

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa

Zaaknummer: 202501491

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft op 9 maart 2026 aan een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen meegedeeld dat hij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) vraagt een uitspraak te doen. Hierop is namens de commissie getracht telefonisch contact op te nemen met verzoeker. Omdat hij niet bereikbaar was, is op 13 maart 2026 een brief gezonden aan verzoeker met de vraag het klachtgeld te voldoen, het bijgevoegde formulier terug te sturen, en zijn verzoek nader te specificeren. Op 18 maart 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 22 juni 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 23 juni 2026 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 1 juli 2026 respectievelijk 13 juli 2026 verklaard niet te willen worden gehoord.
- 1.4. Bij brief van 22 juli 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026012778) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 23 juli 2026 aan partijen gezonden, waarbij zij in de gelegenheid zijn gesteld hierop te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 24 juli 2026 schriftelijk op het voorlopig advies van het Zorginstituut gereageerd. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 augustus 2026 op het voorlopig advies gereageerd. Afschriften van de reacties zijn op 14 augustus 2026 aan de respectieve wederpartij gezonden. Bij brief van 15 augustus 2026 heeft verzoeker op de brief van de ziektekostenverzekeraar van 4 augustus 2026 gereageerd. Een afschrift van zijn reactie is op 18 augustus 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De commissie ziet geen aanleiding het Zorginstituut te vragen om een nader advies. Daarom kan het voorlopig advies als definitief worden beschouwd.

- 1.5. Op verzoek van verzoeker heeft de commissie bij het Zorginstituut de aan het voorlopig advies ten grondslag liggende medische beoordeling opgevraagd. Dit stuk is op 25 augustus 2026 nagezonden aan partijen, met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. Verzoeker heeft bij brief van 1 september 2026 op het nadere stuk gereageerd. Een afschrift hiervan is op 2 september 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Jongeren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker heeft op 24 maart 2025 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Het gaat hierbij om de verlenging van een eerder PGB vv. De nieuwe indicatie betreft 16 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week en heeft betrekking op de periode van 14 maart 2025 tot en met 13 maart 2027.
- 2.3. Bij brief van 29 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat een PGB vv wordt toegekend op basis van 5 uren en 15 minuten Persoonlijke Verzorging per week, voor de periode van 29 oktober 2025 tot en met 13 maart 2027.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 16 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 22 juni 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden conform de gestelde indicatie een PGB vv toe te kennen op basis van 16 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week, voor de periode van 14 maart 2025 tot en met 13 maart 2027.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe in zijn e-mailbericht aan de commissie van 6 maart 2026 meegedeeld dat hij wekelijks bijna acht uren vergoeding tekortkomt. Deze zorg neemt hij wel af en bekostigt hij zelf. Dit kost hem over het gehele jaar € 10.854,--. In zijn e-mailbericht aan de commissie van 13 maart 2026 heeft verzoeker hieraan toegevoegd dat de ziektekostenverzekeraar steeds draait en leugens vertelt. Dit is ook erkend in de brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 5 januari 2026. Als gevolg hiervan heeft hij maandelijks een tekort van € 904,50.
- 3.3. Bij brief van 24 juli 2026 heeft verzoeker aanvullend verklaard dat hij de in het voorlopig advies van het Zorginstituut genoemde bipolaire stoornis en PTSS heeft opgelopen na een bedrijfsongeval in 1996. Verder merkt hij op dat de door de ziektekostenverzekeraar gestelde vragen door de indicierend wijkverpleegkundige uitgebreid zijn beantwoord. Er ontbreekt geen noodzakelijke informatie. Dat de ziektekostenverzekeraar tot driemaal toe dezelfde vragen heeft gesteld, kan de indicierend wijkverpleegkundige niet worden tegengeworpen. Dit heeft zij gecommuniceerd met de ziektekostenverzekeraar en verzoeker heeft dit ook gedaan. De medicatie van verzoeker bevindt zich momenteel voor de helft in een medicijnrol. De overige medicatie is in beheer bij zijn verzorgende. De zelfredzaamheid van verzoeker is hiermee niet toegenomen, wat wel het doel was van de medicijnrol. De medicatie van verzoeker wisselt vaak en hij kan hieruit zelf geen wijs meer

worden, met fatale fouten tot gevolg als hij niet wordt geholpen. Verzoeker krijgt sterk het idee dat de integriteit van hem en de indicierend wijkverpleegkundige door de ziektekostenverzekeraar in twijfel wordt getrokken.

- 3.4. Bij brief van 15 augustus 2026 heeft verzoeker aanvullend verklaard dat het advies van het Zorginstituut een voorlopig karakter heeft. Het bevreemdt hem daarom dat de ziektekostenverzekeraar heeft gehandeld als ware het een “advies”. De indicatie is met ingang van 13 mei 2026 opgehoogd naar 9 uren en 55 minuten Persoonlijke Verzorging per week. De indicatie van 1 januari 2026 betrof 8 uren en 10 minuten per week. Het kan en mag niet zo zijn dat de ziektekostenverzekeraar deze indicaties gaat “overrulen” met zijn brief van 4 augustus 2026.
- 3.5. Bij brief van 1 september 2026 heeft verzoeker aanvullend verklaard dat hem opvalt in het schrijven van het Zorginstituut dat de medisch adviseur heeft meegedeeld dat niet zonder meer gesteld kan worden dat zorg die redelijkerwijs kan worden verwacht van het netwerk is uitgesloten van het PGB vv. Het bepalen of zorg kan worden verricht door het netwerk is een onderdeel van het normenkader en betreft geen standaard berekening van zorg. Wat de ziektekostenverzekeraar doet is daarom niet conform de richtlijnen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft aanvankelijk verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op een PGB vv op basis van meer dan 5 uren en 15 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Hij heeft hiertoe in zijn heroverweging van 16 december 2025 aangevoerd dat een herindicatie is ontvangen op basis van 16 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Om te beoordelen of de geïndiceerde zorg voor vergoeding in aanmerking komt, is de aanvraag voorgelegd aan de adviserend verpleegkundige. Op basis van het medisch advies is een onderscheid gemaakt tussen zorg die navolgbaar is binnen de Zorgverzekeringswet en zorg die op basis van de indicatie en de beantwoorde vragen niet navolgbaar is gebleken. Binnen de Zorgverzekeringswet kunnen de geïndiceerde Persoonlijke Verzorging (ADL) voor 5 uren en 15 minuten per week en de huidzorg voor 1 uur en 10 minuten per week worden toegekend. Deze onderdelen zijn door de wijkverpleegkundige nader gespecificeerd en onderbouwd als noodzakelijk ter preventie van huiddefecten en beperkingen in de ADL, en voldoen daarmee aan de criteria van geneeskundige context en doelmatigheid.
- 4.2. Voor de overige onderdelen geldt dat deze niet navolgbaar zijn binnen de Zorgverzekeringswet. De adviserend verpleegkundige geeft aan dat het omkleden bij middagrust comfortzorg betreft, zonder geneeskundige noodzaak. Daarnaast zijn er voorliggende opties, zoals hulpmiddelen, en zou dit eventueel anders kunnen worden meegenomen in de dagstructuur. Het uitzetten van medicatie is geen handeling die verpleegkundigen plegen te verrichten en kan worden opgelost via voorliggende voorzieningen, zoals een baxterrol, of het eigen netwerk. Uit de ontvangen informatie valt niet op te maken waarom verzoeker niet met voorliggende voorzieningen zou kunnen uitkomen. Verzorging van haar en nagels is algemeen gebruikelijke zorg en valt onder de kapper of pedicure, en niet onder wijkverpleging. Het is ook niet duidelijk geworden op basis van welke overwegingen deze zorg plaatsvindt binnen een geneeskundige context of bij een verhoogd risico daarop. Ten aanzien van de incontinentiezorg/toiletgang en voetzorg zijn aanvullende vragen gesteld om de geneeskundige context, doelmatigheid en afbakening ten opzichte van mantelzorg te toetsen. Deze vragen zijn niet beantwoord, waardoor de noodzakelijke informatie ontbreekt. Hierdoor kan niet worden vastgesteld of sprake is van medische noodzaak, of voorliggende voorzieningen zijn benut, en of de inzet van professionele zorg proportioneel is.
- 4.3. De onderbouwing ligt primair bij de indicierend wijkverpleegkundige. Zonder deze informatie blijft de zorgvraag onvoldoende objectief onderbouwd en niet navolgbaar binnen de Zorgverzekeringswet. Voor de voetzorg geldt dat de geclaimde extra tijd vermoedelijk dubbel is

