

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht.
Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), beheer
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en
2.15a t/m 2.15c Bzv, 2.29a t/m 2.29c Rzv
Zaaknummer : 202201087
Zittingsdatum : 8 februari 2023

1. Partijen

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

en

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 24 augustus 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 5 september 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 13 oktober 2022 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 oktober 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 8 februari 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Ten behoeve van verzoekster is een aanvraag ingediend bij de zorgverzekeraar voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 10 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Bij brief van 17 februari 2022 heeft de zorgverzekeraar de ontvangst van deze aanvraag aan verzoekster bevestigd.
- 3.3. De zorgverzekeraar heeft Argonaut Advies B.V. (hierna: Argonaut) gevraagd een huisbezoek bij verzoekster af te leggen in verband met de beoordeling van voornoemde aanvraag. Argonaut heeft per brief van 7 maart 2022 het huisbezoek aangekondigd, onder vermelding van de informatie die aanwezig diende te zijn tijdens het huisbezoek. Het huisbezoek heeft op 9 maart 2022 plaatsgevonden en hiervan is een verslag gemaakt. Het verslag luidt, voor zover hier relevant:

"(...)

4.1 Is de aspirant budgethouder in staat om op eigen kracht of met behulp van een wettelijk vertegenwoordiger de verantwoordelijkheden en verplichtingen van het PGB uit te voeren?

Ja

4.2 Is er een vermoeden van een oneigenlijke rol door een zorgverlener of bemiddelingsbureau?

Nee

4.3 Overige bevindingen (indien van toepassing)

Op 4.1 heb ik ja ingevuld, maar er is geen kopie van de aanvraag PGB aanwezig. Op de telefoon van vriendin, mevrouw [naam] staan alleen de ingediende declaraties, deze heb ik gezien. Verzekerde had mevrouw [naam] niet geïnformeerd dat de administratie aanwezig diende te zijn tijdens het huisbezoek. Op de telefoon van verzekerde heb ik alleen de goedgekeurde nota's gezien. Vriendin, mevrouw [naam], geeft aan dat zij deze thuis digitaal heeft op haar computer/laptop, maar deze had zij niet bij zich. Zij gaf aan dat er per abuis geen kopie is gemaakt van de laatste indicatie aanvraag. Ik ben er van overtuigd dat mevrouw [naam] in staat is om alle administratieve taken uit te voeren die horen bij het PGB-reglement. Doordat verzekerde dit niet gecommuniceerd heeft met haar is deze niet aanwezig tijdens het huisbezoek. Er is geen papieren administratie aanwezig in de woning. Mevrouw [naam] heeft mij uitgelegd wat zij digitaal heeft op haar laptop. Dit komt overeen met alle administratieve taken passend bij het PGB, er is alleen geen kopie van de laatste indicatie aanvraag aanwezig. Ik heb meegedeeld dat Achmea mogelijk nog administratie gaat vragen en dat dit mogelijk gevolgen kan hebben voor de toekenning PGB. Ook heb ik geadviseerd mevrouw [naam] aan te stellen als (wettelijk) vertegenwoordiger op deel 2 van de aanvraag. Deze wordt opnieuw aangeleverd. Ik ben al eerder op huisbezoek geweest bij deze verzekerde in januari 2021. Ik heb toen wel de administratie gezien. (...)”

- 3.4. Bij brief van 17 maart 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor het PGB vv wordt afgewezen.
- 3.5. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 11 mei 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.
- 3.6. Op 13 mei 2022 heeft de gemachtigde van verzoekster telefonisch contact gehad met de zorgverzekeraar over de afwijzende beslissing. Bij die gelegenheid is verzoekster gevraagd de administratie van het PGB vv van de laatste 6 maanden aan de zorgverzekeraar te sturen. Bij e-mailbericht van 16 mei 2022 heeft verzoekster een reactie gestuurd en is de zorgverzekeraar opnieuw verzocht om heroverweging van zijn afwijzende beslissing.
- 3.7. Bij brief van 14 juni 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de administratie niet compleet is, waarbij wordt verwezen naar artikel 8 van het 'Zvw-pgb reglement'. Verder heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.
- 3.8. Bij e-mailbericht van 17 juni 2022 heeft verzoekster aanvullende informatie aangeleverd. Daarnaast heeft zij, bij brief van 17 juni 2022, de zorgverzekeraar opnieuw verzocht om heroverweging van zijn beslissing. Bij brief van 21 juni 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.

