

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202500610

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door C. te D.,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 20 maart 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 3 juli 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 26 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 28 augustus 2025 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 24 september 2025 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2025020762) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 26 september 2025 aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 december 2025 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 1.5. Na afloop van de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld een nadere reactie te geven, hetgeen hij bij brief van 18 december 2025 heeft gedaan. Verzoekster is bij brief van 31 december 2025 de mogelijkheid geboden hierop binnen drie weken te reageren. Zij heeft bij brief van 20 januari 2026 gereageerd. Een kopie van deze reactie is op 21 januari 2026 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 1.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 21 januari 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 24 september 2025 aanpassing behoeft. Bij brief van 22 januari 2026 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2024 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Den Haagpakket en Den Haagpakket, Herverzekeren Verplicht

Eigen Risico (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. Verzoekster is bekend met spanningshoofdpijn, fibromyalgie, polsklachten, gedeeltelijk Carpaal Tunnel Syndroom (hierna: CTS) en osteopenie. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 11 december 2023 bij haar een indicatie gesteld op basis van 5 uren en 15 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 11 december 2023 tot en met 10 december 2024. Verzoekster heeft hierop bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) conform de gestelde indicatie.
- 2.3. Bij brief van 5 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor het PGB vv is afgewezen.
- 2.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 4 juni 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 24 september 2025 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 2.6. Bij brief van 22 januari 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden haar alsnog een PGB vv toe te kennen op basis van de gestelde indicatie en voor de periode van 11 december 2023 tot en met 10 december 2024.
- 3.2. Zij heeft hiertoe in haar brief aan de commissie van 20 maart 2025 aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar ontkent dat bij spanningshoofdpijn taken moeten worden overgenomen. Dit is echter niet correct. Bij hevige spanningshoofdpijn, die overigens vaak ook nog heel lang kan duren, is het noodzakelijk dat zorgtaken worden overgenomen. Verzoekster is dan praktisch volledig uitgeschakeld. De pijn is vergelijkbaar met migraineaanvallen. Verder heeft verzoekster door de fibromyalgie pijn in het hele lichaam, met klachten van uitval van onder andere de handen en de benen. De ziektekostenverzekeraar noemt in de heroverweging wel de tintelingen die verzoekster ervaart in de vingers, alsmede de pijnklachten aan de linkerhand, maar die klachten worden door hem vervolgens afgezwakt omdat zij intussen, door middel van een injectie, zouden zijn verholpen. Verzoekster heeft in dit verband toegelicht dat de pijnstillende injectie de klachten inderdaad direct na het toedienen heeft doen afnemen, maar kort daarop kwamen de tintelingen en pijnklachten in alle hevigheid terug. Zij heeft weliswaar de beschikking over een brace, maar gelet op de verklaring van de huisarts werkt deze onvoldoende. Verzoekster is daarnaast bekend met osteopenie. De botmineralisatie is aanzienlijk boven het leeftijdsgemiddelde. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou bij haar geen artrose zijn geconstateerd, maar dit is niet juist. In de indicatiestelling van 14 november 2023 staat bij de medische voorgeschiedenis ook genoemd dat sprake is van artrose van de nek, de rug en het bekken.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar koppelt alle klachten los van elkaar en beoordeelt daarna stuk voor stuk of deze leiden tot een overname van zorg. Dit is echter geen correcte medische beoordeling van haar klachten en beperkingen en haar gezondheidssituatie als geheel. Verzoekster verwijst in dat kader naar een advies van het Zorginstituut (6 maart 2017, 2016126153) waarin het Zorginstituut heeft geoordeeld dat bij de beoordeling van de gezondheidssituatie de verscheidene

klachten en beperkingen niet los van elkaar kunnen worden gezien en beoordeeld, maar als één geheel moeten worden beschouwd, waarbij zij tezamen de zorgbehoefte van die persoon bepalen. Die situatie is bij verzoekster ook aan de orde. In haar medisch dossier bevinden zich meerdere rapporten en verslagen van deskundigen en de huisarts, waaruit duidelijk blijkt dat sprake is van de genoemde klachten en beperkingen op zowel psychisch als fysiek vlak. In het ergotherapeutisch rapport is opgenomen dat verzoekster bekend is met reuma, hartritmestoornissen en een hoge bloeddruk. Zij heeft verder last van aanvallen van pijn in haar hele lichaam, met als gevolg duizeligheid en veelvuldig overgeven. Deze aanvallen kunnen ineens opkomen en dan moet verzoekster meerdere dagen in bed blijven liggen. Zij heeft dan te weinig kracht om zelf uit bed te komen. Als de hulp niet op tijd komt, laat zij haar ontlasting lopen. Verzoekster heeft in het algemeen zeer verminderde energie, en op dergelijke momenten ontbreekt het haar aan elke vorm van kracht om voor zichzelf te kunnen zorgen. Zelfs toiletgang is dan niet mogelijk.

