

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. A.I.M. van Mierlo, L. Ritzema en drs. J.W. Heringa)

Zaaknummer: 202302397

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker, in zijn hoedanigheid van wettelijk vertegenwoordiger, hierna te noemen: verzekerde, vertegenwoordigd door C te B,

en

- 1) Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht,
 - 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat verzekerde ook na 14 juli 2021 aanspraak heeft op een PGB vv op basis van totaal 80 uren per week. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat aanspraak bestaat op een PGB vv op basis van 23 uren en 55 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 38 uren en 50 minuten Verpleging per week, een en ander conform de door de indicierend wijkverpleegkundige gestelde indicatie.
- 1.2. De commissie beslist tot afwijzing van het verzoek. De ziektekostenverzekeraar heeft naar aanleiding van de aanvraag van 18 maart 2021 de juiste procedure gevolgd en contact gezocht met de indicierend wijkverpleegkundige. In vervolg op dit contact heeft de indicierend wijkverpleegkundige de gestelde indicatie verlaagd met ingang van 14 juli 2021. De ziektekostenverzekeraar heeft een PGB vv toegekend op basis hiervan. Verzekerde kan geen aanspraak maken op meer uren dan zijn geïndiceerd. Indien verzoeker van mening is dat verzekerde is aangewezen op meer uren zorg, dient hij zich te wenden tot de indicierend wijkverpleegkundige.
- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij brief van 23 augustus 2023 de commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 4 september 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 12 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar een voorstel gedaan om het geschil op te lossen. Een kopie van deze brief is op 17 oktober 2023 aan verzoeker gestuurd, met de vraag of hiermee het geschil is opgelost. Bij brief van 27 oktober 2023 heeft verzoeker meegedeeld dat het geschil nog niet is opgelost, waarop de ziektekostenverzekeraar is verzocht om een aanvullende reactie. Bij brief van 14 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan

dit verzoek voldaan. Een kopie van deze brief is op 16 november 2023 aan verzoeker gezonden, met de vraag hierop te reageren. Bij brief van 27 november 2023 heeft verzoeker gereageerd. Een kopie van deze brief is op 29 november 2023 naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

- 2.3. Bij brief van 18 januari 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023050111) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 19 januari 2024 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Na ontvangst van het voorlopig advies van het Zorginstituut heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 22 januari 2024 aanvullende informatie gestuurd. Deze informatie is op 23 januari 2024 ter kennisname aan verzoeker gezonden. Bij brief van 2 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar inhoudelijk commentaar gegeven op het geschil. Een afschrift hiervan is op 6 februari 2024 ter kennisname aan verzoeker gestuurd.
- 2.5. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 13 maart 2024 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 21 maart 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 18 januari 2024 aanpassing behoeft. Bij brief van 11 april 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Dit advies is op 12 april 2024 verzonden aan partijen, met de mogelijkheid hierop binnen tien dagen te reageren. Zij hebben van deze gelegenheid geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzekerde was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend twee sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzekerde is bekend met diverse lichamelijke problemen, waarvoor hij Persoonlijke Verzorging en Verpleging ontvangt die door zijn ouders aan hem wordt verleend. Verzekerde heeft in dat kader al enige jaren een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Omdat de indicatie van verzekerde afliep, heeft verzoeker een wijkverpleegkundige gevraagd een nieuwe indicatie te stellen. In vervolg hierop is bij de ziektekostenverzekeraar op 7 januari 2021 een aanvraag ingediend op basis van 87 uren Persoonlijke Verzorging per week en 23 uren en 55 minuten Verpleging per week. Deze aanvraag betrof de periode van 1 februari 2021 tot en met 1 februari 2023. Op 18 maart 2021 is een indicatie gesteld door een tweede wijkverpleegkundige, voor hetzelfde aantal uren. Ook hiervoor is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend. Deze aanvraag betrof eveneens de periode van 1 februari 2021 tot en met 1 februari 2023.
- 3.3. Bij brief van 23 juni 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat verzekerde een PGB vv wordt toegekend op basis van 18 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 43 uren en 50 minuten Verpleging per week. Dit betrof een tijdelijke indicatie voor de periode van 1 april 2021 tot en met 13 juli 2021. Bij brief van 6 juli 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat verzekerde een PGB vv wordt toegekend op basis van 23 uren en 55 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 38 uren en 50 minuten Verpleging per week. De toekenning betrof de periode van 14 juli 2021 tot en met 13 juli 2022.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 1 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

- 3.5. Bij brief van 12 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat verzekerde voor de periode 1 februari 2021 tot en met 13 juli 2021 een PGB vv wordt toegekend op basis van 20 uren Persoonlijke Verzorging per week en 60 uren Verpleging per week. Bij brief van 27 oktober 2023 heeft verzoeker meegedeeld dat hij kan instemmen met een PGB-vergoeding op basis van totaal 80 uren per week voor de periode van 1 februari 2021 tot en met 13 juli 2021. Hij wenst dit aantal uren echter ook vanaf 14 juli 2021. Bij brief van 14 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat verzekerde geen aanspraak heeft op meer dan 23 uren en 55 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 38 uren en 50 minuten Verpleging per week vanaf 14 juli 2021.
- 3.6. Bij brief van 18 januari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.7. Bij brief van 11 april 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is ook na 14 juli 2021 ten behoeve van verzekerde een PGB vv toe te kennen op basis van totaal 80 uren per week.
- 4.2. Verzoeker heeft hiertoe bij brief van 23 augustus 2023 aangevoerd dat verzekerde bekend is met een POGZ-mutatie passend bij White-Sutton syndroom. Tevens is sprake van Obstructief Slaapapneu Syndroom (OSAS) op basis van glossoptosis type II gecombineerd met laryngotracheomalacie waarvoor MyAirvo2 gedurende de nacht. Verder heeft verzekerde centrale apneu's door een congenitale hersenstamafwijking waarvoor hij continu twee liter zuurstof krijgt. Ook heeft hij Centraal Slaap Apneu Syndroom (CSAS), Pathological Demand Avoidance (PDA), Atriumseptumdefect (ASD) en hypertrofie van de tricuspidalisklep. Door een slikstoornis en ernstige Gastroesofageale reflux (GER) bestaan voedingsproblemen, waarvoor een duodenumsonde en sondevoeding nodig zijn. Verzekerde heeft hypotonie, microcephalie en een ontwikkelingsachterstand. Het MRI cerebrum van 3 augustus 2017 toont een microcefal brein met smal aspect van de hersenstam en geen evidente focale aanlegstoornis. Verzekerde heeft epilepsie en er is bij hem ook sprake van gehoorverlies. Verzekerde heeft om de twee à vijf dagen een ademstilstand. Zijn ouders en de verpleegkundigen beademen hem dan met een ambuballon met 15 liter zuurstof, waarna hij er meestal zelf bovenop komt. Voorts heeft verzekerde af en toe saturatie dips. In het algemeen is hij rustig, slaapt hij veel en laat hij het merken als hij ongemak ervaart. Hij heeft altijd epilepsie. De artsen zeggen dat zij het topje van de ijsberg zien.
- 4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 23 juni 2021 aan verzoeker meegedeeld dat verzekerde een tijdelijke indicatie krijgt van 1 april 2021 tot en met 13 juli 2021 op basis van 18 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging en 43 uren en 50 minuten Verpleging per week. Verzoeker is van mening dat dit totaal 80 uren per week dient te zijn. In de beslissing van 6 juli 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat verzekerde vanaf 14 juli 2021 tot en met 13 juli 2022 een PGB vv ontvangt op basis van 23 uren en 55 minuten Persoonlijke Verzorging en 38 uren en 50 minuten Verpleging per week. Verzoeker heeft echter voor het jaar 2019 een minnelijke schikking met de ziektekostenverzekeraar gesloten voor aanvulling tot 80 uren PGB vv per week voor Persoonlijke Verzorging en Verpleging tezamen en verzoeker is van mening dat dit ook voor 2021 heeft gegolden. De argumentatie hiervoor is dat de medische onderbouwing en de verpleegkundige rapportage ook aanleiding geven om totaal 80 uur te vergoeden, maar de ziektekostenverzekeraar weigert dit om onbekende reden(en).
- 4.4. Verzoeker merkt op dat hij er niet voor kiest gebruik te maken van de nieuw berekende uren en dat hij bij de herindicatie nog geen nieuwe aanvraagformulieren heeft ingevuld. De ziektekostenverzekeraar heeft meegedeeld dat deze nodig zijn om de herindicatie te verwerken,