geteld (valt onder ADL/huidzorg) of ziet op pedicure- of nagelverzorging, wat geen zorg binnen de Zorgverzekeringswet is. Omdat een aanvullende specificatie ontbreekt, kan ook hier de rechtmatigheid niet worden vastgesteld.

- 4.4. In zijn brief aan de commissie van 22 juni 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt gehandhaafd. Verder heeft hij opgemerkt dat de indicatie die geldt voor de periode van 10 december 2025 tot en met 9 december 2026 op 12 januari 2026 volledig aan verzoeker is toegekend.
- 4.5. Bij brief van 4 augustus 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat hij het voorlopig advies van het Zorginstituut volgt. Dit betekent dat in plaats van de toegekende 5 uren en 15 minuten voor persoonlijke hygiëne nu 7 uren worden toegekend. Voor het overige handhaaft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het advies van 22 juni 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In het dossier is onder meer de PGB-aanvraag van 24 maart 2025 en het daarbij behorende zorgplan aanwezig. Ook is in het dossier is een medicatieoverzicht, gedateerd op 3 januari 2025, aanwezig van de apotheek van verzekerde. De beantwoording door de indicierend verpleegkundige van de vragen van de zorgverzekeraar is ook aanwezig in het dossier. Overige (para)medische informatie ontbreekt. De gevraagde uren PGB vv voor de huidzorg zijn door verweerder toegekend, dit onderwerp wordt dan ook niet besproken hieronder.

Persoonlijke hygiëne

Het Zorginstituut acht de geneeskundige context van de volledige zorg ten aanzien van de persoonlijke hygiëne in de ochtend voldoende onderbouwd. De indicierend verpleegkundige legt in haar beantwoording op de vragen van de verzekeraar uit waarom deze zorg noodzakelijk is en wat volgens haar de geneeskundige context is van de voetverzorging. Ook kan het Zorginstituut de wijkverpleegkundige in haar beredenering volgen om de haarverzorging en nagelverzorging mee te nemen in de ADL-zorg.

Blaaszorg

De geneeskundige context van de blaaszorg is onvoldoende duidelijk. Uit de beschikbare informatie blijkt niet of er eventueel meer passend incontinentiemateriaal mogelijk is om verzoeker op dit vlak meer zelfredzaam te laten zijn. De beantwoording van de vragen over deze zorg door de indicierend verpleegkundige is onvoldoende duidelijk op dit punt.

Medicatie

Verweerder stelt dat het uitzetten van medicatie (in het algemeen) geen zorg is zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Dit standpunt is onjuist. Of dit zorg is zoals verpleegkundigen plegen te bieden, hangt volledig af van de context. In dit geschil is de geneeskundige context en het wel of niet kunnen inzetten van een hulpmiddel voor de medicatie of een deel daarvan onvoldoende onderbouwd door de indicierend wijkverpleegkundige.

In positie brengen in bed / omkleden voor de middagrust

Ook ten aanzien van het in positie brengen en het omkleden voor de middagrust blijkt de geneeskundige context onvoldoende uit de beschikbare informatie.

Kortom, de geneeskundige context van de volledige zorg zoals deze is geïndiceerd met betrekking tot de persoonlijke hygiëne is voldoende onderbouwd. Voor de overige zorg in geschil is dit onvoldoende, ondanks de beantwoording van de vragen door de indicierend verpleegkundige.

In de beschikbare documentatie vermeldt verweerder meermaals dat bepaalde zorg, zorg is die redelijkerwijs van het netwerk mag worden verwacht of woorden van gelijke strekking. Het Zorginstituut merkt ten overvloede op dat het bepalen of en hoe het netwerk van de verzekerde kan worden ingezet in het Normenkader van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) wordt beschreven als een onderdeel van het verpleegkundig proces. Er is geen “standaardberekening” van zorg die in alle gevallen principieel door het netwerk geboden zou moeten worden.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is de geneeskundige context van de hulp bij de persoonlijke hygiëne voldoende onderbouwd. De geneeskundige context van de hulp bij blaas zorg, medicatie en het in positie brengen in bed / omkleden voor de middagrust is onvoldoende onderbouwd.

Het advies

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

- Verzoeker kan aanspraak maken op de door de wijkverpleegkundige geïndiceerde zorg voor persoonlijke hygiëne ten laste van de basisverzekering.
- Verzoeker kan geen aanspraak maken op verstrekking van een PGB vv ten laste van de basisverzekering voor de geïndiceerde zorg met betrekking tot de ondersteuning bij blaas zorg, medicatie en het in positie brengen in bed / omkleden voor de middagrust.”

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld op bladzijde 153 e.v. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het PGB vv is een financieringsvorm die nader is uitgewerkt in het ‘Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging’ van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). Verzoeker heeft aanspraak op verpleging en verzorging voor zover het gaat om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Verder moet sprake zijn van een geneeskundige context en dient de verzekerde op de zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs te zijn aangewezen. Tot slot kunnen partijen afspraken hebben gemaakt over de doelmatigheid.
- 7.3. De indicierend wijkverpleegkundige stelt de indicatie voor verpleging en verzorging, die in beginsel leidend is. De zorgverzekeraar mag hiervan afwijken als niet aan eerdergenoemde voorwaarden is

voldaan. Uit de contractuele verhouding tussen partijen volgt dat hij in dat geval een zorgvuldige procedure moet volgen. De commissie heeft in eerdere bindende adviezen deze procedure beschreven:

- a) de zorgverzekeraar neemt contact op met de wijkverpleegkundige over de gestelde indicatie, en legt de inhoud van een eventueel telefoongesprek schriftelijk vast;
- b) de wijkverpleegkundige krijgt ten minste vier weken de tijd hierop schriftelijk te reageren;
- c) bereiken de zorgverzekeraar en de wijkverpleegkundige geen akkoord, dan motiveert de verzekeraar waarom hij van de gestelde indicatie afwijkt.

7.4. Als de zorgverzekeraar de hiervoor beschreven procedure niet heeft gevolgd, moet de indicatie van de wijkverpleegkundige als uitgangspunt worden genomen voor het toekennen van het aangevraagde PGB vv tenzij dit tot een uitkomst leidt die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.