- 3.4. In het ergotherapeutisch verslag staat ook dat verzoekster te maken heeft met PTSS vanwege huiselijk geweld door haar echtgenoot in het verleden. Zij is hiervoor onder behandeling bij een psycholoog. Het advies van de ergotherapeut is haar te ondersteunen bij het wassen en aankleden en andere zelfzorgtaken. Ondanks gebruik van diverse hulpmiddelen blijft verzoekster zorgbehoefstig. Zij ervaart veel pijn en gebruikt verschillende soorten medicijnen, doch deze hebben een verminderd effect. Ook fysiotherapie biedt hiervoor slechts een tijdelijke verlichting. Verzoekster heeft daarnaast aanvallen die vergelijkbaar zijn met koortsaanvallen. Zij raakt dan verstijfd en kan op zulke momenten haar ontlasting niet ophouden of tegenhouden. Deze aanvallen komen dagelijks voor. Ook laat zij regelmatig zaken uit haar handen vallen.
- 3.5. Verzoekster ontvangt reeds extra huishoudelijke hulp ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Deze zorg krijgt zij in de vorm van een PGB.
- 3.6. Ter zitting heeft verzoekster, in aanvulling hierop, aangevoerd dat uit de reactie van de ziektekostenverzekeraar volgt dat deze zich hoofdzakelijk heeft gericht op de aandoening fibromyalgie, waarbij overname van zorg anti-revaliderend zou werken. Dit beeld heeft ook bestaan tijdens de procedure van de aanvraag. Verzoekster heeft eerder al toegelicht dat de klachten door de ziektekostenverzekeraar stuk voor stuk zijn beoordeeld, dus los van elkaar, waarbij deze elk voor zich onvoldoende waren om te spreken van een voldoende zorgbehoefte, waarin niet kon worden voorzien door familie of vrienden. Maar als de klachten samen worden genomen ontstaat een ander beeld. Er is sprake van verstijving van het lichaam waardoor verzoekster zich niet zelf kan aankleden of wassen. Daarvoor heeft zij de kracht niet. De aanvallen kunnen meerdere keren per week voorkomen en zij ziet deze niet aankomen. In deze situatie kan er niet meer worden gesproken over anti-revaliderende handelingen bij fibromyalgie. Of het nu gaat om de Wet langdurige zorg, Wmo of Zorgverzekeringswet, men heeft te maken met iemand met meerdere klachten en aandoeningen en er moet worden gekeken naar de gehele persoon en de vraag moet worden beantwoord of deze zorgbehoevend is. Dat laatste is in dit geval aan de orde. Meerdere deskundigen hebben meegedeeld dat sprake is van stijfheid van het lichaam. De fysiotherapeut is een algemeen geaccepteerde deskundige waar het gaat om de spieren en de werking daarvan. Wat deze zegt kan niet opzij worden gezet omdat hij geen arts is. De ziektekostenverzekeraar weet dit ook. De behandelingen door een fysiotherapeut worden ook vergoed. Diens informatie moet dan ook worden meegenomen bij de vraag of verzoekster zorg nodig heeft. Verzoekster weet dat behandelingen en hulpmiddelen voorliggend zijn, maar in sommige gevallen hebben deze geen nut meer. De fysiotherapeutische behandeling heeft bij haar maar kort effect. Hierna zijn de spieren weliswaar wat losser, maar heel kort daarop komen de klachten in alle hevigheid terug. De hulpmiddelen die verzoekster gebruikt zijn onvoldoende. Deze helpen niet bij tandenpoetsen, wassen en aankleden. Heel veel hulptaken kunnen niet met hulpmiddelen worden ondervangen. Verzoekster heeft gedaan wat zij kon. Zij heeft alle gevraagde informatie aangeleverd. De wijkverpleegkundige heeft verklaard dat zij de geïndiceerde zorg nodig

heeft. Van het feit dat deze zorgverlener niet reageert op vragen of verzoeken van de ziektekostenverzekeraar, wordt verzoekster nu de dupe. Zij is degene die uiteindelijk de zorg moet krijgen.

- 3.7. Bij brief van 20 januari 2026 heeft verzoekster aanvullend verklaard dat in de laatste brief van de ziektekostenverzekeraar wordt gesteld dat de indicierend wijkverpleegkundige tijdens het telefoongesprek niet in staat is gebleken om antwoorden te geven op de vragen ter nadere onderbouwing van de geneeskundige context. Verzoekster is het hiermee niet eens. Zoals duidelijk uit de vraag en het antwoord blijkt heeft de wijkverpleegkundige alle vragen beantwoord. Het is de ziektekostenverzekeraar die niet doorvraagt. Hierdoor is het voor de wijkverpleegkundige niet bekend of het gegeven antwoord al dan niet voldoende is. Op de vraag van de ziektekostenverzekeraar of verzoekster in behandeling is voor haar fibromyalgie, antwoordt de wijkverpleegkundige dat verzoekster in behandeling is bij de fysiotherapeut. In de medische voorgeschiedenis staat reuma vermeld, hetgeen naar de mening van de wijkverpleegkundige kan worden vertaald met fibromyalgie. Daarnaast komt deze aandoening terug in de verslagen van de ergotherapeut. Beide behandelaars zijn deskundigen op hun gebied en mogen conclusies trekken en diagnoses stellen. Indien de ziektekostenverzekeraar dit antwoord onvoldoende achtte had het op zijn weg gelegen om door te vragen. Dit is niet gebeurd. Wat betreft de medische oorzaak van de koortsaanvallen, waarbij verzoekster verstijfd raakt, geeft de wijkverpleegkundige aan dat deze aandoening met de huisarts is besproken. De wijkverpleegkundige meldt duidelijk dat de huisarts gaat kijken hoe dit kan worden geregeld. Het had op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen om verdere informatie op te vragen bij de huisarts. Op de vraag van de ziektekostenverzekeraar met betrekking tot de pijnbestrijding antwoordt de wijkverpleegkundige dat verzoekster injecties krijgt en een brace draagt om haar armen. Daarnaast vermeldt de wijkverpleegkundige in niet mis te verstane bewoordingen dat zij bij eigen onderzoek heeft geconstateerd en geïndiceerd dat verzoekster een zelfzorgtekort heeft bij de ADL. Verzoekster heeft een beperking in haar mobiliteit en krachtverlies bij schouders, knieën, rug en armen. De kwestie van wel of niet alarmeren, en waarom gekozen is voor de Zorgverzekeringswet en niet voor zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz), heeft geen betrekking op het recht op zorg vanuit de Zorgverzekeringswet. Elke wet heeft zijn eigen kaders. Een Wlz-indicatie wordt niet afgegeven indien iemand enkel niet adequaat kan alarmeren. Er spelen nog veel meer argumenten, zoals blijvende aanwezigheid van klachten, regievoering, aanwezigheid van grondslagen, etc. De ziektekostenverzekeraar mag de vraag naar de keuze voor het een of het ander in het kader van de beoordeling of verzoekster recht heeft op zorg vanuit de Zorgverzekeringswet niet stellen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op een PGB vv. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 4 juni 2024 aangevoerd dat van verzoekster een aantal documenten is ontvangen. In de episodelijst van de huisarts staan de relevante diagnoses spanningshoofdpijn, fibromyalgie (2009), polsklachten, gedeeltelijk CTS (2010) en osteopenie (2020). In het verslag van de arts-assistent neurologie uit 2020 is beschreven dat sprake is van hemicrania continua, ofwel chronische hoofdpijn, waarvoor de pijnstilling indomethacine goed effect heeft. Klachten vanuit (spannings)hoofdpijn geven geen directe aanleiding tot overname van zorghandelingen. Vanuit de aanvraag wordt dit ook niet als reden benoemd voor het zelfzorgtekort. De regels uit het journaal van de huisarts van 2024 verwijzen naar veel pijn door de fibromyalgie, waarvoor overleg is met het ziekenhuis voor een pijninjectie. Daarbij is benoemd dat er klachten zijn zoals uitval van het lichaam, de handen en benen. Hierbij is echter niet vermeld waar deze klachten vandaan komen, of dit reeds is onderzocht en wat hiervan het resultaat is of nog gaat worden onderzocht. In het verslag polikliniek Neurologie uit 2012 is beschreven dat destijds sprake was van tintelingen in de vingers links en pijnklachten in de pols links, waarvoor een injectie is gegeven die heeft geholpen. In het ontvangen knipsel vanuit een neuroloog staat de conclusie verdenking CTS links. Hierbij is toegelicht dat een gipsspalk is ingezet. Het is onduidelijk