4. Standpunt verzoekster

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar aan haar een PGB vv moet toekennen op basis van 10 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Bovendien is verzoekster van mening dat de zorgverzekeraar ten onrechte heeft besloten dat zij de komende vijf jaar geen PGB vv mag aanvragen.
- 4.2. Verzoekster heeft verklaard dat de zorgverzekeraar eerder een PGB vv aan haar heeft toegekend, op basis van 10 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 7 juni 2021 tot en met 17 maart 2022. Om ook na deze periode aanspraak te kunnen maken op een PGB vv heeft zij een nieuwe indicatie laten stellen en in februari 2022 een aanvraag voor een PGB vv ingediend bij de zorgverzekeraar. Deze aanvraag is door de zorgverzekeraar afgewezen, met als reden dat verzoekster onvoldoende administratie heeft overgelegd en dat zij zich daarmee niet heeft gehouden aan de verplichtingen die horen bij het PGB vv. Ook heeft de zorgverzekeraar

gesteld dat verzoekster niet in staat zou zijn het PGB vv zelfstandig te beheren. Dit alles wordt door verzoekster betwist. Verzoekster wijst erop dat Argonaut een huisbezoek bij haar heeft afgelegd. Op dat moment was niet alle administratie aanwezig. Argonaut heeft hierop laten weten dat de zorgverzekeraar dit mogelijk nog bij haar zou opvragen. Dat is echter niet gebeurd. De zorgverzekeraar heeft de aanvraag afgewezen bij brief van 17 maart 2022 af. Hierover heeft verzoekster contact opgenomen met de zorgverzekeraar. Vervolgens is de administratie alsnog aangeleverd. De zorgverzekeraar volhardt in het standpunt dat de administratie niet compleet is, terwijl alle gevraagde stukken zijn aangeleverd. Ook wijst verzoekster op het verslag dat Argonaut van het huisbezoek heeft gemaakt. Hierin wordt vermeld dat Argonaut de administratie tijdens een eerder huisbezoek in 2021 heeft ingezien.