7.5. Naar aanleiding van de gestelde indicatie heeft de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige. Aan de wijkverpleegkundige zijn vragen gesteld, die door haar deels zijn beantwoord. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens gemotiveerd waarom hij van de gestelde indicatie is afgeweken, met inachtneming van de beantwoording van de vragen. De ziektekostenverzekeraar heeft hiermee de door de commissie voorgestane procedure gevolgd. De vraag die vervolgens moet worden beantwoord, is op hoeveel uren zorg verzoeker aanspraak heeft. Daarbij heeft de gestelde indicatie, behorend bij de aanvraag van 24 maart 2025, als uitgangspunt te gelden. De overige door verzoeker genoemde indicaties zijn in dit kader niet relevant, omdat hij specifiek is opgekomen tegen de gedeeltelijke akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar van 29 juli 2025, die zag op voornoemde indicatie. De gestelde indicatie betrof 16 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervan in eerste instantie 5 uren en 15 minuten voor persoonlijke hygiëne en 1 uur en 10 minuten voor huidzorg toegekend. Nadat het Zorginstituut in zijn advies van 22 juni 2026 had geconcludeerd dat de indicatie navolgbaar is voor zover deze ziet op de persoonlijke hygiëne, heeft de ziektekostenverzekeraar besloten ook de hierop door hem in mindering gebrachte uren aan verzoeker toe te kennen. Hiermee kwam het toegekende PGB vv op totaal 8 uren en 10 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Het geschil spitst zich thans nog toe op de in mindering gebrachte uren met betrekking tot de blaas zorg, medicatie, het in positie brengen in bed en omkleden voor de middagrust. Het Zorginstituut heeft hiertoe geadviseerd dat de geneeskundige context met betrekking tot deze uren in de indicatie onvoldoende is onderbouwd. Het Zorginstituut adviseert daarom deze uren niet aan verzoeker toe te kennen. Hoewel verzoeker heeft betoogd dat hij de betreffende zorg nodig heeft, en er nu een aanzienlijk bedrag per jaar voor zijn rekening komt, heeft de indicierend wijkverpleegkundige de taak om een en ander goed te onderbouwen, en dit is niet gebeurd. De commissie ziet daarom geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken, en neemt dit over, voor zover het ziet op de periode tot en met 31 december 2025. Naar de commissie begrijpt, is met ingang van 1 januari 2026 een nieuwe indicatie gesteld en geaccordeerd, die de eerdere indicatie heeft vervangen.

7.6. Aangezien de ziektekostenverzekeraar lopende de procedure bij de commissie is overgegaan tot toekenning van een PGB vv op basis van een hoger aantal uren, ziet de commissie aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden het door verzoeker voor deze procedure betaalde klachtgeld van € 37,-- aan hem te vergoeden.

Slotsom

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie:

- (i) wijst het verzoek af;
- (ii) beslist dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.

Zeist, 24 september 2026,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Wijkverpleging en PGB

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Wijkverpleging (artikel B.26.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Wijkverpleging
Het gaat hierbij om verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement.
Onder bepaalde voorwaarden is het mogelijk om voor deze zorg een Persoons Gebonden Budget verpleging en verzorging (Zvw-pgb) aan te vragen. Het budget stellen wij vast op basis van geïndiceerde uren (verpleging en verzorging).

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor wijkverpleging.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
 - Er is sprake van behoefte aan verpleging en verzorging waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg.
Het gaat om geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering of een hoog risico op die zorg.

Wat zijn de voorwaarden?

- U moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg
- De indicatiestelling en de te verlenen zorg moeten doelmatig zijn
Verpleegkundige handelingen en verzorgingshandelingen worden zoveel mogelijk gecombineerd uitgevoerd in één bezoek aan u. Als de zorg alleen bestaat uit het uitvoeren van verzorgingshandelingen, dan heeft u regelmatig contact met de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, om na te gaan of uw situatie gewijzigd is en om eventueel de indicatie en het zorgplan aan te passen.

- Het zorgplan en de indicatiestelling moeten inhoudelijk voldoen aan het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).
Bij de indicatie wordt gebruik gemaakt van een digitaal classificatiesysteem.
De indicatiestelling omschrijft en onderbouwt hoeveel en hoe vaak u welke verpleging en verzorging nodig heeft. De HBO-bachelor opgeleide verpleegkundige of verpleegkundig specialist (niveau 6 of hoger) die de indicatie stelt en het behandelvoorstel doet, legt dit vast in een zorgplan. Deze zorgverlener is continu betrokken bij de zorg en bewaakt of de indicatie en het zorgplan (dus de ingezette zorg), nog passen bij de zorgvraag. Als u een PGB heeft, kan deze betrokkenheid en bewaking anders zijn. De voorwaarden hiervoor vindt u in het Reglement Zvw-pgb.
Wij beoordelen of het verpleegkundig proces in de indicatiestelling navolgbaar is.
Wilt u kiezen voor een PGB dan kijken wij aan de hand van de opgestelde voorwaarden en uw zorgindicatie of u in aanmerking komt voor een pgb-verpleging en verzorging (vv). Zie hiervoor ook het Reglement Zvw-pgb in de bijlage.
- De verpleegkundige of verpleegkundig specialist die de indicatie stelt en het behandelvoorstel doet, is aangesloten bij het netwerk dat in uw omgeving zorg en ondersteuning organiseert
Dit is bijvoorbeeld een sociaal wijkteam, samenwerking van thuiszorgorganisaties en huisartsen en ziekenhuis.
- De zorgverlener of zorgverlenende instantie moet beschikken over een AGB-code wijkverpleging en over gekwalificeerd personeel
De zorgverlener die de zorg verleent en declareert heeft daarom de beschikking over ten minste één persoon met een AGB-code 'Verpleegkundige niveau 6' of hoger die duurzaam verbonden is aan de zorgverlener. Of er meer verpleegkundigen niveau 6 beschikbaar moeten zijn is afhankelijk van welke zorg wordt geleverd. U kunt bij ons navragen of de zorgverlener aan deze voorwaarden voldoet.
- Bepaalde zorgvormen moeten verleend worden door gespecialiseerde verpleegkundigen
Ons Zorgteam kan u helpen een passende zorgverlener te vinden.
- Advies om bij zorg op grond van verschillende wetten tegelijkertijd (integrale zorg) contact met ons op te nemen
Bijvoorbeeld zorg vanuit de Zorgverzekeringswet, Jeugd-wet, WMO en Wlz.
Voor integrale zorgverlening hebben wij afspraken met gemeenten gemaakt. Wij doen dit om de uitvoering van onze wettelijke taken op grond van de Zorgverzekeringswet en WMO op elkaar af te stemmen. De afspraken die van belang zijn voor uw zorgverzekering staan in deze verzekeringsvoorwaarden.
- Als u kiest voor een PGB, moet u zelf de taken en verplichtingen rond het PGB uit kunnen voeren
 - U bent naar ons oordeel in staat om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn, op verantwoorde manier uit te voeren.
De aspecten die meewegen in onze beoordeling daarbij staan in het Reglement Zvw-pgb Verpleging en Verzorging.
 - U bent naar ons oordeel in staat om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de zorgverleners die u heeft gekozen op zodanig aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of wordt van verantwoorde zorg;
 - U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een pgb geleverd wil en kan krijgen.
Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan al deze voorwaarden te voldoen, dan verlenen wij u geen toegang tot het Zvw-pgb, of we stellen aanvullende eisen waaraan moet worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb;
 - Alle specifieke voorwaarden en informatie over het aanvragen van PGB vindt u in het Reglement Zvw-pgb Verpleging en Verzorging.
- Voor zorg vanuit een PGB moet het gaan om zorg die u langer dan 1 jaar nodig heeft of het moet gaan om palliatieve terminale zorg (PTZ)
PTZ betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- De indicatiestelling voor volwassenen vanaf 18 jaar wordt gedaan door minimaal een HBO-bachelor opgeleide verpleegkundige of verpleegkundig specialist (niveau 6 of hoger)
 - De HBO-bachelor opgeleide verpleegkundige of verpleegkundig specialist (niveau 6 of hoger) die de indicatie stelt en het behandelvoorstel doet, voldoet aantoonbaar aan vigerende voorwaarden voor (vakbekwaam) indiceren van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).
 - De indicatie is opgesteld in uw eigen omgeving waarbij u zelf aanwezig bent.
- De indicatiestelling voor kinderen onder de 18 jaar wordt gedaan door een HBO-bachelor opgeleide verpleegkundige of verpleegkundig specialist (niveau 6 of hoger)
 - De HBO-bachelor opgeleide verpleegkundige of verpleegkundig specialist (niveau 6 of hoger) die de indicatie stelt en het behandelvoorstel doet, voldoet aantoonbaar aan vigerende voorwaarden voor (vakbekwaam) indiceren van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).
 - De verpleegkundig specialist moet een opleiding tot kinderverpleegkundige hebben en moet werkzaam zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de BINKZ (Branchevereniging Integrale Kindzorg).
 - De indicatie is opgesteld in de eigen omgeving van het kind waarbij het kind zelf aanwezig is met de ouder(s) of andere wettelijk vertegenwoordiger (bijvoorbeeld mentor of curator).