maar dit is niet correct. De ziektekostenverzekeraar heeft namelijk naar aanleiding van een nieuw zorgplan de indicatie-aanvraag heroverwogen, en er is geen sprake van een herindicatie. Ook de kinderverpleegkundige heeft geen nieuw aanvraagformulier verzonden. Het gaat immers nog steeds om de aanvraag van 22 januari 2019. Op basis van die aanvraag kon de ziektekostenverzekeraar een van de aanvraag afwijkende beslissing nemen. Verzoeker ging er derhalve van uit dat de ziektekostenverzekeraar na heroverweging kan herindiceren. Verzoeker heeft bij zijn brief van 17 mei 2019 alsnog een aangepaste toekenningsbeschikking gevraagd.

- 4.5. Verzoeker vindt het vreemd dat de ziektekostenverzekeraar tot een lager aantal goedgekeurde uren zorg komt dan eerder. De gezondheidstoestand van verzekerde is verslechterd. Hij heeft daardoor juist meer zorg nodig (zoals ook de kinderverpleegkundige heeft geïndiceerd). Toch geeft de ziektekostenverzekeraar in de afwijzing alleen het standpunt weer, zonder dat hij dit heeft onderbouwd, begrijpelijk heeft gemaakt en/of inzichtelijk heeft gemaakt. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar de geïndiceerde uren nader dient te onderzoeken en dat hij zijn beslissing moet onderbouwen.
- 4.6. In een brief van de ziektekostenverzekeraar van 8 april 2019 staat een toelichting bij het halveren van het aantal uren voor toezicht. Er zou landelijk zijn afgesproken voor toezicht maximaal twee uren per dag te vergoeden, omdat het toezicht bij kinderen onder de 5 jaar wordt gezien als ouderlijk toezicht. In het geval van verzekerde is gekozen voor 3 uren en 5 minuten, wat de helft is van wat is geïndiceerd. Er was kennelijk aanleiding en noodzaak voor het bieden van toezicht in de situatie van verzekerde, maar verzoeker is het niet eens met de willekeur van het vergoeden van de helft van het geïndiceerde aantal uren. Verzekerde heeft 24 uren per dag actief toezicht nodig met de noodzaak om direct in te kunnen grijpen. Ook gedurende de nacht biedt een zorgverlener deze vorm van actief toezicht. Dit is derhalve geen ouderlijke zorg en bij het indiceren is hiermee al rekening gehouden. Naast de wisselgigging moet verzekerde volledig worden geholpen met het in bed zetten en vastzetten, in- en uit de wandelwagen zetten, in bed leggen en uit bed halen en op de vloer of bank leggen. Dit inclusief het meenemen van alle onderdelen en apparatuur en het controleren van aansluitingen. Ware het de bedoeling om dit allemaal onder de wisselgigging te scharen, dan dient de tijd naar de mening van verzoeker te worden verhoogd met de tijd die vermeld staat bij de transfers. De tijd voor die wisselgigging is 60 minuten per dag voor tussen de 12 en 18 wisselingen van houding. Het is niet juist dit zonder extra tijd onder de transfers te brengen. Het aantal aanvallen per dag en per week is moeilijk te voorspellen. Er zit volgens de verklaring van de kinderneuroloog wel een regelmaat in. Verzekerde heeft per dag ongeveer 30 kleine aanvallen. Hij moet dan worden gestimuleerd om hieruit te komen, zodat grotere aanvallen worden voorkomen. De hiervoor geïndiceerde zorg van 30 minuten per week is aan de lage kant. Deze tijd dient alsnog te worden goedgekeurd.
- 4.7. In zijn brief van 27 oktober 2023 heeft verzoeker aanvullend verklaard dat een klacht is ingediend voor de jaren 2020 en 2022. De ziektekostenverzekeraar heeft een voorstel gedaan voor een schikking voor een ander jaar en voor een gedeelte van een bepaalde periode, namelijk vijf maanden. Het is verzoeker niet duidelijk op basis waarvan een voorstel wordt gedaan voor de periode van 1 februari 2021 tot en met 13 juli 2021. Verzoeker kan instemmen met een PGB vv op basis van totaal 80 uren per week, maar onduidelijk is waarom deze toekenning niet ook kan gelden voor de periode na 14 juli 2021. Verder merkt verzoeker op dat het contact met de wijkverpleegkundige heeft plaatsgevonden zonder overleg met hem of met zijn toestemming. Dit contact is ook niet in overeenstemming met uitspraken van de commissie hieromtrent. De wijkverpleegkundige heeft verklaard dat de nachtzorg uit de handelingen kan worden gehaald. Verzekerde heeft evenwel gedurende 24 uren per dag, dus ook in de nachtelijke uren, intensieve verpleging en toezicht nodig. De nachtzorg kan daarom niet van de geïndiceerde uren worden afgehaald, en waarom hiermee is ingestemd is niet door de wijkverpleegkundige gemotiveerd.
- 4.8. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat in het voorlopig advies van het Zorginstituut staat dat een aanvraag is gedaan op 9 maart 2021. Dit is een verschrijving en moet zijn 18 maart 2021. Verder heeft hij opgemerkt dat hij de uitleg en relevantie en noodzaak

van het eraf halen van de uren nachtzorg mist. Hij mist verder de context van deze gesprekken. De vraag is of de ziektekostenverzekeraar terecht is overgegaan tot toekenning van dit aantal uren.