Gelet op het voorgaande is het verzoekster niet duidelijk waarop de zorgverzekeraar zijn standpunt baseert dat verzoekster geen goede administratie voert en dat zij niet in staat zou zijn het PGB vv zelfstandig te beheren. Verder wijst verzoekster erop dat hoewel er in 2022 een betalingsachterstand is ontstaan dit niet in de weg kan staan aan toekenning van de aanvraag van februari 2022. Ook komt verzoekster op tegen de beslissing van de zorgverzekeraar dat zij de komende vijf jaar geen PGB vv mag aanvragen. Verzoekster merkt hierbij op dat zij niet in haar zorgbehoefte kan laten voorzien door een thuiszorgorganisatie, omdat de geïndiceerde zorg naar zijn aard niet planbaar is.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar diverse gronden heeft aangevoerd om de aanvraag af te wijzen. De betalingsachterstand werd volledig ingelopen. Aan het feit dat de administratie elders was, kan niet de conclusie worden verbonden dat verzoekster niet in staat is het PGB vv te beheren. Verder staat alleen de premie maand januari 2023 nog open. Verzoekster zal deze premie bij terugkomst uit het buitenland aan de ziektekostenverzekeraar voldoen. Volgens de ziektekostenverzekeraar mag verzoekster de komende vijf jaren geen nieuwe aanvraag meer doen voor een PGB vv. Zij acht dit onredelijk.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat de aanvraag voor een PGB vv terecht werd afgewezen, omdat verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden om hiervoor in aanmerking te komen. In dit verband wijst de zorgverzekeraar erop dat een budgethouder op grond van artikel 8.6 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' (hierna: het reglement) verplicht is een PGB-dossier te beheren en de aldaar genoemde bescheiden voor de periode van ten minste 5 jaren moet bewaren. Verzoekster was niet in staat een volledig PGB-dossier te laten zien tijdens het huisbezoek door Argonaut. Verzoekster heeft nadien de administratie nagestuurd, maar hierin ontbraken: (i) de volledige PGB-aanvraag, inclusief bijlagen, indicatie en zorgovereenkomst, (ii) de facturen en urenregistratie van de zorgverlener(s), waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staan, (iii) de bancaire betaalbewijzen of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB), en (iv) de kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties. Dat de administratie eerder werd ingezien en geaccordeerd door Argonaut wordt door de zorgverzekeraar betwist. Argonaut heeft namelijk niet eerder in opdracht van de zorgverzekeraar een huisbezoek afgelegd bij verzoekster. Daarnaast is het de zorgverzekeraar gebleken dat verzoekster het PGB vv niet zelfstandig beheert, maar dat een vriendin dit voor haar doet. Deze vriendin is echter niet aan te merken als een (wettelijk) vertegenwoordiger als bedoeld in artikel 3.2 van het reglement. Verder heeft de zorgverzekeraar opgemerkt dat verzoekster in het verleden, maar ook thans, betalingsachterstanden heeft. Naar de stand van 20 juni 2022 was deze achterstand opgelopen tot 4 maandpremies. Ook dit vormt een reden een aanvraag voor een PGB vv af te wijzen. Gelet op het voorgaande is naar de mening van de zorgverzekeraar komen vast te staan dat verzoekster zich niet houdt aan de verplichtingen die op haar rusten als budgethouder, is niet gebleken dat zij in staat is het PGB vv zelfstandig te beheren, en is sprake van een betalingsachterstand. Dit alles zijn gegronde redenen het PGB vv te weigeren.

- 5.2. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat verzoekster ermee bekend was dat de administratie tijdens het gesprek met Argonaut Advies aanwezig moest zijn, omdat zij hierover vooraf was geïnformeerd. De administratie stond echter op de computer van een persoon die niet bij het gesprek aanwezig was, en was daarmee feitelijk niet voorhanden. Overigens is de persoon die de administratie op haar computer had, niet de (wettelijk) vertegenwoordiger van verzoekster. Op 16 maart zijn nog enkele stukken ontvangen. Hierbij waren niet de aanvraag, de zorgovereenkomst en kopieën van de ingezonden facturen gevoegd. In 2019, 2021 en 2022 waren er achterstanden, ook ten tijde van de ingediende aanvraag. Op basis hiervan is de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie gekomen dat verzoekster niet in staat is om zelf te voldoen aan de verplichtingen die verbonden zijn aan het PGB vv. Zij heeft geen (wettelijk) vertegenwoordiger. De aanvraag is daarom terecht afgewezen en volgende aanvragen zullen op die zelfde grond worden afgewezen. Verzoekster kan wel kiezen voor zorg in natura. Het staat verzoekster vrij in de komende vijf jaar een PGB vv aan te vragen. Bij ongewijzigde omstandigheden zullen de huidige afwijzingsgronden echter in stand blijven.
- 5.3. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen zijn besproken.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 van de algemene 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 verpleging en verzorging en 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.
- 7.2. De commissie constateert dat partijen verdeeld zijn over het antwoord op de vraag of verzoekster in staat is zelfstandig dan wel met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Als dit niet het geval is, vormde dit een gegronde reden de aanvraag voor het PGB vv af te wijzen. Dit volgt uit artikel 2.15c, eerste lid, onder b, Bzv. Een en ander is door de zorgverzekeraar nader uitgewerkt in de artikelen 3 en 8 van het reglement.
- 7.3. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij zelfstandig, dat wil zeggen zonder een (wettelijk) vertegenwoordiger als bedoeld in artikel 3.2 van het reglement, in staat is aan de taken en verplichtingen te voldoen die op haar rusten als budgethouder. De commissie overweegt in dit verband dat bij e-mailbericht van 16 mei 2022 (productie 18 zorgverzekeraar), ondertekend door mevrouw [X] (hierna: gemachtigde) en verzoekster, is verklaard dat (i) de administratie bij gemachtigde thuis ligt en niet bij verzoekster, (ii) gemachtigde telefonisch contact opneemt met de zorgverzekeraar bij problemen, waar mogelijk samen met verzoekster, maar waar nodig ook zonder haar, en (iii) dat zij samen met verzoekster declaraties indient bij de zorgverzekeraar op de laptop van gemachtigde. Hieruit leidt de commissie af dat verzoekster ondersteuning nodig heeft bij het voeren van de administratie en het beheren van het PGB vv en deze krijgt van de gemachtigde. Laatstgenoemde is echter niet door verzoekster aangewezen als (wettelijk) vertegenwoordiger. Dit blijkt althans niet uit de aanvraag van 10 februari 2022. Dat dit wel het geval zou zijn, is niet gesteld en ook anderszins niet gebleken. Volledigheidshalve merkt de commissie op dat verzoekster zelf een bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad

óf de echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel als vertegenwoordiger kan aanwijzen, en ook dat maar ook de Rechtbank kan een wettelijk vertegenwoordiger benoemen. Dit is opgenomen in artikel 2.29c, eerste lid, Rzv en tevens vermeld in artikel 12 van het reglement. De gemachtigde van verzoekster valt niet onder één van deze categorieën, zodat zij niet als vertegenwoordiger mag optreden. Dat zij door verzoekster is gemachtigd namens haar contact op te nemen met de zorgverzekeraar maakt het voorgaande niet anders. De zorgverzekeraar heeft in dit verband terecht opgemerkt dat dit niet hetzelfde is als het aanwijzen van een (wettelijk) vertegenwoordiger in het kader van het PGB vv.

- 7.4. Het voorgaande leidt reeds tot de conclusie dat verzoekster niet voldoet aan artikel 3.2 van het reglement, zodat de zorgverzekeraar de aanvraag voor het PGB vv terecht heeft afgewezen. De vraag of verzoekster al dan niet over een volledige administratie beschikte en deze op verzoek tijdig aan de zorgverzekeraar heeft gestuurd, kan daarmee onbeantwoord blijven. Evenmin behoeft nog bespreking of de in de loop van 2022 ontstane premieachterstand in de weg zou hebben gestaan aan het toekennen van de aanvraag. Beide kan niet leiden tot een ander oordeel. Verzoekster moet immers aan *alle* voorwaarden in het reglement voldoen om aanspraak te kunnen maken op een PGB vv.
- 7.5. Het voorgaande neemt niet weg dat verzoekster, op basis van de gestelde indicatie, alsnog aanspraak kan maken op Persoonlijke Verzorging. De kennelijke stelling van de zorgverzekeraar dat verzoekster gedurende vijf jaren geen PGB vv mag aanvragen is voorts, onjuist. Verzoekster dient dan echter hetzij deze zorg in natura af te nemen bij een (gecontracteerde) thuiszorginstelling, hetzij het ertoe te leiden dat alsnog een (wettelijk) vertegenwoordiger wordt aangesteld voordat een nieuwe aanvraag voor het PGB vv wordt gedaan. In verband met de eerste mogelijkheid heeft verzoekster gesteld dat een thuiszorginstelling niet in staat is de geïndiceerde zorg aan haar te leveren, omdat sprake is van onplanbare zorg. Deze stelling is echter niet met stukken onderbouwd. Overigens kan dit ook geen reden zijn te beslissen dat aan verzoekster alsnog een PGB vv moet worden toegekend. Het is aan de zorgverzekeraar ervoor te zorgen dat verzoekster de zorg in natura, waarop zij redelijkerwijs is aangewezen, ontvangt. Omdat de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat verzoekster gedurende vijf jaren geen PGB vv zou mogen aanvragen onjuist is, ziet de commissie aanleiding te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,- aan verzoekster te vergoeden.

