



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), epilepsie, zorg door eigen netwerk

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202002128

Zittingsdatum : 3 februari 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.W. Heringa)

---

1. Partijen

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

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. De Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) heeft op 20 mei 2020 een bindend advies uitgebracht (GcZ 20 mei 2020, 201902487). Op 12 oktober 2020 heeft verzoeker per klachtenformulier de commissie opnieuw gevraagd een bindend advies uit te brengen, ditmaal over een nieuwe aanvraag die werd gedaan en waarop door de ziektekostenverzekeraar afwijzend is beslist.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 2 december 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 4 december 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 17 december 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020052729) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 21 december 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 februari 2021 gehoord.
- 2.5. De commissie heeft de ziektekostenverzekeraar naar aanleiding van de hoorzitting enkele vragen gesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft op 24 maart 2021 per brief op deze vragen geantwoord. Een afschrift van deze reactie is op 20 april 2021 ter kennisname aan verzoeker gezonden.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 20 april 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 26 april 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 30 april 2021 respectievelijk 5 mei 2021 op het definitief advies van het Zorginstituut gereageerd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Zorgt Beter en VGZ Zorgt Tand Beter (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).  
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft epilepsie, waarbij hij jaarlijks enkele insulten krijgt. Gedurende de dag kan hij zo nodig de hulp inschakelen van een thuiszorgorganisatie. In de nacht is dit niet het geval, en staan zijn familieleden stand-by om hem te kunnen helpen. Daarvoor heeft verzoeker een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) aangevraagd.

- 3.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan van 25 mei 2020, voor zover hier van belang, over verzoeker verklaard:

*"(...) Oproep alarmering zonodig 20 minuten PV. Mantelzorg is 24 uur per dag 7 dagen in de week bereikbaar, wanneer we de bereikbaarheid van 3 minuten per uur zouden declareren komen we op 8 uur en 20 minuten uit. Aangezien familie ook mantelzorg taken biedt is hierin de middenweg gekozen voor een PGB indicatie van 3 uur per week. PV voor de mantelzorgers. Hierdoor kunnen zij ook eventueel andere naasten vragen om bereikbaar te zijn wanneer zij een keer afwezig zijn. (...)*

*Veiligheid*

*Bij oproep en GEEN terugreactie van [...] dient [...] [zich] met de pinkey toegang [tot de] woning [te] verschaffen (...).*

*\* zorg voor veilige omgeving, zodat dhr bij een epileptisch insult zich niet kan bezeren, PAS OP, bij fors uitwendig letsel eerst 112 bellen.*

*\* dossier raadplegen en bij Grand Mal Rivotril toedienen, in de mond dmv een PLASTIC LEPEL, beide aanwezig in het dossier. (...)*

*\* geen zichtbare verbetering binnen 10 minuten, 112 bellen, ivm [STATUS] EPILEPTICUS.*

*\* wanneer de epileptische aanval wegtrekt, dhr comfortabel neerleggen, dhr gerust stellen, en vertellen wat er gebeur[d] is, dhr kan verward zijn. Bij urineverlies, dhr verschonen.*

*\* controleer op letsel en maak melding bij mantelzorg en huisarts 0774658999, Moeder*

*[telefoonnummer], Broer (...) [telefoonnummer], Broer (...) [telefoonnummer].*

*Adequate handeling bij insult (...) van medische noodzaak, doordat [verzoeker] zware insulpen heeft komt hij zonder medicatie niet uit het insult. Hoog risico op status epilepticus. (...) Medicatie coördinatie/bestelling*

*Dhr. heeft een Medido.*

*- Bij Medido melding contact opnemen met dhr. Bij geen reactie eerste contactpersoon bellen. in de nacht heeft dhr. geen medicijnen. Bij Medido melding in de nacht geen actie richting cliënt, wel team op de hoogte brengen zodat zij volgende dag contact op kunnen nemen met dhr. Medido wordt gevuld door dhr/moeder. Mantelzorgers ondersteunen zo nodig bij problemen met de medido en bij medicatie inname van medicatie die niet op de medicatie rol zit en eventuele bestellingen hiervan. (...)"*