Verzoeker heeft ook contact gehad met de indicierend wijkverpleegkundige, die niet zou voldoen aan de voorwaarden. Zij heeft verklaard bij andere verzekerden ook indicaties te hebben gesteld, en daarmee ging de ziektekostenverzekeraar wel akkoord. De vraag is waarom dit bij verzekerde anders is gelopen. De situatie van verzekerde is 's nachts hetzelfde als overdag. Het is goed dat hij een monitor heeft, maar dit apparaat is te laat als er een ademstop is. Verzekerde heeft vaak in het ziekenhuis gelegen.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzekerde met ingang van 14 juli 2021 geen aanspraak heeft op meer uren zorg dan 23 uren en 55 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 38 uren en 50 minuten Verpleging per week. Hij heeft bij brief van 14 november 2023 toegelicht dat voor de periode van 1 februari 2021 tot en met 13 juli 2021 20 uren Persoonlijke Verzorging per week en 60 uren Verpleging per week zijn toegekend. De ziektekostenverzekeraar ziet geen aanleiding tot aanpassing van de toegekende uren voor de periode vanaf 14 juli 2021. Vanaf 14 juli 2021 is namelijk over het aantal uren overeenstemming bereikt tussen de indicierend wijkverpleegkundige en de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar. Verzekerde heeft met ingang van 1 februari 2023 een indicatie op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz).
- 5.2. In zijn brief van 27 oktober 2023 schrijft de gemachtigde dat verzoeker een klacht heeft ingediend voor het PGB vv met betrekking tot de jaren 2020 en 2022. Dit verbaast de ziektekostenverzekeraar. In de klachtbrief van 23 augustus 2023, gericht aan de SKGZ, schrijft gemachtigde dat een nieuw geschil is ontstaan vanwege de beslissing van de ziektekostenverzekeraar van 1 september 2022. Hij sluit af met de volgende conclusie: *"Cliënt concludeert dat Zilveren Kruis ten onrechte en op onjuiste gronden heeft besloten dat de Zvw-pgb per 1 februari 2021 t/m 13 juli 2022 dient te bedragen in totaal 80 uur per week, waarvan 21 uur en 45 minuten aan persoonlijke verzorging en 58 uur en 15 minuten aan verpleging per week."* In zijn klacht van 3 augustus 2023 geeft gemachtigde ook duidelijk aan dat verzoeker het niet eens is met het toegekende PGB vv voor het jaar 2021. Er wordt met geen woord gerept over de jaren 2020 en 2022. Het jaar 2020 valt daarmee sowieso buiten het onderhavige geschil.
- 5.3. De indicatie liep af op 1 februari 2021. Gedateerd op 7 januari 2021 stelde de indicierend wijkverpleegkundige een indicatie voor de periode van 1 februari 2021 tot en met 1 februari 2023. Artikel 5, derde lid, onder b, van het 'Zvw pgb reglement 2021' stelt als voorwaarde dat de indicatiesteller werkzaam moet zijn voor een zorgverlener die aangesloten is bij de Brancheorganisatie Integrale Kindzorg (BINKZ). Omdat de indicierend wijkverpleegkundige niet voldeed aan deze voorwaarde is later, op 9 maart 2021, een indicatie gesteld door een andere wijkverpleegkundige. De ziektekostenverzekeraar heeft gehandeld in lijn met het beoordelingskader van de commissie. De ziektekostenverzekeraar kon zich aanvankelijk niet vinden in de indicatie van de indicierend wijkverpleegkundige. Vervolgens heeft contact (telefonisch en per e-mail) plaatsgevonden. Dat overleg heeft geleid tot overeenstemming tussen de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar en de indicierend wijkverpleegkundige over de gewijzigde indicatie. Over de nachtzorg is op 8 juni 2021 het volgende met de indicierend wijkverpleegkundige besproken:

"(...) Daarnaast de nachtzorg: monitoring gebeurt eigenlijk via saturatiemeter en ik vroeg hoe ze kwam om zo de nachten te indiceren. Kwam eigenlijk van de vorige indicatiesteller die ze had gesproken en dat heeft ze overgenomen. Ik zei wat is dan het verschil met overdag alleen handelingen indiceren en in de nacht volledig, daar wist de indicatiesteller niet het antwoord op en was het wel met mij eens om alleen de handelingen te indiceren en het toezicht wordt gedaan door de saturatiemeter."

Het voorgaande betekent dat verzekerde vanaf 14 juli 2021 geen aanspraak heeft op meer dan 23 uren en 55 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 38 uren en 50 minuten Verpleging per week.

- 5.4. In het nader commentaar van 2 februari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar herhaald dat er in het kader van de beoordeling van de aanvraag contact is geweest tussen de indicierend wijkverpleegkundige en de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar. De indicierend wijkverpleegkundige is akkoord gegaan met de bijstelling van het aantal uren naar 23 uren en 55 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 38 uren en 50 minuten Verpleging per week. De geschilprocedure in 2020 over het PGB vv van 2019 resulteerde in toekenning van een PGB vv op basis van totaal 80 uren per week. Deze toekenning had enkel betrekking op het jaar 2019, en niet op de jaren daarna.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat de indicierend wijkverpleegkundige in het verleden heeft gewerkt voor Allercare. Die organisatie is aangesloten bij Binks. Daarna is zij ZZP'er geworden en voldeed zij vanaf dat moment niet meer aan de voorwaarden. Toen is de andere wijkverpleegkundige in beeld gekomen met haar indicatie van 18 maart 2021. Over de nachtzorg is in de brief van 14 november 2023 een toelichting gegeven. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat op 9 maart 2021 de indicatie is besproken met de familie. Het formulier is vervolgens ondertekend op 18 maart 2021. De verpleegkundigen van de ziektekostenverzekeraar realiseren zich de ernst van de situatie zeker. Dat is ook de reden dat er vanuit hen is geadviseerd een Wlz-indicatie aan te vragen. Bij de vraag of een huisbezoek noodzakelijk is, wordt gekeken naar de toegevoegde waarde van een dergelijk verzoek. Deze meerwaarde werd in het onderhavige geval niet gezien. Er is in samenspraak met de indicierend wijkverpleegkundige gekomen tot een aantal uiteindelijk toegekende uren.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 18 januari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"U hebt Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) op 3 december 2023 om advies gevraagd over het geschil tussen verzoeker en verweerder. Het Zorginstituut heeft het dossier beoordeeld en is tot de conclusie gekomen dat het dossier niet compleet is. Het dossier bevat geen zorgplan behorend bij de PGB vv aanvraag van 9 maart 2021, waar het geschil op ziet. Het Zorginstituut heeft reeds verzocht het zorgplan toe te voegen aan het dossier, maar dit is niet gebeurd.