Slotsom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

- 8.1. De commissie:
- i) wijst het verzoek af, met dien verstande dat het verzoekster wel vrij staat een nieuwe aanvraag PGB vv in te dienen;
 - (ii) bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het entreegeld van € 37,- aan verzoekster moet vergoeden.

Zeist, 1 maart 2023,

L. Ritzema

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](https://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op!

Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel [A.4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering \(Basis Budget\)](#).

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](https://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.26 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel [B.15](#), [B.27](#) en [B.28](#) staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen en landelijk kwaliteitskader van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.

Voor kinderen tot 18 jaar kan verpleging en verzorging ook geleverd worden in een medisch kinderdagverblijf of verpleegkundig kinderzorghuis.

Let op!

Onder voorwaarden is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging voor in de eigen omgeving kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement Zvw-pgb. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of kunt u bij ons opvragen.

Let op!

Wanneer u de diagnose dementie heeft en verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig heeft, kan iemand nodig zijn die dat coördineert (casemanager). Afhankelijk van uw situatie kan hiervoor casemanagement dementie in worden gezet. De verpleegkundige die de indicatiestelling doet, bepaalt samen met u en/of uw naaste en uw behandelend arts of casemanagement dementie nodig is.

Voorwaarden voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving

- Voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door minimaal een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld in uw aanwezigheid.
 - Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde. De kinderarts of medisch specialist blijft hierbij eindverantwoordelijk voor de behandeling. Als blijkt dat het om medische kindzorg gaat dan dient de HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie Intensieve Kindzorg (BINKZ). Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op de arbeidsmarkt, kan er contact met ons worden opgenomen om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen. De indicatie dient conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving en de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) te worden opgesteld in de thuissituatie in aanwezigheid van uzelf (het kind) en de ouder(s) of (wettelijk) vertegenwoordiger.
- Een minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige (zoals genoemd bij 1a en b) moet voor de start van de zorglevering een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Met het stellen van een indicatie bedoelen wij het proces waarbij door de wijkverpleegkundige en in samenspraak met u wordt bepaald welke zorg u nodig heeft gezien uw individuele situatie en welke resultaten men wil bereiken en binnen welke termijn. Binnen de indicatiestelling valt ook het vastleggen van de gemaakte afspraken in een zorgplan en het vertalen van de behoefte aan zorg in uren verpleging en verzorging. In het zorgplan legt de BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige de zorgvraag en zorglevering vast. Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt in het aantal uur verzorging en het aantal uur verpleging. De indicatie moet zijn opgesteld volgens de 6 normen uit het document 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' en het Begrippenkader Indicatieproces.
- Bij palliatieve terminale zorg heeft de verpleegkundige in het dossier vastgelegd dat de behandelend arts (naam, specialisme, BIG-nummer en datum) heeft vastgesteld dat de palliatieve terminale fase is aangebroken. De aard, inhoud en omvang van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan. De uitvoering moet plaatsvinden conform de inzichten uit het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- Wanneer (gespecialiseerde) verpleging voorbehouden of risicovolle handelingen betreft, dient aantoonbaar gemaakt te worden dat deze in opdracht van een arts wordt uitgevoerd. Ook dient de zorgverlener aantoonbaar bevoegd en bekwaam te zijn om deze handelingen uit te voeren. Bij een risicovolle handeling dient de aard, omvang en inhoud van de zorg uitgewerkt te zijn in het zorgplan. In het geval van een voorbehouden handeling, dient er een uitvoeringsverzoek aanwezig te zijn van een arts en wordt er gewerkt overeenkomstig de 'handleiding voorbehouden handelingen in de (wijk) verpleging & verzorging' (ActiZ, 2019).