- 3.4. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in de "OMAHA Aanleiding" (zonder datum, afgedrukt op 25 juni 2020), voor zover hier van belang, over verzoeker verklaard:

*"(...) Dhr heeft een NAH en hierdoor kans op een epileptische aanval (grand Mal). Adequate handeling bij insult in [...] van medische noodzaak, doordat [verzoeker] zware insulpen heeft komt hij zonder medicatie niet uit het insult. Hoog risico op status epilepticus.*

*[Verzoeker] gaat naar [naam zorgboerderij] en heeft voldoende sociale contacten. Stichting NAH is betrokken voor begeleiding van [verzoeker] bij ADL en HDL. Familie is erg betrokken en zijn in de nachten ook bereikbaar voor de alarmering van [verzoeker]. Dit houdt in dat familie gehele dag bereikbaar is voor wanneer [verzoeker] een epileptische aanval krijgt, thuiszorg biedt overdag de eerste hulp maar familie blijft ook gehele dag bereikbaar voor eventuele nazorg. In de nacht biedt*

*familie de gehele zorg dus ook de eerste hulp bij een aanval. Familie ondersteunt zo nodig ook bij zorg voor de medido. (...)*

*[Verzoeker] wenst zelfstandig te kunnen wonen en het risico tot een insult zo klein mogelijk te maken.*

*Doelen:*

*- Dhr. heeft de komende zes maanden geen verwondingen of thuiszorg is zo snel mogelijk bij dhr. wanneer hij een insult heeft."*

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 augustus 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij geen aanspraak heeft op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.
- 3.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 1 oktober 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.7. Op 17 december 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

*"(...) Verzoeker maakt gebruik van alarmeringsapparatuur. Overdag wordt het alarm opgevolgd door een thuiszorgorganisatie en gedurende de nacht kunnen zijn mantelzorgers het alarm opvolgen. Uit de informatie in het dossier blijkt dat verzoeker gemiddeld zes keer per jaar een aanval heeft (dag en nacht). De zorg tijdens een aanval is verzekerde zorg. De vraag is of het stand-by staan van mantelzorgers om een eventueel alarm op te volgen zorg is, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.*

*Het stand-by staan is niet per definitie zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Daarnaast is er geen sprake van een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop wanneer een mantelzorger stand-by staat. Verzoeker is in principe in staat om zelfstandig te wonen en alleen in geval van een noodsituatie is onmiddellijk hulp van buitenaf nodig. Er is de afgelopen jaren gemiddeld zes keer per jaar sprake geweest van een noodsituatie. Op andere momenten is er volgens de beschikbare gegevens sprake van een stabiele gezondheidssituatie.*

*Het Zorginstituut merkt hierbij op dat het stand-by staan niet vergelijkbaar is met het houden van toezicht. Het houden van toezicht kan wel voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering mits sprake is van een geneeskundige context.*

*Het bovenstaande neemt niet weg dat de zorg tijdens een aanval zorg is, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en sprake is van een geneeskundige context en verweerder deze zorg moet vergoeden. Het is aan verweerder om hier een oplossing voor te bedenken. Wellicht kan deze zorg achteraf gedeclareerd worden of kan een andere thuiszorgorganisatie het alarm wel in de nacht opvolgen.*

### **Conclusie**

*Verzoeker kan geen aanspraak maken op vergoeding van het stand-by staan van mantelzorgers ten laste van de basisverzekering omdat geen sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en een geneeskundige context.*

### **Het advies**

*Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Het stand-by staan van mantelzorgers in verband met alarmopvolging komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. (...)"*

- 3.8. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 24 maart 2021, voor zover hier van belang, verklaard:

**"(...) Afspraak**

*Tijdens de hoorzitting hebben we afgesproken dat wij, VGZ, ons verder gaan inspannen om een (thuiszorg)organisatie te vinden die passende zorg in de nachten kan leveren aan [verzoeker]. Mocht dit onverhoopt niet lukken, heeft mijn collega, mevrouw (...), aangeboden om eventueel te helpen met het doen van een (juiste en volledige) aanvraag voor PGB vv. Ter volledigheid meld ik erbij dat mijn collega geen toezeggingen heeft gedaan over de uitkomst van een eventuele nieuwe aanvraag.*

**Inspanningen**

*Naar aanleiding van de hoorzitting heeft er een overleg plaatsgevonden tussen team medisch advies, een collega van de afdeling Zorgadvies & Bemiddeling en een collega PGB casemanager om te kijken naar eventuele opties. Mijn collega van de afdeling Zorgadvies & Bemiddeling is vervolgens de afgelopen anderhalve maand intensief bezig geweest met het dossier van [verzoeker]. (...)*

**Conclusie**

*Onze conclusie is dat wij tot op heden geen oplossing hebben gevonden voor [verzoeker]. Zoals gezegd verwachten wij ook niet dat we nog een (thuiszorg)organisatie kunnen vinden die stand-by kan staan in de nachten. Het aanbod van mijn collega, mevrouw (...), blijft uiteraard staan om [verzoeker] en mevrouw (...) te helpen met het doen van een (juiste en volledige) aanvraag voor PGB vv. (...)"*

3.9. Het Zorginstituut heeft op 26 april 2021, voor zover hier van belang, verklaard:

*"(...) Het Zorginstituut kan geen algemene uitspraak doen over de vergoeding van zorg voor, tijdens en na een epileptische aanval. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om te bepalen welke zorg nodig is en daarvoor een onderbouwde indicatie op te stellen. De geïndiceerde zorg komt in aanmerking voor vergoeding ten laste van de basisverzekering wanneer sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en een geneeskundige context.*

*Het verschil tussen het houden van toezicht en stand-by staan is dat het houden van toezicht actief is ten opzichte van stand-by staan (passief). Voor het houden van toezicht dient de zorgverlener in dezelfde ruimte te zijn als de patiënt. Zoals ook in het voorlopig advies is aangegeven, is stand-by staan niet per definitie zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Daarnaast is geen sprake van een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop wanneer een mantelzorger stand-by staat. Stand-by staan komt daarom niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Het houden van toezicht kan wel voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de basisverzekering mits sprake is van een geneeskundige context. De wijkverpleegkundige heeft in het geval van verzoeker geen tijd geïndiceerd voor het houden van toezicht, enkel voor stand-by staan. Verzoeker geeft aan dat hij de eerste uren na een aanval niet alleen gelaten mag worden omdat dan de kans bestaat op een status epilepticus. Het is echter aan de indicierend wijkverpleegkundige om deze zorg te indiceren en onderbouwen.*

*Tot slot wil het Zorginstituut benadrukken dat het voorlopig advies in lijn is met het advies van het Zorginstituut 21 april 2020 met betrekking tot verzoeker. In beide adviezen geeft het Zorginstituut aan dat zorg tijdens een aanval zorg is, zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en sprake is van een geneeskundige context. Verweerder moet deze zorg daarom vergoeden. Het advies van 21 april 2020 had echter geen betrekking op het stand-by staan en onderhavig geschil wel. Stand-by staan komt niet voor vergoeding in aanmerking ten laste van de basisverzekering. Daarbij merkt het Zorginstituut wel op dat verweerder een zorgplicht heeft en er voor moet zorgen dat de alarmen worden opgevolgd. (...)"*

4. Geschil

 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem alsnog een PGB vv toe te kennen, ten laste van de zorgverzekering.

 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

 6.1. 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.