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden en of de zorg verzekerd is. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig
U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als de zorg wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener is wel een akkoordverklaring van ons nodig. De aanvraag van een niet-gecontracteerde zorgverlener is alleen geldig als de indicatie niet ouder is dan 3 maanden.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig bij herbeoordeling van de zorgbehoefte
U kunt uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen door een andere verpleegkundige. Deze herbeoordeling wordt alleen vergoed als u hier vooraf toestemming van ons voor heeft gekregen. Wij kunnen hierbij een andere verpleegkundige aanwijzen. Wij kunnen die toestemming bijvoorbeeld weigeren als u al bij meerdere zorgverleners een indicatie heeft gekregen voor dezelfde periode, voordat u een herbeoordeling aanvraagt.
Twijfelen wij zelf aan de zorgbehoefte die de eerste verpleegkundige heeft vastgesteld? Dan kunnen wij zelf uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen.
- Uw aanvraag voor PGB beoordelen wij aan de hand van de volledig ingevulde
Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set
Meer informatie hierover en over een eventuele akkoordverklaring vindt u in de Bijlage Reglement Zvw-pgb Verpleging en Verzorging.
Het Zvw-pgb-aanvraagformulier staat op onze website. Of u kunt het telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Verpleegkundige niveau 4 of hoger met BIG-registratie.
- Zorgverlener (beroepskracht) die bevoegd en bekwaam is voor de handelingen die zij uitvoeren en kunnen dit desgevraagd aantonen.
Voorbehouden handelingen worden volgens de geldende kaders en normen uitgevoerd. Bij twijfel over de legitimiteit van handelen van een zorgmedewerker kunt u contact opnemen met ons Zorgteam.
- Als u de zorg inkoopt met een PGB kan het ook een andere zorgverlener zijn dan de bovenstaande zorgverleners. De voorwaarden voor die zorgverlener kunt u vinden in het Reglement Zvw-pgb

Waar vindt de behandeling plaats?

- Bij u thuis
- Intensieve kindzorg kan ook in kindershospice of verpleegkundig dagverblijf plaatsvinden

Wat krijgt u niet vergoed?

- Kraamzorg
Deze zorg vergoeden wij uit het artikel 'Zorg na de bevalling'.
- Wijkverpleging in combinatie met verblijf in een instelling, behalve als het om Intensieve Kindzorg gaat
- U kunt geen zorg met PGB inkopen ingeval van Intensieve Kindzorg in combinatie met verblijf in een instelling.
- Zorg bij kinderen jonger dan 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)
Deze zorg valt onder de Jeugdwet omdat de zorg dan niet in geneeskundige context plaatsvindt.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zorg voor de bevalling

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Preconceptiezorg, verloskundige zorg en preventieve zorg zonder medische indicatie (artikel B.5.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Preconceptiezorg, verloskundige zorg en preventieve zorg zonder medische indicatie
Het gaat hierbij om al deze zorg:
 - Het inbrengen van een spiraaltje (IUD) / implanteren of verwijderen implanonstaafje;
 - Preconceptieconsult: advies en informatie op verzoek van de verzekerde, om zo gezond mogelijk te beginnen aan een eventuele zwangerschap. De zorg richt zich op medische voorgeschiedenis, leefstijlfactoren (alcohol, roken, drugs, gewicht), foliumzuurgebruik, erfelijke factoren, omgevingsfactoren (zoals arbeidsomstandigheden), eventuele vorige zwangerschapscomplicaties, medicijngebruik en doorgemaakte kinderziekten en vaccinaties;
 - Verloskundige en preventieve zorg tijdens de zwangerschap ter bevordering van een goede gezondheid voor moeder en kind.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100% voor preconceptiezorg, verloskundige zorg en preventieve zorg zonder medische indicatie.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor spiraaltje (IUD) of implanonstaafje zelf (voor het inbrengen of verwijderen geldt geen eigen risico)

Geldig vanaf 1 januari 2025

Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging



Inhoudsopgave

Begripsbepalingen	3
1 Inleiding	4
2 Doelgroep Zvw-pgb	4
3 Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb	5
4 Weigeringsgronden	6
5 Aanvraag Zvw-pgb	7
6 Akkoordverklaring	10
7 Declareren van zorg	11
8 Verplichtingen	14
9 Herziening of intrekking	16
10 Beëindigen van het Zvw-pgb	17
11 Terugvordering	18

Begripsbepalingen

Bewuste-keuze gesprek

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

Partner

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

Vertegenwoordiger

Een vertegenwoordiger is:

- a de wettelijke vertegenwoordiger; of
- b de partner; of
- c een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst uit uw familie (bloed- en aanverwanten in de 1^e of 2^e graad) en die niet aan de definitie van de wettelijk vertegenwoordiger voldoet.

Wij beoordelen of u met deze vertegenwoordiger in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Voor de weigeringsgronden van een vertegenwoordiger zie artikel 4.7.

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.

Zorg in Natura

Bij zorg in natura levert en organiseert de zorgverlener waar wij een contract mee hebben gesloten de zorg en regelt de administratie daaromheen. Wij spreken ook wel over door ons gecontracteerde zorg.

Zorgverlener

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

Inleiding

1.1 Waarom een reglement?

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

1.2 Wat is de basis voor dit reglement?

U hebt recht op verpleging en verzorging zoals dit is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering onder artikel B.26. Artikel 13a van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de basis voor het toekennen van een Zvw-pgb. Wij kunnen dit reglement tussentijds aanpassen, bijvoorbeeld als gevolg van wetswijzigingen. Wij informeren u hier dan over.

1.3 Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb.

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

Doelgroep Zvw-pgb

2.1

U komt in aanmerking voor het 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 kraawmzorg betreft. Onder de zorg vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die alleen gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Deze zorg valt onder de Jeugdwet.

Daarnaast moet u:

2.2

langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen zijn, óf;

2.3

op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U moet voldoen aan alle onderstaande voorwaarden. Als u naar ons oordeel niet voldoet aan al die voorwaarden voldoet, dan zullen wij u geen toegang tot het Zvw-pgb verlenen, dan wel aanvullende eisen stellen waaraan moet worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb:

3.1

U bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging, zoals omschreven in artikel 2.1. van dit reglement. Over de voorwaarden die voor de indicatie gelden leest u meer in artikel 5 van dit Reglement en B.26 van de verzekeringsvoorwaarden. Op het moment dat de aanvraag is ontvangen bij ons, mag de indicatie niet langer dan drie maanden geleden gesteld zijn;

3.2

U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. De volgende aspecten wegen wij onder meer mee in onze beoordeling:

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

Als 1 van de situaties onder a t/m f van toepassing is, krijgt u geen pgb;

3.3

U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde en kwalitatief goede zorg; Verantwoord wil zeggen dat de situatie in huis veilig is. Er is bijvoorbeeld voldoende toezicht van mantelzorgers en de zorg sluit goed aan bij de zorgbehoefte. Van kwalitatief goede zorg is sprake als de zorg veilig, effectief (goed resultaat) en doelmatig (niet te duur) is. De zorg is cliëntgericht: U krijgt de zorg op het juiste moment en de zorg sluit aan bij wat u nodig hebt;

3.4

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;

3.5

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.