van welk jaar dit document dateert. De aangemeten brace werkt onvoldoende. Het is de ziektekostenverzekeraar onduidelijk welke behandelmogelijkheden er in dit verband zijn en of deze klachten invloed hebben op het zelfzorgtekort.

- 4.2. Over de botdensitometrie is een radiologiebericht beschikbaar, waaruit blijkt dat sprake is van osteopenie. Dit is ook benoemd in de diagnoselijst van de huisarts. De standaarddeviatie is hierbij iets onder het leeftijdsgemiddelde. Dat sprake is van verminderde botdichtheid geeft echter geen aanleiding tot overname van zorg. In het fysiotherapeutisch verslag van 2023 is beschreven dat verzoekster onder behandeling is voor artrose in de nek, de rug en het bekken, waarbij de behandeling is gericht op het verminderen van pijn en het opbouwen van de belastbaarheid. Uit de beschikbare informatie blijkt niet dat artrose is gediagnosticeerd door een medisch specialist, zoals een reumatoloog. Er is enkel een bericht uit 2011 dat een reumatoloog is bezocht, maar niet wat daarvan het resultaat is geweest. Daarmee is niet te beoordelen of er klachten zijn die invloed hebben op een verminderde zelfredzaamheid en in welke mate deze klachten zich uiten.
- 4.3. Op basis van het voorgaande acht de ziektekostenverzekeraar de geneeskundige context onvoldoende onderbouwd. In de verslaglegging ziet de ziektekostenverzekeraar terug dat het zelfzorgtekort voornamelijk voortkomt vanuit beperkingen ten gevolge van fibromyalgie. Het zorgplan en de toegezonden medische verslaglegging verklaren niet dat de beschreven aandoeningen leiden tot een behoefte aan verpleging en verzorging, waarbij deze zorg verband houdt met een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. In de richtlijn voor behandeling van fibromyalgie wordt een multidisciplinair en activerend behandeltraject geadviseerd. Uit de verslaglegging blijkt niet dat op doelmatige wijze is gewerkt aan meer zelfredzaamheid. Bovendien kan overname van zorg anti-revaliderend werken bij fibromyalgie.
- 4.4. In zijn brief aan de commissie van 26 augustus 2025 is de ziektekostenverzekeraar ingegaan op het door verzoekster aangehaalde advies van het Zorginstituut (6 maart 2017, referentie 2016126153) over de beoordeling van meerdere klachten. In dat advies zou zijn bepaald dat deze klachten niet afzonderlijk dienen te worden beoordeeld, maar in samenhang, omdat zij gezamenlijk de totale zorgbehoefte van betrokkene bepalen. Volgens verzoekster zou de ziektekostenverzekeraar haar klachten desalniettemin afzonderlijk hebben beoordeeld. De ziektekostenverzekeraar bestrijdt dit. Daarbij heeft het aangehaalde advies van het Zorginstituut betrekking op Wlz-zorg en niet op een aanvraag voor een PGB vv. De ziektekostenverzekeraar acht dit advies van het Zorginstituut om die reden niet relevant voor de beoordeling van de aanvraag van verzoekster. De beoordeling van Wlz-zorg vindt immers plaats op andere gronden dan de beoordeling van een PGB vv. Bij een aanvraag voor een PGB vv wordt de indicatie gesteld door de indicierend wijkverpleegkundige. Deze brengt de zorgvraag in kaart en onderbouwt deze conform het normenkader van de V&VN. Bij de Wlz-zorg wordt de zorgvraag daarentegen door andere betrokkenen, en op een andere wijze, vastgesteld.
- 4.5. Op 14 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact gehad met de indicierend wijkverpleegkundige, omdat tijdens de beoordeling van de aanvraag niet is gebleken dat verzoekster verpleging en verzorging nodig heeft, zoals verpleegkundigen plegen te bieden. In het gesprek met de indicierend wijkverpleegkundige heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat voor de lichamelijke klachten, zoals de koortsaanvallen waarbij verzoekster is verstijfd en incontinent wordt, geen medische diagnose is gesteld. De pijnklachten, reuma, hoge bloeddruk en hartritmestoornissen zijn wel benoemd, maar niet medisch onderbouwd door een arts. In een verslag van de fysiotherapeut van 29 december 2023 is benoemd dat verzoekster onder behandeling is voor artrose. Ook hier ontbreekt een onderbouwing van de arts. Bovendien is een fysiotherapeut geen arts, waardoor deze niet bevoegd is om diagnoses te stellen. De wijkverpleegkundige heeft in het gesprek meegedeeld dat er wel contact heeft plaatsgevonden tussen verzoekster en de huisarts over deze gezondheidsklachten. Die informatie is echter niet aan de ziektekostenverzekeraar overgelegd. Op 21 maart 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar een Bewust Keuzegesprek gevoerd met verzoekster. Hierbij is haar meegedeeld dat de