Verpleging en verzorging kan op grond van het Besluit zorgverzekering (Bzv) onder zorg uit het basispakket vallen als sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en de zorg wordt geleverd 'in de eigen omgeving' van de verzekerde. Deze zorg moet verband houden met 'een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop', zoals omschreven in artikel 2.10 van het Bzv (geneeskundige context). De wijkverpleegkundige is als zorgprofessional verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en het bepalen van de in dat kader noodzakelijke zorg. Het is daarbij aan de wijkverpleegkundige om in het zorgplan zo helder mogelijk te onderbouwen hoe zij tot deze indicatiestelling komt.

Zonder zorgplan kan het Zorginstituut niet beoordelen of een verzekerde aanspraak kan maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering. Het Zorginstituut kan derhalve geen advies uitbrengen in dit geschil. Mocht het zorgplan, behorend bij de PGB vv aanvraag van 9 maart 2021, alsnog aan het dossier worden toegevoegd dan kan het geschil opnieuw aan het Zorginstituut worden voorgelegd."

- 6.2. In het definitief advies van 11 april 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

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

Niet in geschil is de vraag of de geïndiceerde zorg, zorg is zoals verpleegkundigen die plegen te bieden of plaatsvindt in een geneeskundige context. Het geschil betreft de aanpassing van het aantal geïndiceerde uren nachtzorg. Het advies van het Zorginstituut is echter beperkt tot een beoordeling van de aanspraak op grond van de basisverzekering. Het Zorginstituut kan dan ook geen zorginhoudelijk advies geven over het aantal geïndiceerd[e] uren. Daarnaast behoort het niet tot de adviestaak van het Zorginstituut om vast te stellen of de indicierend kinderverpleegkundige terecht akkoord is gegaan met de aanpassing van de uren. Mocht dit het geval zijn, dan betekent dat dat deze zorg geen deel meer uitmaakt van de indicatie en dat verzoeker geen aanspraak kan maken op een PGB vv voor deze zorg.

Wel merkt het Zorginstituut op dat zorg beschreven in het zorgplan van 18 maart 2021, zorg is zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en plaatsvindt in een geneeskundige context. Dit geldt ook voor de zorg gedurende de nacht.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan worden geconcludeerd dat het Zorginstituut geen adviestaak heeft in het geschil. Het Zorginstituut merkt alleen op dat de zorg zoals omschreven in het zorgplan van 18 maart 2021 zorg is zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en plaatsvindt in de geneeskundige context.

Het advies

Het Zorginstituut heeft geen adviestaak in het geschil en brengt geen advies uit."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. 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.
- 8.2. In zijn brief van 23 augustus 2023 heeft de gemachtigde van verzoeker het verzoek aldus geformuleerd: "Cliënt concludeert dat Zilveren Kruis ten onrechte en op onjuiste gronden heeft besloten dat de Zvw-pgb per 1 februari 2021 t/m 13 juli 2022 dient te bedragen in totaal 80 uur per week, waarvan 21 uur en 45 minuten aan persoonlijke verzorging en 58 uur en 15 minuten aan verpleging per week." In zijn brief van 27 oktober 2023 merkt gemachtigde op: "Ten eerste heeft cliënt de klacht ingediend voor de PGB over de periode 2020 en 2022. Zilveren Kruis doet nu een voorstel voor een schikking voor een ander jaartal en een gedeelte van een bepaalde periode, namelijk 5 maanden. Het is cliënt en ondergetekende niet duidelijk op basis waarvan het voorstel voor de periode 1 februari 2021 tot en met 13 juli 2021 door Zilveren Kruis wordt gedaan. Op zich kan cliënt instemmen met 80 uur aan PGB vergoeding per week, zoals inderdaad ook na discussie tussen cliënt en Zilveren Kruis voor het jaar 2019 heeft gegolden, maar dan nog is onduidelijk waarom de betreffende toekenning niet kan gelden voor de periode na 14 juli 2021." De zijdens verzoeker overgelegde stukken hebben betrekking op het jaar 2021. Verder is informatie toegevoegd met betrekking tot de jaren 2018 en 2019, ter onderbouwing van de ernst van de aandoening van verzekerde. Gelet hierop houdt de commissie het ervoor dat het verzoek

ziet op de aanvraag van 18 maart 2021. De eerste periode van deze aanvraag loopt tot en met 13 juli 2021 en is volledig door de ziektekostenverzekeraar toegekend. Het geschil kan daarom enkel nog betrekking hebben op het toegekende PGB vv voor de periode van 14 juli 2021 tot en met 1 februari 2023. Vanaf 1 februari 2023 heeft verzekerde een Wlz-indicatie.

- 8.3. De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld in artikel B.28 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het PGB vv is een financieringsvorm die nader is uitgewerkt in het 'Reglement Zvw-pgb' (hierna: het reglement). 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.
- 8.4. 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.
- 8.5. 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.
- 8.6. Naar aanleiding van de aanvraag van 18 maart 2021 heeft in juni 2021 op diverse momenten telefonisch contact en een e-mailwisseling plaatsgevonden met de indicierend wijkverpleegkundige. Op 28 juni 2021 is de indicierend wijkverpleegkundige akkoord gegaan met een verlaging van de geïndiceerde tijd, en wel tot 23 uren en 55 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 38 uren en 50 minuten Verpleging per week (plus drie uren zorg in natura). In het e-mailbericht is vermeld dat de ingangsdatum van de verlaagde indicatie twee weken later komt te liggen. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar, naar aanleiding van de aanvraag van 18 maart 2021, de juiste procedure heeft gevolgd. De stelling van verzoeker dat dit zonder overleg met hem en niet met zijn toestemming is gebeurd wordt gepasseerd. Indien de indicatiestelling vragen oproept bij de verzekeraar, is de zorgaanbieder die deze indicatiestelling heeft verricht het eerste aanspreekpunt en niet de persoon op wie de indicatie betrekking heeft, aangezien laatstgenoemde immers als leek met de indicatiestelling geen bemoeienis behoort te hebben. Het stellen van de indicatie behoort tot de professionele autonomie van de zorgaanbieder en het is om diezelfde reden dat een gestelde indicatie die geen vragen oproept in beginsel door de verzekeraar dient te worden gevolgd. De commissie overweegt vervolgens dat onder 8.3. is opgemerkt dat betrokkene naar inhoud en omvang redelijkerwijs op de zorg moet zijn aangewezen. Hieruit volgt in het onderhavige geval dat verzekerde geen aanspraak kan maken op meer uren zorg dan door de indicierend wijkverpleegkundige - na aanpassing - zijn geïndiceerd. Daarom bestaat vanaf 14 juli 2021 tot en met 1 februari 2023 geen aanspraak op meer dan 23 uren en 55 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 38 uren en 50 minuten Verpleging per week. Indien verzoeker van mening is dat verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op meer uren zorg per week, dient hij zich te wenden tot de indicierend wijkverpleegkundige.