Artikel 4

Weigeringsgronden

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

4.1

u voldoet niet aan de voorwaarden in artikel 2 en/of artikel 3 van dit reglement;

4.2

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

4.3

u beschikt volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;

4.4

uw vrijheid is u rehtens ontnomen;

4.5

u verleent geen medewerking (meer) aan een ‘bewuste-keuze gesprek’ en/of huisbezoek dat eventueel door ons wordt georganiseerd;

4.6

uit uw aanvraagformulier of het bewuste-keuze gesprek en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;

4.7

uw (wettelijke) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):

- a heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of (wettelijke) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
- b beschikt volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;

- c is zijn/haar vrijheid rehtens ontnomen; valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), of er is een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank ingediend;
- d heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of i failliet verklaard;
- f biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen.
- g krijgt betaald voor het beheren van uw Zvw-pgb of wil hiervoor betaald worden uit het Zvw-pgb budget;

4.8

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

4.9

de zorg al vergoed wordt vanuit andere zorgsoorten, bijvoorbeeld medisch specialistische zorg (vanuit DBC), om dubbele bekostiging en daarmee onrechtmatige zorg uit te sluiten.

Artikel 5

Aanvraag Zvw-pgb

5.1

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

5.2

Voor de indicatiestelling Zvw-pgb maken wij het volgende onderscheid:

- a voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar bent u in het bezit van een door een BIG-geregistreeerde hbo-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving (het Normenkader van V&VN) en in uw aanwezigheid heeft opgesteld;
- b de verpleegkundige die de indicaties heeft gesteld moet aantoonbaar vakbekwaam¹ zijn in het stellen van indicaties voor de Zorgverzekeringswet (artikel 2.10 BZv), binnen het deskundigheidsgebied waarvoor opgeleid, èn moet ook voldaan aan één of meer van de volgende punten:
 - verpleegkundigen met een Hbo-V-getuigschrift (Bachelor);
 - verpleegkundigen met een master-getuigschrift;
 - verpleegkundigen met een A-diploma met de wijkaantekening (MGZ);
 - verpleegkundigen die opgenomen zijn in het deskundigheidsgebied wijkverpleegkundige in het Kwaliteitsregister V&V;
 - verpleegkundigen met een relevante verpleegkundige NLQF6-vervolgopleiding.
- c voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een minimaal BIG-

geregistreeerde hbo-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkundige, die tevens de verplichte HIK-training heeft gevolgd en dit kan aantonen met een geldig certificaat. De indicatiesteller moet werkzaam zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de BINKZ (Branchevereniging Integrale Kindzorg). Deze indicatie moet conform het normenkader van V&VN en de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) worden opgesteld in de thuissituatie in aanwezigheid van uzelf (het kind) en uw wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor). Als het u niet lukt om zorg in te kopen voor uw kind onder de 18 jaar kunt u contact opnemen om met ons tot een passende oplossing te komen.

Voor zowel a als b geldt ook het volgende: Degene die de indicatie stelt is aangesloten bij het netwerk (bijvoorbeeld een sociaal wijkteam, samenwerking van thuiszorgorganisaties en huisartsen en ziekenhuis) dat in de omgeving van verzekerde zorg en ondersteuning organiseert.

5.3

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

5.4

Is er sprake van voorbehouden of risicovolle handelingen? Dan moet u, als we u daarom vragen, aan kunnen tonen dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd.

Risicovolle handelingen

Bij een risicovolle handeling moet de aard, omvang en inhoud van de zorg uitgewerkt zijn in het zorgplan.

Voorbehouden handelingen

Gaat het om voorbehouden handelingen door een formele zorgverlener? Dan moet uw zorgverlener bevoegd en bekwaam zijn om deze handelingen uit te voeren. U moet, als we u daarom vragen, een uitvoeringsverzoek kunnen laten zien van een arts voor

Artikel 5

die handelingen en kunnen aantonen dat er wordt gewerkt overeenkomstig de ‘handleiding voorbehouden handelingen in de (wijk) verpleging & verzorging’ (ActiZ, 2019).

Bij informele zorgverleners moet u, als we u daarom vragen, kunnen aantonen dat de arts de zorgverlener voldoende bewust en bekwaam acht om de handeling verantwoord uit te voeren.

5.5

Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, moet u een verklaring van uw behandelend arts toevoegen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

5.6

De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden. De indicatie mag daarom in ieder geval niet gesteld worden door een wijkverpleegkundige die:

- uw (wettelijke) vertegenwoordiger en/of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn is, en/of
- zelf zorg aan u gaat leveren, en/of
- in dienst is bij, of een samenwerkingsverband heeft met een zorgverlener die de zorg deels aan u gaat leveren, tenzij het gaat om een zorgverlener waar wij een contract mee hebben voor deze zorg.

5.7

Bij de indicatiestelling moet de wijkverpleegkundige volgens het Normenkader van V&VN de afweging maken wat verzekerde en diens netwerk zelf kan en wil oplossen. Dit betekent dat zij onder andere het netwerk van verzekerde in kaart brengt en vervolgens afweegt welke zorg op grond van belasting en belastbaarheid wel of niet van het netwerk verwacht kan worden. De zorg die het netwerk kan en wil verlenen, wordt in een indicatie voor wijkverpleging niet meegenomen. Hiervoor krijgt u dan ook geen pgb. De afweging die de wijkverpleegkundige daarbij maakt moet in de indicatie staan.

Onder netwerk wordt volgens het Begrippenkader van V&VN verstaan: “naasten en mantelzorgers” zoals

partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden van verzekerde.

Bij de indicatiestelling maakt de wijkverpleegkundige de afweging, gegeven de hele context van de verzekerde (zorgvrager), hoe de hulpvraag opgelost of hoe de interventie uitgevoerd kan worden. Zelfredzaamheid (samen met het eigen netwerk) is het uitgangspunt van het Normenkader.

5.8

Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt, niet doelmatig is of dat de indicatiestelling niet voldoet aan het Normenkader van V&VN. In dat geval nemen wij contact op met de indicierend wijkverpleegkundige en vragen wij om een nadere uitleg en onderbouwing. Als na dat contact naar ons oordeel de zorg niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt, of niet doelmatig is, of de indicatie is niet gesteld volgens het normenkader, dan kennen wij voor die zorg geen Zvw-rgb 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 in deze situatie vragen om een herbeoordeling van de indicatie.

Wij kunnen een tweede, onafhankelijke wijkverpleegkundige vragen om de geldende indicatie opnieuw te beoordelen (herbeoordeling). De eerste wijkverpleegkundige behoudt de regie over de indicatie. Na de toetsing door een tweede wijkverpleegkundige moet het oordeel/advies van deze wijkverpleegkundige voorgelegd worden aan de eerste wijkverpleegkundige. Na overleg tussen beide wijkverpleegkundigen (intervisie) beoordeelt de eerste wijkverpleegkundige vervolgens of de herbeoordeling tot aanpassing van de indicatie leidt en moet dit ook kunnen onderbouwen. U kunt ook om een herbeoordeling van de indicatie vragen, maar dit kan alleen met goedkeuring van ons. Wij kunnen die goedkeuring bijvoorbeeld weigeren als u al bij meerdere zorgverleners een indicatie heeft gekregen voor dezelfde periode, alvorens u een herbeoordeling aanvraagt.