#### Standpunt verzoeker

 6.2. Verzoeker heeft epilepsie. Hij woont alleen en verblijft drie dagdelen per week op een zorgboerderij. De rest van de tijd is hij alleen in zijn appartement. In geval van nood moet er direct medische of technische hulp van buitenaf worden ingeroepen. In het verleden had verzoeker een Wlz-indicatie (destijds: AWBZ), en toen viel de zorg die hij nodig had onder de medisch noodzakelijke verpleging en verzorging. Hiervoor had hij een ruim budget, waaruit de zorg, dagbesteding, het vervoer en de begeleiding, alsmede het verblijf in een logeeropvang tijdens zijn opleiding konden worden bekostigd.

 6.3. Inmiddels is het systeem veranderd. De begeleiding en dagbesteding worden thans bekostigd vanuit de Wmo, maar voor het overige is verzoeker aangewezen op de zorgverzekering. Verzoeker beschikt over een polsalarm dat registreert wanneer hij een insult krijgt. De opvolging van het alarm wordt overdag uitgevoerd door een thuiszorgorganisatie. Deze is binnen tien minuten ter plaatse om hem de nodige hulp te bieden na een insult. Daarna wordt contact gelegd met de familie, die aansluitend enige tijd bij verzoeker blijft. Na elf uur 's avonds en vóór zeven uur 's ochtends komt de thuiszorg echter niet. Als verzoeker dan een insult heeft, is hij aangewezen op zijn familie. De familie is gedurende deze tijd bereikbaar. Alleen voor de bereikbaarheid en de alarmopvolging in de nacht wordt een PGB vv aangevraagd. De opvolging na insulten gedurende de dag voeren zijn familieleden uit als gebruikelijke zorg, verleend door het eigen netwerk. Het is echter niet gebruikelijk dat zijn familieleden 365 nachten per jaar bereikbaar zijn. Er is geen andere oplossing als verzoeker zelfstandig wil blijven wonen. De ziektekostenverzekeraar heeft ook geen alternatief geboden. Door de commissie is eerder in het voordeel van verzoeker beslist. Na een nieuwe aanvraag voor verlenging van het PGB vv volgde echter weer een afwijzing. Verzoeker is van mening dat de ziektekostenverzekeraar hem het PGB vv ook nu moet toekennen.

#### Standpunt ziektekostenverzekeraar

 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft uitvoering gegeven aan het eerdere bindend advies van de commissie. Dit was gebaseerd op een advies van het Zorginstituut, waarbij werd uitgegaan van de daadwerkelijk geleverde zorg. Hiervoor is een geneeskundige context aanwezig, omdat het gaat om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Het eerdere bindend advies heeft echter geen betrekking op het stand-by staan van de familieleden, waarop de nu aangevraagde drie uren Persoonlijke Verzorging per week zijn gebaseerd. Als een berekening wordt gemaakt van de tijd die daadwerkelijk aan zorg is besteed, gebaseerd op gemiddeld zes insulten per jaar, komt de ziektekostenverzekeraar tot een uitkomst die verwaarloosbaar is. De aangevraagde tijd is niet goed onderbouwd in het zorgplan. De werkelijk

te besteden tijd op basis van zes insulten per jaar kan redelijkerwijs worden verwacht van het netwerk. Met het netwerk wordt ook bedoeld de niet-inwonende familieleden en vrienden van verzoeker. In het geval van mogelijke epileptische insulten wordt van hen verwacht dat zij zich inzetten om stand-by te staan voor de hulpbehoevende als die situatie zich voordoet. Het is de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk hoe het vergoeden van drie uren zorg per week bijdraagt aan de uitvoering hiervan. Daarom heeft hij de aangevraagde zorg als niet doelmatig beoordeeld.

