door het Zorginstituut in de adviezen van 1 juli 2020 en 30 september 2020.

- 6.6. De commissie overweegt dat de geïndiceerde zorg kan worden geleverd door een thuiszorgorganisatie als 'zorg in natura' of dat verzoekster deze zorg zelf kan inkopen met een PGB vv. Om voor een PGB vv in aanmerking te komen gelden aanvullende voorwaarden. Zo moet een verzekerde in staat zijn op eigen kracht of met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de aan het PGB vv verbonden taken en verplichten op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit is opgenomen in artikel 3.3. van het reglement. Hierbij moet bijvoorbeeld worden gedacht aan de coördinatie van de inzet van zorgverleners zodat sprake is van verantwoorde zorg (art. 3.4 van het reglement), maar ook aan het sluiten van een zorgovereenkomst en het voeren van een goede financiële administratie (art. 8 van het reglement).

- 6.7. Uit het zorgplan van 11 september 2019 en de verklaring die op 14 april 2020 namens verzoekster is overgelegd, blijkt dat zij "met hulp" of "met steun" aan de taken en verplichtingen kan voldoen als hiervoor beschreven. Op basis hiervan concludeert de commissie dat verzoekster in ieder geval niet in staat is zelfstandig aan *alle* taken en verplichtingen te voldoen en dat zij hiervoor is aangewezen op een (wettelijk) vertegenwoordiger.

Een (wettelijk) vertegenwoordiger is een bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn of iemand die daartoe door de rechtbank is aangewezen. Dit blijkt uit artikel 12 van het reglement.

De commissie overweegt dat uit de verklaringen van verzoekster naar voren komt dat haar overbuurvrouw als vertegenwoordiger zou kunnen optreden. Deze overbuurvrouw is echter geen bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn. Ook is niet gebleken dat zij als vertegenwoordiger is aangewezen door de rechtbank. Daarmee is de overbuurvrouw van verzoekster niet aan te merken als een (wettelijk) vertegenwoordiger als bedoeld in artikel 12 van het reglement.

Nu verzoekster niet in staat is zelfstandig of met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te voldoen aan de taken en verplichtingen die horen bij een PGB vv is de ziektekostenverzekeraar niet gehouden dit PGB vv aan haar te verstrekken.

Aanvullende ziektekostenverzekering

6.8. In de aanvullende ziektekostenverzekering is geen dekking opgenomen voor verpleging en persoonlijke verzorging, al dan niet in de vorm van een PGB vv. Om die reden kan het verzoek niet op grond van deze verzekering worden toegewezen.

6.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 oktober 2020,



H.A.J. Kroon

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

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

Artikel 1. Inleiding

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

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

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

Artikel 2. Doelgroep Zvw-pgb

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

Artikel 3. Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

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

sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;

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

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

Artikel 4. Weigeringsgronden

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

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

Artikel 5. Aanvraag Zvw-pgb

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

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

Artikel 6. Toekenningsverklaring

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

geldende herindicatie.

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

Artikel 7. Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

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

7.2 Hoogte en omvang declaratie

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

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

7.3 Overige bepalingen t.b.v. declareren

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

Artikel 8. Verplichtingen

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

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

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

Artikel 9. Herziening of intrekking

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

Artikel 10. Beëindigen van het Zvw-pgb.

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

Artikel 11. Terugvordering

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

Artikel 12. Begripsomschrijvingen

AGB-code

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

Bewust-keuzegesprek

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

BINKZ

Branchevereniging Integrale Kindzorg.

Bloed- en aanverwanten

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

Handelsregister

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

Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg

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

SBI codering

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

Wettelijk vertegenwoordiger

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

Vertegenwoordiger

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

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand:

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

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

WSNP

Wet schuldsanering natuurlijke personen.

Zorg in natura

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

Zorgverlener

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

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

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

Gaat u voor huisartsenzorg of multidisciplinaire zorg zoals omschreven in punt 1, 2 of 3.1 naar een huisarts of zorggroep waarmee wij geen overeenkomst hebben gesloten voor deze zorg? Dan heeft 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. Dit geldt ook voor onderzoek dat de huisarts voor u aanvraagt en dat door een andere niet-gecontracteerde zorgaanbieder wordt uitgevoerd (bijvoorbeeld een röntgenfoto of bloedonderzoek). Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Artikel 12. Gecombineerde leefstijlinterventie

Dit krijgt u vergoed

Als u 18 jaar of ouder bent, heeft u recht op een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Een GLI is een erkend programma over gezonde voeding, eetgewoontes en meer bewegen om een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden. U kunt voor een erkend programma in aanmerking komen vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de Zorgstandaard Obesitas.

Op onze website vindt u de erkende programma's. Een programma duurt 24 aaneengesloten maanden. U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

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

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

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

Verwijsbrief nodig van

Huisarts.

Artikel 13. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Dit krijgt u vergoed

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

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.

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

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

Persoonsgebonden budget (pgb)

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

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

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.

Toestemming

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

Extra informatie

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

Artikel 14. Verloskundige zorg en kraamzorg

14.1. Verloskundige zorg

Dit krijgt u vergoed

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

Deze zorg omvat ook:

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

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.