Artikel 5

5.9

Als u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, moet u ook aangeven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins. Ook met een vervangende zorgverlener dient u een zorgovereenkomst af te sluiten.

5.10

Verblijft u in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw dan wel in een voorziening voor Kortdurend verblijf (Eerstelijns Verblijf) dan kunt u weer gebruik maken van uw geldende indicatie zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd.

Een nieuwe aanvraag is nodig als u langer dan 60 dagen in een Wlz-instelling of ziekenhuis verblijft of langer dan 60 dagen gebruik maakt van Kortdurend Verblijf in een instelling zoals bedoeld in artikel B.27 van de verzekeringsvoorwaarden.

5.11

Een combinatie tussen door ons gecontracteerde zorg (Zorg in Natura) en een Zvw-rgb is mogelijk, maar alleen onder de volgende voorwaarden:

- a als u voor verpleging en verzorging gebruik wilt maken van Zorg in Natura in combinatie met zorg uit een Zvw-rgb, dan moet u dit kenbaar maken op het aanvraagformulier. De verpleegkundige moet hiervoor één indicatie opstellen waarin zowel de Zorg in Natura als de zorg vanuit het Zvw-rgb zijn opgenomen. De door ons gecontracteerde zorgverleners leveren alleen Zorg in Natura en geen zorg vanuit een Zvw-rgb;
- b als u uw Zvw-rgb alleen wilt besteden bij door ons voor verpleging en/of verzorging gecontracteerde zorgverleners weigeren wij uw Zvw-rgb (artikel 4.6). U kunt dan immers met Zorg in Natura toe;
- c koopt u gedeeltelijk zorg in bij een door ons gecontracteerde zorgverlener, dan wordt deze zorg geleverd als Zorg in Natura. Het overgebleven deel van de zorg kunt u inkopen vanuit een Zvw-rgb als u

hiervoor van ons een akkoord heeft. De wijkverpleegkundige die de indicatie stelt moet de betreffende zorgverlener die de Zorg in Natura levert en degene die de zorg vanuit het Zvw-rgb levert, hierover informeren. In het aanvraagformulier kunt u aangeven bij welke zorgverleners u uw Zvw-rgb en bij welke zorgverlener u het deel Zorg in Natura wilt besteden;

- d de door ons niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u bij een akkoord voor een Zvw-rgb alleen vanuit uw Zvw-rgb betalen. U krijgt van ons geen akkoord als u naast het Zvw-rgb ook nog niet-gecontracteerde zorg wilt inkopen buiten het Zvw-rgb om. Alleen de combinatie Zvw-rgb en daarnaast door ons gecontracteerde zorg (Zorg in Natura) is mogelijk.

Akkoordverklaring

6.1
De ingangsdatum van het Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb ook op een latere datum in laten gaan.

6.2
Als de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken, kunt u uw Zvw-pgb alleen behouden door opnieuw een Zvw-pgb aan te vragen. Uw nieuwe Zvw-pgb gaat op zijn vroegst pas in op de datum waarop wij het volledig ingevulde aanvraagformulier van u hebben ontvangen. Vraag daarom tijdig vóór het verstrijken van de geldigheidsduur van uw huidige toekenningsverklaring aan uw wijkverpleeg-kundige om het nieuwe aanvraagformulier met u in te vullen. Wij willen de volledig ingevulde en ondertekende aanvraagformulieren, inclusief benodigde bijlagen minimaal 6 weken voor het einde van uw huidige toekenningsverklaring ontvangen hebben.

6.3
Als er sprake is van een tussentijdse herindicatie, dan kunt u uw Zvw-pgb alleen behouden door opnieuw een Zvw-pgb aan te vragen. Uw nieuwe Zvw-pgb gaat op zijn vroegst in op de datum waarop wij het volledige ingevulde aanvraagformulier van u hebben ontvangen.

6.4
In de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw Zvw-pgb vast.

a De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het Zvw- pgb aan u is toegekend en zolang u een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe indicatie aanvragen bij uw wijk-verpleegkundige en vervolgens een nieuwe pgb-aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5.

b Indien er eerder door ons een Zvw-pgb is toegekend, dan is het in sommige maatwerksituaties mogelijk om een Zvw-pgb met een looptijd van maximaal 5

jaar toe te kennen, overeenkomstig de Handreiking verlengde toekenning Zvw-pgb.

6.5
Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-pgb gaan wij uit van aangevraagde uren Zvw-pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.

6.6
Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld. Indien u een budget voor verpleging én verzorging heeft, dan zien wij dit als aparte budgetten.

6.7
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 hebt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel uitgekeerde terug te betalen. Bij een tussentijdse herindicatie wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd of verhoogd. 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 hebt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel terug te betalen.

6.8
De toekenning, beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.

6.9
Heeft u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al door ons gecontracteerde zorg (Zorg in Natura) of heeft u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg op het moment dat u een aanvraag voor een Zvw-pgb indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het Zvw-pgb, zoals opgenomen in de akkoordverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.

Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

- 7.1.1 U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw akkoordverklaring staat vermeld.
- 7.1.2 Alleen u of uw wettelijk vertegenwoordiger kan nota's declareren vanuit een Zvw-pgb.
- 7.1.3 Voor het indienen van uw declaraties dient u gebruik te maken van het declaratieformulier formele zorgverlener of het declaratieformulier informele zorgverlener. U kunt deze vinden op onze website. U kunt het declaratieformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Voor formele zorgverleners en voor informele zorgverleners bestaat een apart declaratieformulier. De nota's die u ontvangt van de zorgverleners, waar u op basis van uw Zvw-pgb een overeenkomst mee heeft gesloten, controleert u en archiveert u in uw dossier. Het toesturen van het pgb-declaratieformulier is voldoende. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, Zvw-pgb aanvraag en akkoordverklaring mag gedeclareerd worden.
- 7.1.4 Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Door inzending van de declaratieformulieren geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze declaraties en de geleverde uren zorg.
- 7.1.5 Declareren van een vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten (afgerond op eenheden van 5 minuten) mag worden gedeclareerd.
- 7.1.6 Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is bij ons te declareren. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.
- 7.1.7 Indicatiestelling en evaluatie van de behoefte aan

zorg zoals in artikel 2.1 beschreven, casemanagement en verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg worden niet vergoed uit van het Zvw-pgb. Deze zorg zal afhankelijk van uw polis als Zorg in Natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed vanuit de reguliere wijkverpleging.

7.2 Hoogte en omvang declaratie

7.2.1 Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

Soort zorg	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	39,72	3,31
Verpleging	58,80	4,90

7.2.2 Voor informele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

Soort zorg	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	25,44	2,12
Verpleging	25,44	2,12

- 7.2.3 Onder formele zorgverleners vallen zorgverleners die beschikken over:
- a Een AGB-code uit één van de volgende categorieën:
- 41 ZZP'ers in de wijkverpleging / Zvw-pgb aanbieders / beheerstichtingen
 - 42 verzorgingshuizen
 - 75 thuiszorginstellingen
 - 91 verpleegkundigen
 - 98 declaranten/servicebureaus/ zorgverzekeraars; en
- b die zelfstandig of namens de onder a. bedoelde instelling werkzaam zijn als wijkverpleegkundig

Artikel 7

specialist, wijkverpleegkundige, verpleegkundige met diploma MwBO-verpleegkunde of een verzorgende 3IG of verzorgende niveau 3 is en aantoonbaar voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. Wij kunnen bij u het diploma van uw formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan wij kunnen controleren of uw zorgverlener bevoegd is tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief.