### Overwegingen

- 6.5. Verzoeker heeft een aanvraag ingediend voor een PGB vv. Zijn zorgvraag bestaat uit twee onderdelen. Ten eerste staat de familie stand-by om snel te kunnen reageren als verzoeker buiten de werkzame uren van de thuiszorgorganisatie een insult krijgt. Het tweede onderdeel van de zorg ziet op het daadwerkelijk verlenen van de zorg die verzoeker nodig heeft tijdens en na een insult. Het Zorginstituut heeft toegelicht dat onderscheid moet worden gemaakt tussen toezicht houden (actief) en stand-by staan (passief). Uit de aanvraag, die in dit verband leidend is, blijkt dat het hier gaat om stand-by staan. Blijkens het advies van 17 december 2020 van het Zorginstituut is het stand-by staan niet per definitie zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Daarnaast is er geen sprake van een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop wanneer een mantelzorger stand-by staat. Reeds om die laatste reden kan deze zorg dus niet vanuit een PGB vv worden vergoed. Het houden van toezicht kan wel voor vergoeding in aanmerking komen ten laste van de zorgverzekering mits sprake is van een geneeskundige context. De wijkverpleegkundige heeft in het geval van verzoeker echter geen tijd geïndiceerd voor het houden van toezicht, enkel voor stand-by staan. Over de zorg die tijdens en na een insult wordt verleend merkt het Zorginstituut in zijn advies op dat dit wél gaat om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Dit is ook in lijn met het advies dat is uitgebracht in de procedure die verzoeker eerder tegen de ziektekostenverzekeraar heeft gevoerd, en waarin de commissie in het voordeel van verzoeker heeft beslist.
- 6.6. Nu vast staat dat verzoeker recht heeft op de in de nacht aan hem te verlenen zorg indien zich een insult voordoet, is het aan hem de leveringsvorm van de zorg te kiezen. Naar de commissie begrijpt, heeft verzoeker geen overwegende bezwaren tegen zorgverlening in natura. Het PGB vv werd met name aangevraagd omdat de zorg in de nacht niet kan worden geleverd door een thuiszorgorganisatie. Gelet op de brief van 24 maart 2021 moet het vooralsnog ervoor worden gehouden dat de ziektekostenverzekeraar die zelfde ervaring heeft, zodat verzoeker inderdaad is aangewezen op een PGB vv. Vast staat dat verzoeker behoort tot de doelgroep voor een PGB vv.
- 6.7. Het is, in het kader van de aanvraag voor een PGB vv, aan de indicerende wijkverpleegkundige in het zorgplan te onderbouwen waaruit de zorg bestaat en waarom deze noodzakelijk is. In het huidige zorgplan, dat ter beoordeling voorligt, worden het niet onder de dekking vallende deel van de geïndiceerde zorg – het stand-by staan – en het deel dat wél onder de dekking valt niet goed onderscheiden. Daarbij is de indicatie gebaseerd op aannames, die overigens door de ziektekostenverzekeraar gemotiveerd zijn bestreden. De ziektekostenverzekeraar heeft er in dit verband op gewezen dat, gezien de ervaringen in het verleden, er sprake is van circa zes insulten per jaar. Het Zorginstituut heeft om reden van het ontbreken van een deugdelijke onderbouwing van de indicatie geadviseerd tot afwijzing van het verzoek. De commissie volgt dit advies, maar tekent hierbij het volgende aan.
- Het ligt niet in de lijn der verwachtingen dat de situatie van verzoeker zal verbeteren. Indien er geen thuiszorgorganisatie is die de – verzekerde – zorg in de nacht in natura kan leveren en het stellen van een indicatie voor een PGB vv problematisch is, kan dit niet ertoe leiden dat verzoeker dan maar langdurig moet afzien van deze zorg. Het is daarom aan de ziektekostenverzekeraar om samen met verzoeker te komen tot het stellen van een voor beide partijen werkbaar indicatie voor het PGB vv, zodat de zorg waarop verzoeker aanspraak heeft, toch aan hem kan worden verleend. Zij kunnen hiertoe samen zoeken naar een geschikte wijkverpleegkundige. Indien de omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat voorafgaand aan de verlening van die zorg louter geïndiceerd kan worden op basis van een schatting – bijvoorbeeld aan de hand van een bandbreedte - is het aan de

ziektekostenverzekeraar om te onderzoeken of met verzoeker afspraken gemaakt kunnen worden over vergoeding van de daadwerkelijk verleende zorg op declaratiebasis achteraf.