ziektekostenverzekeraar graag extra informatie wil ontvangen van de huisarts met betrekking tot de eerdergenoemde aandoeningen, zodat een en ander kan worden beoordeeld. Dit is op 25 maart 2024 per brief aan verzoekster bevestigd. De ziektekostenverzekeraar heeft in de betreffende brief gevraagd de aanvullende informatie vóór 4 april 2024 op te sturen zodat deze kon worden meegenomen in de beoordeling van de aanvraag. Op 4 april 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar, vanwege het telefonisch niet kunnen bereiken van de indicierend wijkverpleegkundige, per e-mail contact met haar opgenomen. In het e-mailbericht heeft de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd toegelicht dat de aanvraag onvoldoende is onderbouwd om de aangevraagde zorg te kunnen toekennen. Hierop is geen reactie van de indicierend wijkverpleegkundige ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft conform eerdere bindende adviezen van de commissie een zorgvuldige procedure gevolgd, waarbij de indicierend wijkverpleegkundige in de gelegenheid is gesteld de indicatie nader te motiveren. Het uitblijven van een reactie van haar zijde kan de ziektekostenverzekeraar dan ook niet worden tegengeworpen.

- 4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar, in aanvulling hierop, aangevoerd dat een PGB w alleen kan worden toegekend als het gaat om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met een behoefte aan zorg of een verhoogd risico daarop. De aandoeningen van verzoekster rechtvaardigen niet een volledige overname van zorg en waarom dit anders zou zijn is verder niet in het zorgplan onderbouwd. Wat uit de informatie niet kan worden afgeleid is dat de zorg nodig is. Er is tweemaal contact gezocht met de wijkverpleegkundige, namelijk telefonisch op 14 maart 2024 en per e-mail op een later moment. Op het e-mailbericht is door de wijkverpleegkundige niet gereageerd. Het Zorginstituut heeft een advies uitgebracht dat het standpunt van de ziektekostenverzekeraar ondersteunt. Ook daarin wordt gesteld dat een nadere onderbouwing nodig is. Nu die er niet is, ontbreekt de geneeskundige context. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om de zorgvraag goed te onderbouwen. De ziektekostenverzekeraar raadt verzoekster aan om een multidisciplinair traject in te gaan waarbij haar zelfredzaamheid wordt vergroot.

Op 14 maart 2024 heeft een telefoongesprek plaatsgevonden met de indicierend wijkverpleegkundige. Tijdens dit gesprek is de geneeskundige context besproken. De indicatiesteller verwees naar verzoekster om daar de informatie op te vragen, en deze is vervolgens ook bij haar opgevraagd. Verzoekster moest de informatie vóór 4 april 2024 opsturen, maar heeft dit niet gedaan. Daarom is daarna geoordeeld dat de geneeskundige context onvoldoende navolgbaar is. Er zijn nog andere punten besproken en de indicierend wijkverpleegkundige is in de gelegenheid gegeven om nadere informatie te geven. Er is een huisartsenverklaring opgevraagd bij verzoekster. Uiteindelijk zijn weliswaar medische stukken ontvangen, maar pas nadat er een heroverweging lag. Deze stukken zijn ook inhoudelijk beoordeeld, maar de ziektekostenverzekeraar bleef bij zijn conclusie dat de geneeskundige context onvoldoende is onderbouwd. De vraag is of er nog een mogelijkheid is de zelfredzaamheid van verzoekster te vergroten. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om de indicatie navolgbaar te maken.

- 4.7. In zijn brief aan de commissie van 18 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat tijdens het gesprek van 14 maart 2024 de indicierend wijkverpleegkundige de gelegenheid heeft gekregen om een nadere onderbouwing en toelichting te geven. De ziektekostenverzekeraar heeft een verslag van dit gesprek overgelegd. De indicierend wijkverpleegkundige was echter niet in staat om antwoorden te geven die de geneeskundige context verder verduidelikten en de zorg inzichtelijk en navolgbaar maakten. Omdat de wijkverpleegkundige aangaf meerdere zaken niet te weten, en stelde dat de huisarts hiervan wel op de hoogte was, heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende informatie bij de huisarts opgevraagd. Helaas bood ook deze informatie geen duidelijkheid over de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg. In de kern ligt het bij de indicierend wijkverpleegkundige om de medische

context van de zorg zorgvuldig in kaart te brengen. Daarbij onderbouwt zij of hij waarom de overname van zorg passend is. Dit is in lijn met het Normenkader van V&VN.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 24 september 2025 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld. Het dossier bevat meerdere PGB vv aanvragen met de daarbij behorende zorgplannen.

In geschil is de PGB vv aanvraag die ondertekend is door de indicierend wijkverpleegkundige op 11 december 2023 en het daarbij behorende zorgplan. In het dossier is medische informatie aanwezig van de huisarts, ergotherapeut en fysiotherapeut. Ook bevat het dossier een verslag van radiologisch onderzoek. Uit de medische informatie blijkt dat verzoekster lijdt aan meerdere aandoeningen. Het hebben van deze aandoeningen betekent echter niet automatisch dat er sprake is van de beschreven beperkingen in de zelfzorg. Een nadere onderbouwing van de zorgvraag in relatie tot de aandoeningen van verzoekster ontbreekt in het dossier. Hoewel verweerder meerdere malen heeft verzocht om een nadere onderbouwing van de geïndiceerde zorg, heeft de indicierend verpleegkundige deze niet gegeven. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg hiermee onvoldoende onderbouwd.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier concludeert het Zorginstituut dat de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg onvoldoende is onderbouwd. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering.”

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 7 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 commissie stelt in de eerste plaats vast dat de op 11 december 2023 door de indicierend wijkverpleegkundige ondertekende aanvraag voor een PGB vv, met het bijbehorende zorgplan, onderwerp is van het onderhavige geschil.