Uw ouder, verzorger, bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad of uw partner (echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel) komen nooit in aanmerking voor het formele tarief.

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 Zwv-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.

- 7.2.4 Onder informele zorgverleners vallen in ieder geval zorgverleners die:
- a ouders, verzorgers, partner (echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel), bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad zijn van u/ budgethouder (deze personen kunnen in geen enkel geval aangemerkt worden als formele zorgverlener voor u/budgethouder) en/of;
 - b zorghulp of helpende tot opleidingsniveau 3 zijn en/of;
 - c niet zijn ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
 - d geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als een zorgverlenende organisatie in het Handelsregister.

Deze zorgverleners komen nooit in aanmerking voor het formele tarief.

- 7.2.5 Zowel het formele als het informele tarief zijn

“all-in-tarieven”. Dit houdt in dat u naast dit tarief geen andere kosten kunt declareren, zoals werkgeverslasten, reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en hulpmiddelen.

- 7.2.6 Zorgverleners die bekend zijn als EVR gesignaleerde aanbieders of waarbij een ernstig vermoeden van fraude is, kunnen op basis van onderzoek worden uitgesloten van een vergoeding vanuit het Zwv-pgb.

Artikel 7

7.3 Overige bepalingen t.b.v. declareren

- 7.3.1 U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van de door u gecontracteerde zorgverleners. Voor zover u niet tijdig aan uw contractuele betalingsverplichting voldoet kunnen eventuele bijkomende kosten (bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente) niet vanuit het Zwv-pgb worden betaald.
- 7.3.2 Wij zijn gerechtigd om controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgverleners die u hebt gecontracteerd en in lijn is met uw indicatiestelling. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen. Indien van toepassing, kunnen wij u adviseren hoe deze zorg doelmatiger ingezet kan worden.
- 7.3.3 Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.
- 7.3.4 Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het budget verpleging en/of het maximum budget verzorging wordt overschreden wordt niet door ons vergoed.
- 7.3.5 Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de algemene verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg.
- 7.3.6 U kunt uw Zwv-pgb niet besteden aan het bekostigen van ondersteuning bij uw taken als werkgever of opdrachtgever van een zorgverlener en/of aan het bekostigen van ondersteuning bij het betalingsverkeer.
- 7.3.7 Als u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgverlener(s) inhuren, dan moet u dit schriftelijk vooraf bij ons melden. Na onze schriftelijke toestemming, mag u de nota's van buitenlandse zorgverlener(s) declareren.

Verplichtingen

8.1

U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:

- NAW-gegevens van verzekerde;
- NAW-gegevens van de zorgverlener;
- relatie tussen verzekerde en de zorgverlener;
- looptijd van de overeenkomst;
- welke zorg zal worden geleverd;
- het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten;
 - welk tarief u daarvoor zult betalen;
 - de AGB-code als het een formele zorgverlener betreft;
 - ondertekening door verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger en zorgverlener.

Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op www.svb.nl.

8.2

U dient er als verzekerde op toe te zien dat partner, bloed- en aanverwanten in de 1^e of 2^e 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 te verrichten. Op het moment dat de bloed- of aanverwant in de 1^e of 2^e graad een dienstbetrekking heeft, waarbij het Arbeidstijden-besluit van toepassing is, dan mag de werkweek inclusief de uren die uit een pgb bekostigd worden, niet meer dan 48 uur bedragen. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 15 jaar.

8.3

U bent verplicht mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige, die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, bent u verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een Zvw-pgb aanvraagformulier in te vullen en in te dienen. Bij een indicatiestelling die via een Zvw-pgb verzilverd wordt, is

het verpleegkundig proces leidend. U bent verplicht om mee te werken aan een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd door de wijkverpleegkundige.

8.4

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

8.5

- Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt is een nieuwe indicatiestelling door de verpleegkundige noodzakelijk. Dit kan zowel gaan om een verslechtering als een verbetering van uw gezondheidssituatie. U moet dan per direct een nieuwe indicatie aanvragen en een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen.
- De verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, kan ook minstens 1 keer per jaar op eigen initiatief toetsen of de indicatie nog aansluit bij uw zorgbehoefte en dus nog correct is. Als er op basis van die toetsing een nieuwe indicatie volgt, moet u ook een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. Monitoring en evaluatie zijn onderdeel van het proces van indicatiestelling. Wijzigingen in de zorgbehoefte (indicatiestelling) kunnen leiden tot wijzigingen in de hoogte van het Zvw-pgb.
- Bij een inventarisatie waaruit blijkt dat de zorgvraag meer dan 24 uur per week omvat, kan er voorafgaande aan het afgeven van de indicatie altijd een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd worden door de wijkverpleegkundige, zodat de zorg wordt afgestemd met de verschillende professionals. Dit staat ook in de richtlijn verslaglegging V&VN.
- De wijkverpleegkundige is niet meer aan zet als zij besluit dat haar expertise niet meer nodig is gezien de medische situatie van de verzekerde, of als zij van mening is dat er met haar interventies geen verpleegdoel meer bij de verzekerde te behalen valt. Als de inzet van de verpleegkundige expertise niet meer nodig is, kan de (eventuele) overgebleven zorgbehoefte worden overgedragen aan het netwerk, of aan een ander domein.
- Wanneer u van zorgverlener(s) verandert, of er wijzigingen zijn in uw keuze of de zorgverlener door ons gecontracteerde zorg (Zorg in Natura) of zorg vanuit het Zvw-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 6.6 en 6.7. Het nieuwe Zvw-pgb wordt berekend per de ingangsdatum van dit nieuwe Zvw-pgb.

8.6

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

8.7

U bent verplicht om een dossier te beheren en na het beëindigen van het Zvw-pgb voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste:

- een beschikking van de rechtbank als u een wettelijk vertegenwoordiger heeft tenzij u dit van rechtswege bent;
- de volledige Zvw-pgb aanvraagformulieren inclusief bijlagen en zorgovereenkomsten;
- facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;
- bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);
- kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties;
- uw zorgplan en de administratie over de doelstellingen en evaluatieverslagen.

8.8

U bent voorts verplicht om gegevens uit dit dossier zo spoedig mogelijk aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen. Ook als de Sociale Verzekeringsbank (SVB) aan uw zorgverleners betaalt, moet u zelf dit dossier beheren.

8.9

Wij mogen volgens de privacy regelgeving (AVG/Regeling Zorgverzekering) contact opnemen met de verpleegkundige en/of huisarts om uw (medische) gegevens omtrent de Zvw-pgb aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien, op het moment dat het nodig is voor een juiste beoordeling. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur of verpleegkundig adviseur. Ook mogen wij, of een door ons gecontracteerde partij, met inachtneming van de Regeling zorgverzekering uw Zvw-pgb administratie inzien en controleren.

8.10

U bent verplicht mee te werken aan een Bewuste-keuze gesprek (BKG). Het Bewuste-keuze gesprek wordt gevoerd met de zorgvrager en/of diens wettelijke vertegenwoordiger.

Wij kunnen een huisbezoek uitbesteden aan een derde partij. Deze derde partij selecteren wij zorgvuldig. Zij zijn namelijk namens ons gerechtigd uw persoonlijke en medische gegevens op te vragen, in te zien en te controleren. Dit doen zij heel zorgvuldig conform het door ons opgestelde privacy statement, welke u kan vinden op onze website.