De wijkverpleegkundige kan alleen een indicatie stellen voor de toekomst, en niet voor de periode waarop de huidige aanvraag betrekking heeft. Die aanvraag is destijds terecht door de ziektekostenverzekeraar afgewezen.

Omdat de ziektekostenverzekeraar echter niet eerder met verzoeker heeft gezocht naar een oplossing van het probleem van de zorgverlening in de nacht, acht de commissie gronden aanwezig te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

6.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie beslist dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar met verzoeker moet zoeken naar een wijkverpleegkundige die een goede indicatie kan stellen voor de zorg die in de nacht aan verzoeker moet worden verleend;
- (ii) de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden; en
- (iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 7 juni 2021,

J.W. Heringa

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.10

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

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

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste € 23,52 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.

### 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.

gerelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de Zorgstandaard Obesitas. Op onze website vindt u de erkende programma's. Een programma duurt 24 aaneengesloten maanden. U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen.

### Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

### Hier kunt u terecht

1. Bij een leefstijlcoach die is in ingeschreven in het register van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)
  2. Bij een fysiotherapeut, oefentherapeut, diëtist of ergotherapeut die zijn geregistreerd als leefstijlcoach.
- Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

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

### Verwijsbrief nodig van

Huisarts.

## Artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

### Dit krijgt u vergoed

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

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

U heeft alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en/of verzorging heeft en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een hbo-verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig heeft in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. De indicatie voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt gesteld door een hbo-kinder-verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

### Persoonsgebonden budget (pgb)

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

### Eigen risico

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

### Hier kunt u terecht

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

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen.

Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

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

### Toestemming

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

## Artikel 15. Verloskundige zorg en kraamzorg

### 15.1. Verloskundige zorg

#### Dit krijgt u vergoed

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

#### Deze zorg omvat ook:

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

# **Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2020 (Zvw-pgb)**

## Artikel 1. Inleiding

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 14, verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2020 van:

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

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 4.4 verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2020 van de Modelovereenkomst Zorgzaam.

## Artikel 2. Doelgroep Zvw-pgb

1. U komt in aanmerking voor een persoonsgebonden budget op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) als u behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.

- a. Onder deze zorg benoemd in artikel 2.1 vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

Daarnaast dient u:

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

## Artikel 3. Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

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

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

## Artikel 4. Weigeringsgronden

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

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

## Artikel 5. Aanvraag Zvw-pgb

1. U kunt een Zvw-pgb aanvragen door ons Zvw-pgb formulier in te vullen, te ondertekenen en naar ons op te sturen. U vindt ons formulier op onze website. U kunt het Zvw-pgb-aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Deel 1 van het aanvraagformulier laat u invullen en ondertekenen door de verpleegkundige die de indicatie stelt. Deze verpleegkundige moet u eerst in uw thuissituatie hebben gezien. Deel 2 van het aanvraagformulier vult u in en ondertekent u zelf (of uw vertegenwoordiger). Wij nemen uw aanvraag niet in behandeling als het aanvraagformulier niet volledig is ingevuld, ondertekend en/of als er bijlagen ontbreken. Loopt uw Zvw-pgb af? Dan adviseren wij u om 13 weken voor het aflopen van uw huidige Zvw-pgb contact op te nemen met een verpleegkundige die de indicatie stelt (zie artikel 5.2, 5.3. en 5.4.) en minimaal 6 weken voor afloop van uw Zvw-pgb de volledige pgb-aanvraagformulieren-set bij ons in te dienen. Wilt u uw Zvw-pgb voor palliatief terminale zorg verlengen? Dan kunt u uiterlijk 2 weken voor het aflopen van uw Zvw-pgb een (her) indicatie laten stellen door een verpleegkundige. Wij adviseren u om uw aanvraag zo snel mogelijk bij ons in te dienen.

2. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen (deel I: het verpleegkundige deel en deel II: het verzekerden deel). Een 'Bewustkeuzegesprek' maakt onderdeel uit van de aanvraagprocedure, tenzij wij hiervan afzien. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden, zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3, krijgt u een akkoordverklaring voor een Zvw-pgb.
  - a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door een BIG-geregistreeerde hbo-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld;
  - b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een door een BIG geregistreeerde hbo-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist kindergeneeskunde die werkzaam is bij een bij de BINKZ aangesloten zorgverlener gestelde indicatie. De indicatie wordt opgesteld volgens de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving in aanwezigheid van het kind en de wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor).
3. Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op arbeidsmarkt kan er contact worden opgenomen met ons om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen.
4. Bij de indicatiestelling dient de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg te hanteren bij het bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk.
5. Bij gespecialiseerde verpleging moet een uitvoeringsverzoek worden opgesteld door de behandelend arts als het gaat om een voorbehouden handeling. Wij kunnen dit uitvoeringsverzoek opvragen. Bij risicovolle handelingen moet aantoonbaar gemaakt worden dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd. Met deze verklaring kan door een minimaal BIG-geregistreeerde hbo-verpleegkundige beter ingeschat worden of de zorg kwalitatief verantwoord plaats gaat vinden zodat een indicatie kan worden opgesteld die voldoet aan de eisen van artikel 5.2.
6. Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandelend arts toe te voegen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.
7. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn uw (wettelijk) vertegenwoordiger en of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn. Ook mag de indicatie niet gesteld worden door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.
8. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. 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. Als wij bepaalde zorg niet doelmatig vinden, nemen wij hierover contact op met de indicerende wijkverpleegkundige. Vinden wij bepaalde zorg na dat contact nog steeds niet doelmatig, dan 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 indicatie heeft gesteld (intervisie) en na overleg past de eerste indicatiesteller eventueel de indicatie aan en deze wordt dan gevolgd.
9. Als u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, dient u tevens aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotse-linge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins.
10. Als u verbleef in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw, kunt u weer gebruikmaken van uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd. Een nieuwe aanvraag is nodig als u langer dan 60 dagen opgenomen bent in een Wlz-instelling, in een ziekenhuis verblijft of langer dan 60 dagen gebruikmaakt van eerstelijnsverblijf.
11. Als u voor verpleging en verzorging gebruik wilt maken van zorg in natura in combinatie met een Zvw-pgb, dan moet u dit kenbaar maken op het aanvraagformulier. De verpleegkundige moet hiervoor één indicatie opstellen waarin zowel de zorg in natura als zorg vanuit het Zvw-pgb zijn opgenomen. De door ons gecontracteerde zorgaanbieders leveren alleen zorg in natura en geen zorg vanuit een Zvw-pgb. Ook moet u de wijkverpleegkundige die de indicatie stelt, de instelling die de zorg in natura levert en degene die de Zvw-pgb zorg levert hierover informeren. Als u van ons geen akkoord heeft voor de vergoeding van zorg in natura in combinatie met Zvw-pgb, heeft dit gevolgen voor de vergoeding.

## Artikel 6. Toekenningsverklaring

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

## Artikel 7. Declareren van zorg

### 7.1 Voorwaarden voor declareren

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

## 7.2 Hoogte en omvang declaratie

1. Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
  - Persoonlijke verzorging : € 39,63 per uur
  - Verpleging : € 59,08 per uur
2. Voor informele zorgverleners kunt u maximaal € 23,52 per uur declareren voor persoonlijke verzorging en verpleging.
3. Onder informele zorgverleners vallen zorgverleners die:
  - a. een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad zijn en/of;
  - b. niet zijn ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
  - c. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister.
4. Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in artikel 7.2.1. genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt. 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.
5. Zowel het formele als het informele tarief zijn 'all-in-tarieven'. Dit houdt in dat u naast dit tarief geen andere kosten kunt declareren, zoals werkgeverslasten, reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en hulpmiddelen.