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft:

- a. u heeft volgens dit artikel geen recht op kraamzorg. Dat wordt vergoed via artikel [B.32](#);
- b. u heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
- c. u heeft geen recht op zorg door inzet van het eigen (cliënt) netwerk (voorheen gebruikelijke zorg). Bij de indicatiestelling moet de wijkverpleegkundige volgens het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving' van de V&VN de afweging maken wat u en uw netwerk zelf kan oplossen. Dit betekent dat zij onder andere het netwerk van u in kaart brengt en vervolgens afweegt welke zorg op grond van belasting en belastbaarheid redelijkerwijs wel en/of niet van hen verwacht mag worden. De zorg die redelijkerwijs van hen verwacht mag worden, mag in een indicatie voor wijkverpleging niet meegenomen worden. De afweging die de wijkverpleegkundige daarbij maakt, moet in de indicatie staan. Onder netwerk wordt volgens het Begrippenkader van de 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.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener**Let op!**

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

Let op!

Binnen de wijkverpleegkundige zorg constateren wij dat er sprake is van grote kwaliteitsverschillen in levering van zorg. Kwalitatief goede zorg vinden wij belangrijk. Om die reden zien wij strikt toe op de kwaliteitseisen die wij stellen aan onze gecontracteerde zorgverleners. Om te borgen dat ook de zorg die wordt geleverd door zorgverleners die wij niet contracteren voldoet aan onze eisen, hebben wij een machtigingsprocedure ingericht. Voor klanten die gebruik (willen) maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener gelden de onderstaande aanvullende voorwaarden. Wij willen u er op wijzen dat wanneer u gebruik maakt van niet gecontracteerde zorgverleners de afhandeltijd van nota's langer duurt. Wij wijzen u erop dat we in alle regio's ruim voldoende zorgverleners hebben gecontracteerd.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener

1. Maakt u gebruik van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener? Dan moet u vooraf toestemming bij ons aanvragen. Voor het aanvragen van toestemming dient u gebruik te maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg' welke u kunt vinden op onze website. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u het volgende opsturen:
 - de indicatie en het zorgplan (opgesteld conform de bovengenoemde voorwaarden);
 - het diploma van de minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld;
 - en in het geval van palliatief terminale zorg het bewijs van de vastlegging van de verpleegkundige in het dossier dat de behandelend arts (naam, specialisme, BIG-nummer en datum) heeft vastgesteld dat de palliatief terminale fase is aangebroken.Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Wij kunnen daarvoor ook een nadere onderbouwing vragen aan de verpleegkundige die uw indicatie heeft opgesteld. U ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag (deels) afwijzen.
2. U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

B.27 Eerstelijns verblijf

U heeft recht op eerstelijns verblijf. Het verblijf is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg en kan gepaard gaan met verpleging, verzorging en/of paramedische zorg. Uw huisarts schat daarbij in dat er op korte termijn herstel te verwachten is. Het verblijf is over het algemeen gericht op terugkeer naar de thuissituatie. Heeft uw behandelend arts aangegeven dat uw levensverwachting gemiddeld 3 maanden of korter zal zijn? Dan heeft u recht op palliatief terminale zorg in een instelling voor eerstelijns verblijf.

Eerstelijns verblijf bestaat uit:

- verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- geneeskundige zorg geleverd door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten;
- paramedische zorg (fysiotherapie, oefen therapie Cesar/Mensendieck, logopedie, diëtiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit verblijf.

De inhoud en omvang van de geneeskundige zorg wordt begrensd door zorg zoals huisartsen plegen te bieden.