8.11

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

8.12

Als u alleen zorg inkoopt bij informele zorgverleners en het aantal uren verpleging en verzorging per week hoger is dan 24 uur (met name bij complexe zorgvragen) dan kunnen wij, vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg, de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een formele zorgverlener. Deze voorwaarde kan bijvoorbeeld besproken worden tijdens het Bewuste-keuze gesprek, waarbij maatwerk steeds het uitgangspunt is. In uitzonderingssituaties is het ook mogelijk dat wij bij minder dan 24 uur verpleging en verzorging per week de voorwaarde stellen dat een deel van de zorg wordt geleverd door een formele zorgverlener en/of dat de zorg tussentijds geëvalueerd wordt. Bij een zorgvraag van minder dan 24 uur verpleging en verzorging per week is er afstemming tussen ons, de verpleegkundige en u/budgethouder om gemotiveerd van deze grens af te wijken.

Herziening of intrekking

Uw PGB kan worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toestemming als:

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

Beëindigen van het Zvw-pgb

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

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

- 10.2 De zorgverzekeraar kan uw recht op Zvw-pgb ook beëindigen:
- a met ingang van de dag waarop u niet langer in staat bent om op eigen kracht te voldoen aan de in artikel 3 genoemde toekenningsvoorwaarden en u ook geen hulp van een vertegenwoordiger heeft;
 - b met ingang van de dag waarop uw vertegenwoordiger, als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toekenningsvoorwaarden:
 - 1 niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste graad is;
 - 2 bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of

- vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
- 3 blijkt de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres;
- 4 zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen;
- 5 failliet is verklaard of op hem/haar de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr) van toepassing is verklaard;
- 6 anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
- 7 uw zorgverlener en niet ook uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is;
- c met ingang van de dag waarop u zich niet (meer) houdt aan de aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
- d met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat met het Zvw-pgb wordt of zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit en/of doelmatige zorg. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt. Onder doelmatige zorg wordt verstaan in hoeverre met het Zvw-pgb zal worden gewerkt aan de verbetering, het behoud of beperking van achteruitgang van uw gezondheid. Daarmee wordt getoetst of de wijze waarop u uw zorg wil inzetten, gezien uw zorgvraag, effectief is;
- e met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat de continuïteit van de te ontvangen zorg voldoende gewaarborgd is in situaties waarin uw zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins niet in staat zal zijn de benodigde zorg te verlenen;
- f met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing had geleid;
- g met ingang van de dag waarop alsnog één van de situaties zoals beschreven in artikel 4 aan de orde is.



Artikel 11

Terugvordering

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



Zorg die verder gaat

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.

§ 1a. Het Zvw-pgb

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 rehtens 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

§ 1.4a. Zvw-pgb

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 € 30,84 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.
5. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020, als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de zorgverlener niet is verleend;
 - b. deze niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
6. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het vijfde lid. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.
7. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021, door de zorgverlener niet is verleend in verband met:
 - 1°. een besmetting van de verzekerde of de zorgverlener met Covid-19,
 - 2°. een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde of diens zorgverlener vanwege Covid-19,

- of
- 3°. het niet kunnen verlenen overeenkomstig de maatregelen in verband met Covid-19 aan de budgethouder vanwege een beperking bij de budgethouder als bedoeld in artikel 6.6, tweede lid, onderdelen d en e, van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19;
- b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
- c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
8. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het zevende lid. In de registratie is opgenomen:
- a. ingeval van besmetting met Covid-19 van de verzekerde: een bewijsstuk waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting;
- b. ingeval van een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de verzekerde en de zorgverlener overeengekomen afspraken, waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze quarantaine;
- c. ingeval van besmetting met Covid-19 of noodzakelijke quarantaine van de zorgverlener in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de zorgverlener en de verzekerde overeengekomen afspraken waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting of noodzakelijke quarantaine;
- d. ingeval van de in het tweede lid, onderdeel a, subonderdeel 3°, bedoelde situatie: een specificatie wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd.
9. De verzekerde stelt, op verzoek van de zorgverzekeraar, de registratie, bedoeld in het achtste lid, ter beschikking.
10. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering door de zorgverlener als gevolg van het ontvangen van een vaccinatie voor Covid-19, voor ten hoogste twee uur, niet is verleend;
- b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
- c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
11. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het elfde lid. In de eigen administratie van budgethouder neemt budgethouder tevens een specificatie op van wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.

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.

Hoofdstuk 6a. Ondersteuning Zvw-pgb

Artikel 6a.1

De Sociale verzekeringsbank wordt aangewezen als de publiekrechtelijke rechtspersoon, bedoeld in artikel 13a, achtste lid, van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 6a.2

- 1. De ondersteuning, bedoeld in artikel 13a van de Zorgverzekeringswet bestaat uit:
 - a. het namens de verzekerde die ten aanzien van zijn zorgverlener inhoudingsplichtige is, indienen van declaraties bij zijn zorgverzekeraar, ontvangen van de vergoedingen van zijn zorgverzekeraar, betalen van zijn zorgverleners met de ontvangen vergoedingen, voeren van een salarisadministratie en doen van aangiften en afdrachten;
 - b. de verzekerde bijstaan of doen bijstaan in zijn werkgeverstaken of opdrachtgeverschap waaronder ten aanzien van ziekte, ontslag, arbeidsomstandighedenregelgeving, zaakschade, aansprakelijkheid en rechtsbijstand.
- 2. De ondersteuning wordt kosteloos verstrekt.

Artikel 6a.3

- 1. De Sociale verzekeringsbank stelt voorwaarden aan het verkrijgen van de ondersteuning voor zover dit voor de uitvoerbaarheid van de ondersteuning redelijkerwijs van belang is.
- 2. De Sociale verzekeringsbank legt haar werkwijze vast en informeert verzekerden en zorgverzekeraars hierover.

Artikel 6a.4

- 1. De verzekerde verleent medewerking aan de Sociale verzekeringsbank voor zover dat van hem ten behoeve van de uitvoerbaarheid van de ondersteuning redelijkerwijs kan worden verwacht.
- 2. De verzekerde doet aan de Sociale verzekeringsbank op verzoek of onverwijld uit eigen beweging mededeling van gegevens waarvan hem redelijkerwijs duidelijk moet zijn dat zij noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van de ondersteuning.

Artikel 6a.5

De Sociale verzekeringsbank kan de ondersteuning geheel of gedeeltelijk weigeren, opschorten of beëindigen indien de verzekerde niet meer beschikt over een Zvw-pgb of indien niet of niet langer wordt voldaan aan het gestelde bij of krachtens de artikelen 6a.3 en 6a.4.

Artikel 6a.6

1. De Minister verstrekt de Sociale verzekeringsbank jaarlijks een bijdrage voor de kosten van de ondersteuning.
2. De Sociale verzekeringsbank dient vóór 1 oktober een aanvraag, voorzien van een begroting met toelichting, tot verlening van een bijdrage voor het daaropvolgende jaar in bij de Minister.
3. Binnen 13 weken na ontvangst van de aanvraag besluit de Minister over het verlenen van de bijdrage en van voorschotten op de bijdrage.
4. De Minister kan de Sociale verzekeringsbank bij de verlening van de bijdrage verplichtingen opleggen met betrekking tot de uitvoering van de ondersteuning of het verkrijgen van de bijdrage.
5. Na afloop van het jaar waarvoor de bijdrage is verstrekt, dient de Sociale verzekeringbank vóór 1 juli een aanvraag, voorzien van een financieel verslag met toelichting, tot vaststelling van de bijdrage in bij de Minister.
6. Binnen 13 weken na ontvangst van de aanvraag besluit de Minister over het vaststellen van de bijdrage.