Slotsom

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 7 mei 2024,

A.I.M. van Mierlo

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. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

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 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.28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel [B.17](#), [B.29](#) en [B.30](#) 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 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 behandelend arts vastgesteld dat de palliatieve terminale fase is aangebroken. De aard, inhoud en omvang van de zorg (inclusief de vaststelling van het aanbreken van de palliatieve terminale fase) wordt uitgewerkt in het zorgplan. De uitvoering moet plaatsvinden conform de inzichten uit het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- Bij gespecialiseerde verpleging moet een uitvoeringsverzoek worden opgesteld door de behandelend arts als het gaat om een voorbehouden handeling. Bij risicovolle handelingen moet aantoonbaar gemaakt worden dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd. De gespecialiseerde verpleging moet worden verleend door een BIG-geregistreerde verpleegkundige die bevoegd en bekwaam is voor de zorg die nodig is voor de aanpak. De aard, omvang en inhoud van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan.

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

- u heeft volgens dit artikel geen recht op kraamzorg. Dat wordt vergoed via artikel [B.33](#);
- 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).
- u heeft geen recht op zorg door inzet van het eigen (cliënt) netwerk (voorheen gebruikelijke zorg). Hieronder verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen en op basis van de belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen de zorgsituatie van de betrokkene in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten, tot wie gerekend worden, de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie cliënt duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

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 www.zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

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 de verklaring, waaruit blijkt dat de ingeschatte levensduur minder dan 3 maanden bedraagt. 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.29 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, diëtetiek 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.

Voorwaarden voor het recht op eerstelijns verblijf

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, SEH-arts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.
2. Wanneer uw verblijf langer dan 3 maanden gaat duren, moet u voor de 60e dag van uw verblijf vooraf toestemming bij ons aanvragen voor de verlenging van het verblijf na de eerste 3 maanden. Dit geldt niet indien er sprake is van palliatief terminale zorg.
3. U heeft vooraf toestemming van ons nodig wanneer u wilt verblijven bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf. Onderaan dit artikel vindt u meer informatie over hoe u dit aanvraagt.
4. Voor palliatief terminale zorg moet de uitvoering van zorg conform de inzichten uit de Zorgmodule palliatieve zorg (landelijk vastgesteld in 2013) of het kwaliteitskader palliatieve zorg plaatsvinden.
5. De eerstverantwoordelijke verpleegkundige is een verpleegkundige met minimaal deskundigheidsniveau 4.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op eerstelijns verblijf:

- a. wanneer u met een Wlz-indicatie de zorg verzilvert in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, modulair-pakket-thuis of een PGB of in een geclusterde woonvorm uw zorg krijgt. Het verblijf zal dan betaald worden vanuit de Wlz;
- b. wanneer er sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorg een adempauze te geven. Dit wordt betaald vanuit de Wmo;
- c. wanneer u jonger bent dan 18 jaar en geneeskundige geestelijke zorg nodig heeft. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.



Reglement Zvw-pgb

Ingangsdatum 1 januari 2021

**Voor Basis Budget
Basis Zeker en
Basis Exclusief**

[Bekijk online versie](#) →

Inhoudsopgave

1 Over het reglement	3
1.1 Waarom een reglement?	3
1.2 Hoe is het reglement tot stand gekomen?	3
1.3 Waarop is dit reglement van toepassing?	3
2 Doelgroep Zvw-pgb	4
3 Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb	5
4 Weigeringsgronden	6
5 Aanvraag Zvw-pgb	7
6 Toekenningsverklaring	9
7 Declareren van zorg	10
7.1 Voorwaarden voor declareren	10
7.2 Hoogte en omvang declaratie	10
7.3 Overige bepalingen ten behoeve van declareren	11
8 Verplichtingen	12
9 Herziening of intrekking	13
10 Beëindigen van het Zvw-pgb	14
10.1 Uw recht op het Zvw-pgb eindigt automatisch met ingang van de dag waarop:	14
10.2 Wij kunnen uw recht op het Zvw-pgb ook beëindigen:	14
11 Terugvordering	15
12 Begripsbepalingen	16

1 Over het reglement

1.1 Waarom een reglement?

In de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering staat waarop u recht heeft, maar niet tot in detail. Voor verpleging en verzorging in de eigen omgeving is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om voor deze zorg een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna te noemen Zvw-pgb) aan te vragen waarmee u zelf uw zorg kunt inkopen. In dit reglement vindt u meer informatie over het Zvw-pgb, de voorwaarden om hiervoor in aanmerking te komen, hoe u dit kunt aanvragen en informatie over de toekenning en het declareren van het Zvw-pgb. Dit reglement maakt onderdeel uit van uw polisvoorwaarden.

Bij tegenstrijdigheden tussen de polisvoorwaarden en het PGB-reglement heeft dit PGB-reglement voorrang.

1.2 Hoe is het reglement tot stand gekomen?

U heeft recht op verpleging en verzorging zoals deze is opgenomen in de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering, onder artikel B28 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal). Dit recht vloeit voort uit de meest recente versie van:

- a. De Zorgverzekeringswet;
- b. het Besluit zorgverzekering;
- c. de Regeling zorgverzekering;
- d. de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- e. interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- f. de 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.

Wij hebben deze nadere voorwaarden vastgesteld in dit reglement. Deze nadere voorwaarden zijn ontleend aan het gewijzigde artikel 2.15a van het Besluit.