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 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

Artikel 2.10

Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

- a. verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, of een hoog risico daarop,
- b. niet gepaard gaat met verblijf als bedoeld in artikel 2.12, en
- c. geen kraamzorg als bedoeld in artikel 2.11 betreft.

Artikel 2.15a

1. Met het Zvw-pgb kan worden vergoed verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.
2. De zorgverzekeraar kan in zijn modelovereenkomst opnemen dat met het Zvw-pgb tevens kan worden vergoed verblijf als bedoeld in artikel 2.12 voor zover gepaard gaande met verpleging en verzorging voor verzekerden tot achttien jaar.

Artikel 2.15b

Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, kunnen bij ministeriële regeling bedragen worden vastgesteld die ten hoogste met een Zvw-pgb worden vergoed.

Artikel 2.15c

1. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt een Zvw-pgb verstrekt indien:

- a. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit,
 - b. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren,
 - c. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door hem verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg en
 - d. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat hij de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.
2. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt het Zvw-pgb geweigerd indien:
- a. de verzekerde bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat is gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
 - b. de verzekerde blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
 - c. de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen;
 - d. de vertegenwoordiger van de verzekerde niet voldoet aan regels inhoudende beperkingen of eisen die bij ministeriële regeling aan de kring van vertegenwoordigers kunnen worden gesteld in het belang van de bescherming van de verzekerde of van het waarborgen van de hulp, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d.
3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst geen andere voorwaarden en weigeringsgronden op ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger dan vermeld in het eerste, tweede en vierde lid.
4. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden en weigeringsgronden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste € 24,36 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.

3 Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

1. u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en/of verzorging zoals benoemd in artikel [2](#) van dit reglement die niet ouder is dan 3 maanden (hierbij gaan wij uit van de ontvangstdatum van uw pgb-aanvraag of -wijziging);
2. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met behulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. Hiervan is in ieder geval geen sprake in de volgende situaties:
 - a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Zvw, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b. u was binnen een periode van 5 jaar voorafgaand aan het indienen van de pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
 - c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
 - d. u heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal 4 maanden;
 - e. u bent aangemeld bij het CAK (Centraal Administratie Kantoor) vanwege een premieachterstand, of er sprake is van opschorting van de premiebetaling bij het CAK;
 - f. u valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend;
 - g. u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard.
3. dat u naar ons oordeel in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in contracten afsluiten met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten. Zie hiervoor ook artikel [8](#);
4. dat u naar ons oordeel in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger de zorgverleners waar u een overeenkomst mee heeft gesloten op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
5. dat u naar ons oordeel op eigen kracht of met behulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger kunt motiveren dat u de zorg via een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen. Dit moet blijken uit uw aanvraag en het daarbij behorende budgetplan.

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

4 Weigeringsgronden

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

1. als blijkt dat u bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat bent geweest om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger u te houden aan de taken en verplichtingen van het Zvw-pgb;
2. u volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet beschikt over een woonadres;
3. uw vrijheid is ontnomen;
4. u geen medewerking (meer) verleent aan een (telefonisch) “bewuste keuze gesprek” en/of huisbezoek dat (eventueel) door ons wordt georganiseerd;
5. uit uw aanvraagformulier, het bewuste keuzegesprek en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
6. u zorg inkoopt bij uw (wettelijke) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (partner, bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad.);
7. u over meer dan één indicatie beschikt voor de zorg zoals beschreven in artikel 2. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven zoals in dit artikel dient in één indicatie te zijn verwoord;
8. uw (wettelijke) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):
 - a. heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij/zij als hulppersoon of (wettelijke) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b. beschikt blijkens de basisregistratie personen niet over een woonadres;
 - c. is zijn/haar vrijheid rechte ontnomen;
 - d. heeft binnen een periode van 3 jaar voorafgaand aan de pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnp) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;
 - e. valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend;
 - f. heeft surséance van betaling aangevraagd of verkeert in staat van faillissement of is failliet verklaard;
 - g. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen.
9. Bij de indicatiestelling moet de wijkverpleegkundige volgens het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving' van de V&VN de afweging maken wat u en uw netwerk zelf kan oplossen. Dit betekent dat de wijkverpleegkundige onder andere het netwerk van u in kaart brengt en vervolgens afweegt welke zorg op grond van belasting en belastbaarheid redelijkerwijs wel en/of niet van hen verwacht mag worden. De zorg die redelijkerwijs van hen verwacht mag worden, mag in een 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.