De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld in artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het PGB vv is een financieringsvorm die nader is uitgewerkt in het ‘Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2024’ van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). Een verzekerde 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 verzekeraar 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 verzekeraar 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 verzekeraar en de wijkverpleegkundige geen akkoord, dan motiveert de verzekeraar waarom hij van de gestelde indicatie afwijkt.
- 7.4. Als de verzekeraar 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. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verklaard, met overlegging van een gespreksverslag, dat hij op 14 maart 2024 telefonisch contact heeft opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige. Bij deze gelegenheid heeft hij toegelicht dat hij van mening is dat de geneeskundige context in het zorgplan onvoldoende is onderbouwd, aangezien de medische onderbouwing van een deel van de aandoeningen van verzoekster ontbreekt. De wijkverpleegkundige heeft volgens de ziektekostenverzekeraar verklaard dat overleg heeft plaatsgevonden met de huisarts van verzoekster, maar hiertoe is geen informatie overgelegd. Onweersproken is gesteld dat de ontbrekende informatie ook aan de orde is geweest in het daaropvolgende Bewust Keuzegesprek met verzoekster op 21 maart 2024, waarbij haar is meegedeeld dat deze informatie uiterlijk 4 april daaropvolgend diende te worden aangeleverd. De ziektekostenverzekeraar heeft dit bij brief van 25 maart 2024 aan verzoekster bevestigd. De ziektekostenverzekeraar kon de wijkverpleegkundige vervolgens op 4 april 2024 niet telefonisch bereiken. Bij e-mailbericht van diezelfde datum heeft de ziektekostenverzekeraar aan de wijkverpleegkundige meegedeeld dat de gevraagde informatie niet is ontvangen en dat om die reden de aanvraag wordt afgewezen. In deze e-mail wordt de wijkverpleegkundige gewezen op de mogelijkheid vragen te stellen of te reageren. Hiervan heeft de wijkverpleegkundige geen gebruik gemaakt. De gevraagde informatie is uiteindelijk door verzoekster op 25 april 2024 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar oordeelde met inachtneming van deze informatie dat de geneeskundige context nog steeds onvoldoende was onderbouwd.
- 7.6. De commissie stelt vast dat de eerder beschreven procedure niet volledig goed is doorlopen. Zo had het op de weg van de ziektekostenverzekeraar gelegen om de indicierend wijkverpleegkundige zelf de gelegenheid te geven - en dit aan haar schriftelijk te bevestigen - de ontbrekende informatie aan te leveren in plaats van dit rechtstreeks aan verzoekster te vragen. De commissie stelt verder vast dat bij het indienen van de aanvraag voor het PGB vv de geneeskundige context door de indicierend wijkverpleegkundige onvoldoende was onderbouwd. Vervolgens is door de ziektekostenverzekeraar bij herhaling een herstelkans geboden, waarvan aanvankelijk noch door de indicierend wijkverpleegkundige noch door verzoekster (tijdig) gebruik is gemaakt.

Zoals uit het advies van het Zorginstituut blijkt, is ook na de door verzoekster alsnog overgelegde informatie de conclusie dat de geneeskundige context onvoldoende is onderbouwd. De commissie acht het onder deze omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar indien de ziektekostenverzekeraar wegens het niet volledig goed doorlopen van de procedure zou worden verplicht alsnog over te gaan tot toekenning van het PGB vv. Hetgeen verzoekster in de procedure heeft aangevoerd kan niet leiden tot een andere uitkomst. Hierbij merkt de commissie nog op dat het in de basis aan de indicerend verpleegkundige is een indicatie voor verpleging en verzorging te stellen mét inachtneming van de richtlijnen van de beroepsgroep, waaronder het Normenkader van V&VN.

Slotsom

7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 24 februari 2026,

J.W. Heringa

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
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

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 € 28,20 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.

13.2. Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor verzekerden vanaf 16 jaar/volwassenen

Een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is een erkend programma over gezonde voeding, eetgewoontes en meer bewegen om een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden. Eventueel kunnen psychologische interventies op maat ter ondersteuning van de gedragsverandering onderdeel zijn van het zorgprogramma. Bent u 18 jaar of ouder? Dan kunt u voor een erkend programma in aanmerking komen vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de Zorgstandaard Obesitas. Bent u 16 jaar of 17 jaar? Dan komt u in aanmerking voor een GLI als u een matig verhoogd GGR heeft en uw huisarts inschat dat u baat kunt hebben bij een GLI voor volwassenen. Op onze website vindt u de erkende programma's. Een programma duurt 24 aaneengesloten maanden. U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

1. Bij een leefstijlcoach die is in ingeschreven in het KABIZ-register (Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg) en is aangesloten bij de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)
2. Bij een fysiotherapeut, oefentherapeut, diëtist of ergotherapeut die zijn geregistreerd als leefstijlcoach.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts.

Artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Verpleging en verzorging is zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. Deze zorg omvat naast verpleegkundige handelingen en verzorging ook coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid en het cliëntsysteem en casemanagement. Onder deze zorg valt ook zorg zoals een verpleegkundige pleegt te bieden als u gebruik heeft gemaakt van een noodoproep via een personenalarmering (bijvoorbeeld als u thuis bent gevallen).

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

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

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

Let op

Steeds meer medisch-specialistische behandelingen vinden plaats in de thuissituatie. De bijbehorende verpleging en verzorging vergoeden wij niet als wij deze betalen als onderdeel van medisch specialistische zorg.

Persoonsgebonden budget (pgb)

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

1. Bij een (thuiszorg)instelling voor verpleging en verzorging met een hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist in vaste (loon)dienst. De hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist stelt de indicatie en blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De zorg wordt verleend door een hbo/mbo-verpleegkundige, verpleegkundig specialist, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).
2. Bij een zelfstandig werkend hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist voor de indicatiestelling en de zorgverlening. De zorg kan ook worden verleend door een mbo-verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er). Dit mag uitsluitend als deze zorgaanbieder samenwerkt met de hbo-(kinder)verpleegkundige of de verpleegkundig specialist die de indicatie heeft gesteld. De zorgaanbieder die de indicatie heeft gesteld, blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De samenwerking is schriftelijk vastgelegd en wij ontvangen hiervan een kopie.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor de zorg. Voor de indicatie heeft u geen voorafgaande toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

Artikel 15. Verloskundige zorg en kraamzorg

15.1. Verloskundige zorg

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

Deze zorg omvat ook:

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

Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2024 (Zvw-pgb)

Artikel 1. Inleiding

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 14, verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2024 van:

- Gewoon ZEKUR Zorg Basis
- Gewoon ZEKUR Zorg Plus
- IZA Basis Keuze
- IZA Ruime Keuze
- IZA Eigen Keuze
- IZZ Basisverzekering, Variant Basis Keuze
- IZZ Basisverzekering, Variant Bewuuzt
- IZZ Basisverzekering, Variant Natura
- IZZ Basisverzekering, Variant Combinatie
- UC Basis Keuze
- UC Bewuste Keuze
- UC Ruime Keuze
- UC Eigen Keuze
- Univé Zorg Select polis
- Univé Zorg Basis polis
- Univé Zorg Geregeld polis
- Univé Zorg Uitgebreid polis
- UMC Eigen Keuze
- UMC Ruime Keuze
- VGZbewuuzt Basis
- VGZ Basis Keuze
- VGZ Ruime Keuze
- VGZ Eigen Keuze
- Zorgzaam Ruime Keuze

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

Artikel 2. Doelgroep Zvw-pgb

1. U komt in aanmerking voor een persoonsgebonden budget op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) als u behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.
 - a. Onder deze zorg benoemd in artikel 2.1. vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

Daarnaast dient u:

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

Artikel 3. Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

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

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

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

Artikel 4. Weigeringsgronden

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

1. U voldoet niet aan de voorwaarden opgenomen in artikel 2 en/of 3.
2. U bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
3. U beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
4. Uw vrijheid is u rehtens ontnomen;
5. U verleent geen medewerking (meer) aan een 'Bewust-keuzegesprek' en/of huisbezoek dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
6. Uit uw aanvraagformulier of het 'Bewust-keuzegesprek' en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
7. Uw (wettelijk) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):
 - a. Heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij of zij als hulppersoon of (wettelijk) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b. Beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
 - c. Is zijn/haar vrijheid rehtens ontnomen;
 - d. Valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - e. Heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of is failliet verklaard;
 - f. Biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen;
 - g. De hulp tegen betaling verleent;
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 in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord;
9. U koopt zorg in bij uw (wettelijk) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (partner, bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad);
10. U bent failliet verklaard of, als de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden is failliet verklaard;
11. Het Zvw-pgb wordt geweigerd als u wordt geholpen door een andere vertegenwoordiger dan uw wettelijk vertegenwoordiger, een bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad of uw echtgenoot of (geregistreerde) partner;
12. Er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die al vergoed wordt vanuit andere zorgsoorten, bijvoorbeeld medisch specialistische zorg (vanuit een DBC). Om dubbele bekostiging en daarmee onrechtmatige zorg uit te sluiten.

Artikel 5. Aanvraag Zvw-pgb

1. U kunt een Zvw-pgb aanvragen door ons Zvw-pgb formulier in te vullen, te ondertekenen en naar ons op te sturen. U vindt ons formulier op onze website. U kunt het Zvw-pgb-aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Deel 1 van het aanvraagformulier laat u invullen en ondertekenen door de verpleegkundige die de indicatie stelt. Deze verpleegkundige moet u eerst in uw thuissituatie hebben gezien. Deel 2 van het aanvraagformulier vult u in en ondertekent u zelf (of uw vertegenwoordiger). Wij nemen uw aanvraag niet in behandeling als het aanvraagformulier niet volledig is ingevuld, ondertekend en/of als er bijlagen ontbreken. Loopt uw Zvw-pgb af? Dan adviseren wij u om 13 weken voor het aflopen van uw huidige Zvw-pgb contact op te nemen met een verpleegkundige die de indicatie stelt (zie artikel 5.2, 5.3. en 5.4.) en minimaal 6 weken voor afloop van uw Zvw-pgb de volledige pgb-aanvraagformulieren-set bij ons in te dienen. Wilt u uw Zvw-pgb voor palliatief terminale zorg verlengen? Dan kunt u uiterlijk 2 weken voor het aflopen van uw Zvw-pgb een (her)indicatie laten stellen door een verpleegkundige. Wij adviseren u om uw aanvraag zo snel mogelijk bij ons in te dienen.
2. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen (deel I: het verpleegkundige deel en deel II: het verzekerden deel). Een 'Bewust-keuzegesprek' maakt onderdeel uit van de aanvraagprocedure, tenzij wij hiervan afzien. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden, zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3, krijgt u een akkoordverklaring voor een Zvw-pgb.
 - a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door een minimaal BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige 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) heeft opgesteld;
 - b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een minimaal BIG-geregistreerde hbo-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkun-

dige. De indicatiesteller dient werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de BINKZ (Branchevereniging Integrale Kindzorg). De indicatie wordt volgens het normenkader van de V&VN en de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) opgesteld in de thuissituatie in aanwezigheid van het kind en de wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder of mentor).

3. Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op arbeidsmarkt kan er contact worden opgenomen met ons om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen.
4. Bij de indicatiestelling dient de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg te hanteren bij het bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk.
5. 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 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.
6. Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandelend arts toe te voegen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.
7. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden. 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 die wij voor zorg in natura gecontracteerd hebben.
8. Bij de indicatiestelling moet de wijkverpleegkundige volgens het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving' van V&VN de afweging maken wat u en uw netwerk zelf kan oplossen. Dit betekent dat de wijkverpleegkundige onder andere uw netwerk in kaart brengt en vervolgens afweegt welke zorg op grond van belasting en belastbaarheid wel of niet door het netwerk kan worden verleend. De zorg die door het netwerk wordt verleend, mag in de indicatie voor wijkverpleging niet meegenomen worden. 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 de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (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.
9. 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 Zwv-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 vragen een tweede, onafhankelijke wijkverpleegkundige 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 beiden wijkverpleegkundigen (intervisie) beoordeelt de eerste wijkverpleegkundige vervolgens of de herbeoordeling tot aanpassing van de indicatie leidt en moet dit ook kunnen onderbouwen.
10. Als u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, dient u tevens aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotse) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins.
11. Als u verbleef in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zwv, kunt u weer gebruikmaken van uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd. Een nieuwe aanvraag is nodig als u langer dan 60 dagen opgenomen bent in een Wlz-instelling, in een ziekenhuis verblijft of langer dan 60 dagen gebruikmaakt van eerstelijnsverblijf.
12. Als u voor verpleging en verzorging gebruik wilt maken van zorg in natura in combinatie met een Zwv-rgb, dan moet u dit kenbaar maken op het aanvraagformulier. De verpleegkundige moet hiervoor één indicatie opstellen waarin zowel de zorg in natura als zorg vanuit het Zwv-rgb zijn opgenomen. De door ons gecontracteerde zorgaanbieders leveren alleen zorg in natura en geen zorg vanuit een Zwv-rgb.