1.3 Waarop is dit reglement van toepassing?

Het reglement Zvw-pgb is van toepassing, als u een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft, bij:

- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Basis Zeker, Basis Exclusief, en Basis Budget;
- Volmacht van Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), die onder naam en voor rekening van Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), basisverzekeringen uitvoert. Dat is One Underwriting B.V. (statutair gevestigd te Eindhoven);

Hierna te noemen: Zilveren Kruis.

Dit reglement kan tussentijds aangepast worden indien er zwaarwegende omstandigheden zijn die hiertoe aanleiding geven, zoals wijzigingen in wet- en regelgeving, overheidsmaatregelen of andere zaken.

2 Doelgroep Zvw-pgb

U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb als u:

1. 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.
Daarnaast dient u:
2. langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf
3. op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen te zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden.

Let op!

Onder 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).

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 rechtens 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. Er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door het eigen (cliënt) netwerk (voorheen: gebruikelijke zorg) en wat u en uw naasten zelf kunnen doen. Hieronder verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen, en op basis van de belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen de zorgsituatie van de betrokkene, in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten, tot wie gerekend worden, de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie cliënt duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

5 Aanvraag Zvw-pgb

1. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en (eventueel) een bewust keuze gesprek. U dient hiervoor de meest recente versie van het aanvraagformulier te gebruiken, dat u kunt vinden op onze website. U kunt dan in een persoonlijk gesprek uw Zvw-pgb aanvraag toelichten en wij kunnen u informeren wat de keuze voor een Zvw-pgb voor u betekent. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3 en niet voldoet aan de weigeringsgronden uit artikel 4, krijgt u toestemming voor een Zvw-pgb.
2. Als wij hierom vragen bent u verplicht nadere informatie te verstrekken (of uw verpleegkundige, dan wel huisarts te machtigen nadere informatie te verstrekken) aan onze medisch adviseur of orginhoudelijk adviseur.
3. a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar bent u in het bezit van een door een minimaal BIG-geregisteerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving en in uw aanwezigheid heeft opgesteld.
b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een minimaal BIG-geregisteerde HBO kinderverpleegkundige of een verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkundige. De indicatiesteller dient werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie Integrale 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 te worden opgesteld in de thuissituatie in aanwezigheid van uzelf (het kind) en de wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor).
4. De benodigde uren van de indicatie zijn gebaseerd op de tijd die nodig is voor zorgverlening door een formele zorgverlener onder normale omstandigheden. Er wordt daarbij geen rekening gehouden met de persoonlijke omstandigheden van degene die de zorg daadwerkelijk verleent of de omgeving waarin de zorg wordt verleend.
5. Als er sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, dient u aan te kunnen tonen hoe u er voor zorgdraagt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen (conform de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) te verrichten. Bij risicovolle handelingen moet aantoonbaar gemaakt worden dat deze in opdracht van een arts wordt uitgevoerd. Met deze verklaring kan door een minimaal BIG-geregisteerde hbo-verpleegkundige een indicatie worden opgesteld die voldoet aan de eisen van artikel 5.3.
6. 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. U en wij hebben de mogelijkheid om gebruik te maken van een tolk bij het voeren van het bewuste keuzegesprek en/of huisbezoek.
7. In het geval de zorg door informele zorgverleners wordt uitgevoerd, dient de inzet van het netwerk expliciet verdisconteerd te zijn in de formele indicatiestelling, waarbij gebruik gemaakt wordt van het dynamisch proces van 'verkenning van zelfredzaamheid van de cliënt en het cliëntsysteem, zoals in het Normenkader staat beschreven.
8. Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandeld arts toe te voegen, waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden. Indien een PTZ aanvraag verlengd moet worden is het vanaf 2 weken voor het einde van het aflopen van het bestaande Zvw-pgb mogelijk om een (her)indicatie te laten stellen. Wij raden u aan om na deze indicatiestelling de aanvraag zo spoedig mogelijk in te sturen.
9. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn: uw (wettelijke) vertegenwoordiger, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn. Ook mag de indicatie niet gesteld worden door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons gecontracteerde zorgverlener is.
10. Als u of wij vragen hebben over de indicatiestelling dan kunt u of wij deze vraag stellen aan de indicerende verpleegkundige. En als het gaat om zorg die geïndiceerd is, maar niet onder verpleging en verzorging in de eigen omgeving valt, zoals dat beschreven staat in artikel B28 van uw basisverzekering, dan kunnen wij de indicerende verpleegkundige vragen deze indicatie aan te passen.
11. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. 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. Voor de zorg die wij niet doelmatig vinden, kennen wij geen Zvw-pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij om een herbeoordeling van de indicatie vragen. Onder herbeoordeling wordt verstaan dat de verpleegkundige die de herbeoordeling uitvoert, overlegt met de verpleegkundige die de eerste indicatiesteller (intervisie) en na overleg past de 1e indicatiesteller eventueel de indicatie aan en deze wordt dan gevolgd. Als de indicatie niet voldoet aan de eisen die wij stellen in artikel 5.3a, dan vragen we u om een nieuwe indicatie op te vragen.
12. Op het aanvraagformulier dient u aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener(s) door ziekte, vakantie of anderszins.
13. Indien u heeft verbleven in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zorgverzekeringswet dan wel in een voorziening voor Eerstelijns Verblijf (ELV), kunt u weer gebruik maken van uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen, tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd. U heeft wel een nieuwe aanvraag nodig als u langer dan 60 dagen opgenomen bent in een Wlz-instelling, ziekenhuis of in een voorziening voor Eerstelijns Verblijf.

14. Indien u een combinatie wenst van Zorg In Natura (ZIN) en zorg via een Zvw-pgb dan is dat mogelijk. Daar stellen wij de volgende voorwaarden aan:
- a. De indicatie mag maar door 1 zorgverlener worden gesteld.
 - b. Vanuit het Zvw-pgb moet minimaal 1 zorgverlener worden betaald die niet door ons is gecontracteerd.
 - c. Zorg die aan u wordt geleverd door een door ons gecontracteerde aanbieder, wordt altijd rechtstreeks door de zorgverlener bij ons gedeclareerd en valt dus buiten uw Zvw-pgb. Het Zvw-pgb wordt hierop aangepast
- Een combinatie van zorgverlening door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener via restitutie en zorg via een Zvw-pgb is niet mogelijk.