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

Wij kunnen deze overeenkomst(en) bij u opvragen. Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op [zilverenkruis.nl](https://www.zilverenkruis.nl).
2. U dient er als verzekerde op toe te zien dat partner, bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad waarmee u een overeenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, niet meer dan veertig uur in één week voor de verzekerde aan werkzaamheden verrichten. Op 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 zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoopt. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.
4. Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt is een nieuwe indicatiestelling door de verpleegkundige noodzakelijk. Dit kan zowel gaan om een verslechtering als een verbetering van uw gezondheidssituatie. U moet dan per direct een nieuwe indicatie aanvragen en een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. U dient deel II van het aanvraagformulier Zvw-pgb op te sturen als:
 - u van zorgverlener(s) verandert,
 - er wijzigingen zijn in uw keuze van zorgverlener, of
 - als de zorgverlener Zorg in Natura en zorg via het pgb aan u levert.

Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan, indien dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude Zvw-pgb wordt (her)berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 6.6. Het nieuwe Zvw-pgb wordt berekend per de ingangsdatum van dit nieuwe Zvw-pgb.

U bent verplicht om minstens eenmaal per jaar mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige, die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, dan bent u verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een aanvraagformulier in te vullen en in te dienen.
5. U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in overeenstemming is met de uren die zijn toegekend in de toekenningsverklaring.
6. U bent verplicht om een (bij voorkeur digitaal, zoals Nedap) dossier Zvw-pgb te beheren en na het beëindigen van het Zvw-pgb voor minimaal 5 jaar te bewaren. Dit dossier bevat tenminste:
 - a. de volledige pgb-aanvraagformulierenset inclusief bijlagen, indicatie en zorgovereenkomsten,
 - b. facturen en urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat,
 - c. bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB),
 - d. kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties.
 - e. een beschikking van de rechtbank als u een wettelijk vertegenwoordiger heeft.
 - f. uw zorgplan en de administratie over de doelstellingen en evaluatiemomenten.
7. U bent voorts verplicht om gegevens uit dit dossier zo spoedig mogelijk aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen. Ook als de Sociale Verzekeringsbank (SVB) aan uw zorgverleners betaalt, moet u zelf dit dossier beheren.
8. U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige, huisarts 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 het nodig is voor een juiste uitvoering van uw verzekering. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze inhoudsdeskundige medisch adviseur.
9. Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toekenningsverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de (maximaal tot de vermelde einddatum van de indicatie) geldige toekenningsverklaring over. U dient deze wel zelf op te sturen naar de nieuwe zorgverzekeraar. Het vermelde aantal uren voor verpleging en verzorging blijft gelijk. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken omdat iedere zorgverzekeraar haar eigen tarieven hanteert. Wij adviseren u om deze toekenningsverklaring te bewaren zolang hij geldig is. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen. Na overstap gelden verder de voorwaarden uit het reglement van de nieuwe zorgverzekeraar.
10. U dient elke wijziging van (wettelijke) vertegenwoordiger aan ons door te geven via het aanvraagformulier Zvw-pgb deel II, die u kunt vinden op [zilverenkruis.nl](https://www.zilverenkruis.nl) of bij ons op kunt vragen.
11. U bent verplicht om mee te werken aan een Bewuste Keuze Gesprek (BKG) of een huisbezoek (aangekondigd/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 conform het door ons opgestelde privacy statement, welke u kan vinden 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 4.4.

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