Ook moet u de wijkverpleegkundige die de indicatie stelt, de instelling die de zorg in natura levert en degene die de Zvw-pgb zorg levert hierover informeren. Als u van ons geen akkoord heeft voor de vergoeding van zorg in natura in combinatie met Zvw-pgb, heeft dit gevolgen voor de vergoeding.

Artikel 6. Toekenningsverklaring

1. De ingangsdatum van het Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb ook op een latere datum in laten gaan.
2. In afwijking van artikel 6.1. is bij een herindicatie de ingangsdatum van het Zvw-pgb de datum van ingang van de geldende herindicatie, als aan de volgende voorwaarden is voldaan:
 - a. Op grond van de voorgaande indicatie was u een Zvw-pgb toegekend;
 - b. De ingangsdatum van de geldende herindicatie ligt niet later dan de dag volgend op de datum van beëindiging van de voorgaande indicatie;
 - c. Wij hebben uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag voor een Zvw-pgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de geldende herindicatie.
3.
 - a. In de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw Zvw-pgb vast. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en mits u een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5.
 - 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.
4. Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-pgb gaan wij uit van aangevraagde uren Zvw-pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.
5. Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld.
6. Als uw zorgverzekering of uw Zvw-pgb voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Als u meer zorg gedeclareerd heeft dan uw naar rato verlaagde Zvw-pgb, dient u het teveel betaalde terug te betalen. Bij een tussentijdse herindicatie wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd en/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 heeft dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het te veel terug te betalen.
7. De toekenning of beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.
8. Als u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al zorg in natura heeft of als u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg heeft op het moment dat u een aanvraag voor een Zvw-pgb indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het Zvw-pgb, zoals opgenomen in de toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.
9. Voor de berekening van het Zvw-pgb rekenen wij met de tarieven voor formele en informele zorgverleners zoals vermeld in artikel 7.2. Wij baseren de berekening op de door u vermelde zorgverleners in de aanvraag en de verdeling van de uren over deze zorgverleners.

Artikel 7. Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

1. U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw toekenningsverklaring staat vermeld.
2. Voor een goede en snelle afhandeling van uw declaraties verzoeken wij u om ons declaratieformulier te gebruiken. U kunt het formulier vinden op onze website of telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Voor het declareren van zorg verleend door formele zorgverleners en voor het declareren van zorg verleend door informele zorgverleners bestaat een apart declaratieformulier. De nota's die u ontvangt van uw zorgverleners controleert u en neemt u over op ons declaratieformulier. U kunt het declaratieformulier zowel per post als via de Mijn-omgeving bij ons indienen. U hoeft de nota's niet mee te sturen. U moet de nota's wel bewaren. Deze kunnen wij later bij u opvragen. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, pgb-aanvraag en toestemming mag gedeclareerd worden.
3. Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Door inzending van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg.
4. Het declareren van vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten, afgerond op 5 minuten mag worden gedeclareerd.

5. Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.
6. Indicatiestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in artikel 2.1. beschreven, casemanagement, verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg worden niet vergoed uit het Zvw-pgb. Deze zorg zal afhankelijk van uw zorgverzekering als zorg in natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed vanuit het artikel voor verpleging en verzorging.

7.2 Hoogte en omvang declaratie

1. Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
 - Persoonlijke verzorging: € 39,63 per uur
 - Verpleging: € 59,08 per uur
2. Voor het formele tarief komen in aanmerking zorgverleners die:
 - a. beschikken over een AGB-code uit een van de categorieën:
 - 41 ZZP'ers in de wijkverpleging / Zvw-pgb aanbieders / beheerstichtingen
 - 42 verzorgingshuizen
 - 75 thuiszorginstellingen
 - 91 verpleegkundigen
 - 98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars
 - b. zelfstandig of namens een onder a. bedoelde instelling werkzaam zijn als wijkverpleegkundig specialist, wijkverpleegkundige, verpleegkundige met diploma MBO-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.

Een bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad of uw echtgenoot, geregistreerde partner of 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 Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.

Formele zorgverleners die bekend zijn als Extern Verwijzingsregister (EVR) gesignaleerde aanbieders of waarbij een ernstig vermoeden van fraude is, kan op basis van onderzoek worden uitgesloten van een vergoeding vanuit het Zvw-pgb.

3. Voor informele zorgverleners kunt u maximaal € 24,12 per uur declareren voor persoonlijke verzorging en verpleging.
4. Onder informele zorgverleners vallen in ieder geval zorgverleners die:
 - a. Ouders, verzorgers, partner (zoals echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel), bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad zijn (deze personen kunnen in geen enkel geval aangemerkt worden als formele zorgverlener voor betreffende budgethouder) en/of;
 - b. Zorghulp of helpende tot opleidingsniveau 3 zijn en/of;
 - c. Niet zijn ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
 - d. Geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister.

Deze zorgverleners komen nooit in aanmerking voor het formele tarief.
5. Zowel het formele als het informele tarief zijn 'all-in-tarieven'. Dit houdt in dat u naast dit tarief geen andere kosten kunt declareren, zoals werkgeverslasten, reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en hulpmiddelen.

7.3 Overige bepalingen t.b.v. declareren

1. U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van de door u gecontracteerde zorgverleners. Voor zover u niet tijdig aan uw contractuele betalingsverplichting voldoet, kunnen eventuele bijkomende kosten (bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente) niet vanuit het Zvw-pgb worden betaald.
2. Wij zijn gerechtigd om controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgverleners die u heeft gecontracteerd en in lijn is met de door ons afgegeven toekenningsverklaring. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen. Indien van toepassing kunnen wij u adviseren hoe deze zorg doelmatiger ingezet kan worden.
3. Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.

4. Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het Zvw-pgb wordt overschreden, wordt niet door ons vergoed.
5. Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg.
6. Als u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgverlener(s) inhuren, dan dient u dit vooraf schriftelijk bij ons te melden. Na onze schriftelijke toestemming kunt u de nota's van buitenlandse zorgverlener(s) declareren.
7. U mag met uw zorgverleners hogere tarieven afspreken. U betaalt dan zelf het verschil tussen het tarief dat u heeft afgesproken en het maximumtarief dat wij vergoeden.
8. U kunt uw vordering op ons niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

Artikel 8. Verplichtingen

1. U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
 - NAW gegevens verzekerde
 - NAW gegevens zorgverlener
 - Relatie tussen verzekerde en zorgverlener
 - Looptijd van de overeenkomst
 - Welke zorg zal worden geleverd
 - Het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten
 - Welk tarief u daarvoor zult betalen
 - AGB-code als het een formele zorgverlener betreft
 - Ondertekening door verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger en zorgverlener.
 Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op onze website en telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen.
2. U dient er als verzekerde op toe te zien dat partner, bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad waarmee u een overeenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, niet meer dan 40 uur in één week aan werkzaamheden verrichten. Op het moment dat de bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad een dienstbetrekking heeft, waarbij het Arbeidstijdenbesluit van toepassing is, dan mag de werkweek inclusief de uren die uit het Zvw-pgb bekostigd worden niet meer dan 48 uur bedragen. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 15 jaar.
3. U bent verplicht om mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige, die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, bent u verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een aanvraagformulier in te vullen en in te dienen.
4. U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoopt. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.
5.
 - a. 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.
 - b. 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.
 - c. Bij een inventarisatie waaruit blijkt dat de zorgvraag meer dan 24 uur per week omvat, kan er voorafgaand aan het afgeven van de indicatie een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd worden door de wijkverpleegkundige, zodat de zorg wordt afgestemd met de verschillende professionals. U bent verplicht om mee te werken aan een MDO.
6. Als er wijzigingen zijn in de combinatie en verhouding zorg in natura en pgb moet u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan, als dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude Zvw-pgb wordt (her)berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 6.9. met ingang van de datum van de nieuwe aanvraag.
7. U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in overeenstemming is met de door ons afgegeven toekenningsverklaring.
8. U bent verplicht om een (bij voorkeur digitaal) dossier te beheren en na het beëindigen van het Zvw-pgb voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste:
 - a. Een beschikking van de rechtbank als u een wettelijk vertegenwoordiger heeft tenzij u dit van rechtswege bent;
 - b. De volledige Zvw-pgb aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en zorgovereenkomsten;
 - c. Facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;

- d. Bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);
 - e. Kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaratie;
 - f. Uw zorgplan en de administratie over de doelstellingen en evaluatieverslagen.
9. 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.
 10. U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige en de huisarts en/of medisch specialist om uw (medische) gegevens omtrent de Zvw-pgb aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien op het moment dat dit nodig is voor een juiste beoordeling. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur of verpleegkundig adviseur.
 11. U bent verplicht mee te werken aan een Bewust-keuze gesprek (BKG) of een huisbezoek (aangekondigd of onaangekondigd), als wij dat nodig vinden, bijvoorbeeld voor controledoeleinden. U en uw eventuele (wettelijke) vertegenwoordiger moeten op ons verzoek hierbij aanwezig zijn. 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 in overeenstemming met ons privacy statement. U vindt het privacy statement op onze website. De derde partij geeft naar aanleiding van het huisbezoek een advies aan ons. Dit advies mag u vooraf inzien. Bent u het niet eens met het advies, dan mag u dit blokkeren. Het advies wordt dan niet aan ons toegestuurd. Als u gebruik maakt van dit blokkeringsrecht, wijzen wij uw aanvraag af op grond van artikel 4.5.
 12. Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toekenningsverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de geldige toekenningsverklaring (maximaal tot de vermelde einddatum van de indicatie) over (meldt u zich hiervoor bij uw nieuwe zorgverzekeraar) voor wat betreft het vermelde aantal uren voor verpleging en verzorging. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken omdat iedere zorgverzekeraar eigen tarieven hanteert. Wij adviseren u om deze toekenningsverklaring te bewaren zolang hij geldig is en een kopie op te sturen naar de nieuwe zorgverzekeraar.
 13. Als u alleen zorg inkoopt bij informele zorgverleners en het aantal uren verpleging en verzorging per week hoger is dan 24 (met name bij complexe zorgvragen), dan kunnen wij, vanuit het oogpunt van kwaliteit van de zorg, de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een formele zorgverlener. Deze voorwaarde wordt besproken tijdens het bewust-keuzegesprek, waarbij maatwerk steeds het uitgangspunt is. In uitzonderingssituaties is het ook mogelijk dat de zorgverzekeraar bij minder dan 24 uur verpleging en verzorging per week de voorwaarde stelt 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 de zorgverzekeraar, de verpleegkundige en de budgethouder om gemotiveerd van deze grens af te wijken.

Artikel 9. Herziening of intrekking

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

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

Artikel 10. Beëindigen van het Zvw-pgb

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

- a. U niet langer behoort tot de in artikel 2. bedoelde specifieke doelgroep;
- b. De zorg waaraan u behoefte heeft, kan worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet, zoals de Wet langdurige zorg of de Wet maatschappelijke ondersteuning;
- c. U failliet bent verklaard of de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr) op u van toepassing is verklaard;
- d. U blijkens de Basisregistratie Personen 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 overeenkomst 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 Wij kunnen 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 of tweede graad is;
 2. Bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 3. Blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres;
 4. Zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen;
 5. Failliet is verklaard of op hem/haar de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr) van toepassing is verklaard;
 6. Anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het 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 een van de situaties zoals beschreven in artikel 4 aan de orde is.

Artikel 11. Terugvordering

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

Artikel 12. Begripsomschrijvingen

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

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

BINKZ: Branchevereniging Integrale Kindzorg.

Bloed- en aanverwanten: Familie in de 1e of 2e graad van de verzekerde.

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

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

Normenkader: Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving.

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

V&VN: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Dit is de beroepsvereniging voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten.

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

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

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand:

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

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

WSNP: Wet schuldsanering natuurlijke personen.

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

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