6 Toekenningsverklaring

1. De ingangsdatum van een eerste toegekende Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb bij uw eerste aanvraag ook op een latere datum in laten gaan.
2. Als de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken, kunt u uw Zvw-pgb alleen behouden door opnieuw een Zvw-pgb aan te vragen. Uw nieuwe Zvw-pgb gaat op zijn vroegst pas in op de datum waarop wij uw volledig ingevulde aanvraagformulier hebben ontvangen. Vraag daarom tijdig vóór het verstrijken van de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring aan uw wijkverpleegkundige om het nieuwe aanvraagformulier met u in te vullen.
3. In de schriftelijke toekenningsverklaring of bevestiging via elektronische weg, die wij u toesturen, leggen wij de periode van toekenning van het Zvw-pgb en de hoogte van het budgetbedrag dat over deze periode maximaal wordt vergoed vast. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en zolang u een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe indicatie aanvragen bij uw wijkverpleegkundige en vervolgens een nieuwe pgb-aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5. Beschikt u al over een toekenningsverklaring met een looptijd van 5 jaar, dan blijft deze geldig tenzij de zorgvraag wijzigt.
4. Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-pgb gaan wij uit van aangevraagde uren Zvw-pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.
5. Het budget wordt per kalenderjaar (of deel van een kalenderjaar) berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld. U ontvangt hierover automatisch een bericht van ons.
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). Indien u meer zorg heeft gedeclareerd, dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel uitbetaalde pgb 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). Indien u meer zorg gedeclareerd heeft dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel uitbetaalde pgb terug te betalen.
7. De toekenning of afwijzing 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 bij deze zorgverlener(s) uw zorg blijft afnemen.
9. Op ons besluit is de klachten- en geschillenregeling van de algemene polisvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing. Meer informatie hierover vindt u in artikel 18 van de algemene voorwaarden van uw basisverzekering. Tijdens de behandeling van uw klacht en tijdens de behandeling bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) zorgen wij, indien nodig in overleg met u, er voor dat u de benodigde zorg ontvangt. U houdt recht op verpleging en verzorging in de vorm zorg in natura of restitutie, zoals in artikel B28 van uw basisverzekering is beschreven.

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. De nota's die u ontvangt van de zorgverleners, waar u op basis van uw Zvw-pgb een overeenkomst mee heeft gesloten, controleert u en dient u bij ons in. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de door ons afgegeven toekenningsverklaring mag gedeclareerd worden. Voor de declaratie van uw nota's gebruikt u de daartoe bestemde formulieren. U kunt deze formulieren vinden op www.zilverenkruis.nl of bij ons opvragen. Als wij constateren dat de gedeclareerde zorg niet in lijn is met de toekenningsverklaring, dan behouden wij ons het recht voor om deze gedeclareerde zorg achteraf alsnog af te wijzen.
3. Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Wij verlenen geen voorschot.
4. Door inzending van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg. In de algemene voorwaarden van uw zorgverzekering artikel 5.4 stellen wij verplichtingen als u zelf nota's declareert. Hier is omschreven waaraan een nota moet voldoen om in aanmerking te komen voor vergoeding
5. Het declareren van vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten (afgerond op 5 minuten) mag worden gedeclareerd.
6. Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen 3 maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Hiermee kunt u een actueel beeld houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.
7. Indicatiestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in artikel 2 beschreven, casemanagement en verpleegkundige dagopvang en verblijf bij kinderen met een intensieve zorgvraag worden niet vergoed uit het Zvw-pgb. Deze zorg zal afhankelijk van uw basisverzekering als zorg in natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed op basis van artikel B29 van uw basisverzekering.

7.2 Hoogte en omvang declaratie

Voor de besteding van het budget, declaratie en vergoeding van de zorg worden verschillende tarieven gehanteerd voor formele zorgverleners en informele zorgverleners.

Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

Omschrijving	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	€ 34,20	€ 2,85
Verpleging	€ 53,04	€ 4,42

Voor informele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

Omschrijving	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	€ 23,52	€ 1,96
Verpleging	€ 23,52	€ 1,96

1. Onder **informele zorgverleners** vallen zorgverleners die:
 - a. Een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad is en/of;
 - b. niet is ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
 - c. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorg verlenende organisatie in het Handelsregister.
2. **Formele zorgverleners** zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in artikel 7.2.1 genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt. Alleen de AGB-codes uit de categorieën 41 zzp-er wijkverpleging, 42 zorgaanbieders, 75 thuiszorginstellingen, 91 verpleegkundigen of 98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars worden geaccepteerd. Uw zorgverlener moet daarnaast beschikken over het juiste diploma (verzorgende/verpleegkundige) 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.
3. Zowel het formele als het informele tarief zijn "all-in tarieven". Dit betekent dat u naast het tarief geen andere kosten kunt declareren, zoals reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en andere werkgeverslasten.

7.3 Overige bepalingen ten behoeve van declareren

1. U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig uitbetalen 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 controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgverleners die u hebt gecontracteerd en in lijn is met uw toekenningsverklaring. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en rechtmatigheid 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 Zvw-pgb wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende budgetperiode.
4. Wij vergoeden geen nota's meer uit uw budget als de maximale hoogte van het toegekende jaarbudget of maximaal aantal toegekende uren uit uw Zvw-pgb is bereikt, of naar rato als het Zvw-pgb voortijdig wordt beëindigd. Eventueel te veel uitbetaalde declaraties worden door ons rechtstreeks bij u teruggevorderd.
5. In de algemene voorwaarden van uw zorgverzekering is opgenomen in artikel 6.10 en 7.10 dat wij openstaande bedragen aan verplicht of vrijwillig eigen risico mogen verrekenen met uw Zvw-pgb declaraties. Daarnaast is in artikel 9.2 opgenomen dat wij achterstallige premie mogen verrekenen met uw Zvw-pgb declaraties.
6. Als u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgverleners inhuren, is dat alleen mogelijk op basis van het informele tarief.
7. Wij betalen de nota's alleen uit aan het bij ons bekende rekeningnummer van u (verzekeringnemer). Wij betalen dus niet rechtstreeks uit aan zorgverleners e.a.

8 Verplichtingen

- 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 www.zilverenkruis.nl.
- 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.
- U bent zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoop. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.
- 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 dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, u verplicht bent om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een aanvraagformulier in te vullen en in te dienen.
- 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.
- 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-aanvraagformulieren 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.
- 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.
- 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 medisch adviseur of zorginhoudelijk adviseur.
- 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, verzorging en MSVT 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.
- U dient elke wijziging van (wettelijke) vertegenwoordiger aan ons door te geven via het aanvraagformulier Zvw-pgb deel II, die u kunt vinden op www.zilverenkruis.nl of bij ons op kunt vragen.
- 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 controledoelinden. 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.
- Als u alleen zorg inkoop 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.

9 Herziening of intrekking

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

1. u niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden;
2. u voldoet aan een van de weigeringsgronden;
3. u niet voldoet aan de in dit reglement gestelde verplichtingen en voorwaarden;
4. u recht heeft op zorg vanuit de Wet langdurige zorg;
5. u om beëindiging van het Zvw-pgb verzoekt;
6. u langer dan twee maanden verblijft in een instelling i.v.m. zorg die ten laste komt van de basisverzekering;
7. 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;
8. u de informatie die wij bij u opvragen niet, dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
9. u niet meewerkt aan een dossieronderzoek (o.a. een huisbezoek);
10. er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen;
11. u gedurende de looptijd van het Zvw-pgb een nieuwe (wettelijke) vertegenwoordiger aanwijst, dan wel voor het eerst met een (wettelijke) 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 (wettelijke) vertegenwoordiger direct door te geven via het aanvraagformulier Zvw-pgb deel II, die u kunt vinden op www.zilverenkruis.nl.
12. u Zorg in Natura afneemt bij zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier hebt aangegeven.

Na uw ontslag uit de betreffende instellingen, zoals genoemd onder 6. kunt u opnieuw een Zvw-pgb aanvragen. In de situaties zoals beschreven onder 1, 2, 4, 5, 11 en 12 moet u zelf aangeven dat het Zvw-pgb beëindigd moet worden. U kunt daarvoor gebruik maken van het aanvraagformulier Zvw-pgb deel II dat u kunt vinden op www.zilverenkruis.nl of bij ons kunt opvragen. Voor de situatie zoals beschreven onder 6, kunt u weer gebruik maken van uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen. Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag na de opname is gewijzigd, moet u een nieuwe indicatiestelling aanvragen bij de verpleegkundige. In dat geval vragen wij u wel een volledig nieuwe pgb-aanvraag in te dienen.

10 Beëindigen van het Zvw-pgb

10.1 Uw recht op het 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 inkoop 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 het 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 3.1 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 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden):
 - niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is,
 - bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
 - blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres,
 - zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen,
 - valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard,
 - anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen,
 - 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. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt,
- 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.

11 Terugvordering

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

12 Begripsbepalingen

Gespecialiseerde verpleging

Gespecialiseerde verpleging is zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden met het oog op herstel van gezondheid, of voorkomen van verergering van ziekte of aandoening door onder andere verlichting van lijden en ongemak. Deze verpleging houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Observatie/monitoring, de met verpleging vervlochten persoonlijke verzorging en begeleiding -waaronder hulp bij chronische gezondheidszorgproblemen en/of complexe zorgvragen - vallen ook onder deze prestatie. Hieronder valt ook de met gespecialiseerde verpleging vervlochten directe contacttijd bij beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg. Hetzelfde geldt voor regie en coördinatie bij multidisciplinaire zorgverlening en ondersteuning en instructie rondom zaken die in directe relatie staan met de zorgbehoefte van de patiënt en desgevraagd aan naasten van de patiënt. Ook het oproepbaar zijn van de betreffende zorgaanbieder buiten de afgesproken vaste tijden om gespecialiseerde verpleging te kunnen leveren valt onder deze prestatie. Wanneer gespecialiseerde verpleging wordt geïndiceerd dan wordt dat als verpleging (VP) toegekend.

Verpleging en verzorging

Dit betreft de zorg zoals omschreven in artikel 2.10 Besluit zorgverzekering (Bzv), per 1 januari 2015:

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.

Vertegenwoordiger

Een vertegenwoordiger is een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst uit uw familie (partner, 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.

Onder bloed- en aanverwanten verstaan wij:

- 1e graad: de (adoptie)ouders van u en van uw partner, de (adoptie)kinderen van u en van uw partner en hun partners (uw schoonzonen/schoondochters).
- 2e graad: de grootouders van u en van uw partner, de kleinkinderen van u en uw partner, de broers/zussen van u en van uw partner en hun partners (uw schoonzussen/zwagers).
- uw partner: de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand;

1. 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;
2. die niet beschikt over een geldig woonadres;
3. wiens vrijheid is ontnomen;
4. op wie de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, of daartoe een verzoek bij de rechtbank is ingediend;
5. die 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;
6. die anderszins onvoldoende waarborg zal bieden voor het nakomen van de voor de budgethouder aan het pgb verbonden verplichtingen.

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

Wettelijk vertegenwoordiger

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

Zorg in natura

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

Zorgverlener

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

Bijlagen

Dit reglement bevat de volgende bijlagen die op www.zilverenkruis.nl zijn terug te vinden:

- Zvw-pgb aanvraagformulieren-set. De Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set bestaat uit 2 delen:
 - (I) Verpleegkundig deel
 - (II) Verzekerde deel
- Declaratieformulier Zvw-pgb

Wij helpen u graag verder



Kijk op zk.nl/contact

Voor een overzicht van alle contactmogelijkheden



Wilt u liever iemand persoonlijk spreken?

Wij zijn bereikbaar op 071 751 00 51

- Op werkdagen van 8.00 tot 20.00 uur (donderdag 24 en 31 december van 8.00 tot 17.00 uur)
- Op zaterdag van 9.00 tot 13.00 uur
- Extra: Zondag 27 december 09.00 - 17.30 uur (Alleen via WhatsApp bereikbaar op 06 83 60 18 05)



Schrijven kan natuurlijk ook

Zilveren Kruis, Postbus 444, 2300 AK Leiden

Er zijn informatiedocumenten over uw zorgverzekering beschikbaar. U kunt deze documenten bekijken en downloaden via zk.nl/informatiedocument. Heeft u vragen belt u dan 071 751 00 51.

Kijk op zk.nl voor een overzicht van gecontracteerde zorgverleners, de hoogte van de vergoeding bij de niet-gecontracteerde zorgverleners, het Reglement Hulpmiddelen, het Reglement Farmaceutische zorg, het Reglement Zvw-pgb, de Beroepsverenigingen van alternatief genezers die voldoen aan de criteria van Zilveren Kruis, de polisvoorwaarden, brochures, formulieren en overige informatie over onze verzekeringen. U kunt de informatie ook bij ons opvragen.

Voor de zorgverzekeringen van Zilveren Kruis is Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Utrecht (KvK 06088185, AFM 12000646) de verzekeraar. Voor de aanvullende verzekeringen van Zilveren Kruis is Achmea Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Zeist (KvK 28080300, AFM 12000647) de verzekeraar.

Wij doen ons uiterste best om u goede en duidelijke informatie te geven. Klopt er iets niet in onze communicatie? Geef het dan aan ons door zodat wij het kunnen herstellen. Staan er onjuistheden in? Dan is Zilveren Kruis hiervoor niet aansprakelijk. Aan de inhoud van dit product of deze dienst kunt u geen rechten ontlelen.

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.