## 7.3 Overige bepalingen t.b.v. declareren

1. U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van de door u gecontracteerde zorgverleners. Voor zover u niet tijdig aan uw contractuele betalingsverplichting voldoet, kunnen eventuele bijkomende kosten (bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente) niet vanuit het Zvw-pgb worden betaald.
2. Wij zijn gerechtigd om controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgverleners die u heeft gecontracteerd en in lijn is met uw indicatiestelling. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen. Indien van toepassing kunnen wij u adviseren hoe deze zorg doelmatiger ingezet kan worden.
3. Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.
4. Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het Zvw-pgb wordt overschreden, wordt niet door ons vergoed.
5. Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg.
6. Als u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgverlener(s) inhuren, dan dient u dit vooraf schriftelijk bij ons te melden. Na onze schriftelijke toestemming kunt u de nota's van buitenlandse zorgverlener(s) declareren.
7. U mag met uw zorgverleners hogere tarieven afspreken. U betaalt dan zelf het verschil tussen het tarief dat u heeft afgesproken en het maximumtarief dat wij vergoeden.
8. U kunt uw vordering op ons niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.

## Artikel 8. Verplichtingen

1. U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
  - NAW gegevens verzekerde
  - NAW gegevens zorgverlener
  - relatie tussen verzekerde en zorgverlener
  - looptijd van de overeenkomst
  - welke zorg zal worden geleverd
  - het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten
  - welk tarief u daarvoor zult betalen
  - AGB-code als het een formele zorgverlener betreft
  - ondertekening door verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger en zorgverlener

Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op onze website en telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen

2. U dient er als verzekerde op toe te zien dat partner, bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad waarmee u een overeenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, niet meer dan 40 uur in één week aan werkzaamheden verrichten. Op het moment dat de bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad een dienstbetrekking heeft, waarbij het Arbeidstijdenbesluit van toepassing is, dan mag de werkweek inclusief de uren die uit het Zvw-pgb bekostigd worden niet meer dan 48 uur bedragen. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 15 jaar.
3. U bent verplicht om mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige, die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, bent u verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een aanvraagformulier in te vullen en in te dienen.
4. U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoopt. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.
5.
  - a. Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt, is een nieuwe indicatiestelling door de verpleegkundige noodzakelijk. Dit kan zowel gaan om een verslechtering als een verbetering van uw gezondheidssituatie. U moet dan per direct een nieuwe indicatie aanvragen en een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen.
  - b. De verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, kan ook minstens 1 keer per jaar op eigen initiatief toetsen of de indicatie nog aansluit bij uw zorgbehoefte en dus nog correct is. Als er op basis van die toetsing een nieuwe indicatie volgt, moet u ook een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen.
  - c. Bij een inventarisatie waaruit blijkt dat de zorgvraag meer dan 24 uur per week omvat, kan er voorafgaand aan het afgeven van de indicatie een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd worden door de wijkverpleegkundige, zodat de zorg wordt afgestemd met de verschillende professionals. U bent verplicht om mee te werken aan een MDO.
6. Als er wijzigingen zijn in de combinatie en verhouding zorg in natura en pgb moet u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan, als dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude Zvw-pgb wordt (her)berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 6.9. met ingang van de datum van de nieuwe aanvraag.
7. U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in overeenstemming is met de gestelde indicatie.
8. U bent verplicht om een dossier te beheren en na het beëindigen van het Zvw-pgb voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste:
  - a. een beschikking van de rechtbank als u een wettelijk vertegenwoordiger heeft tenzij u dit van rechtswege bent;
  - b. de volledige Zvw-pgb aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en zorgovereenkomsten;
  - c. facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;
  - d. bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);
  - e. kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties.
9. U bent voorts verplicht om gegevens uit dit dossier zo spoedig mogelijk aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen. Ook als de Sociale Verzekeringsbank (SVB) aan uw zorgverleners betaalt, moet u zelf dit dossier beheren.
10. U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige en de huisarts en/of medisch specialist om uw (medische) gegevens omtrent de Zvw-pgb aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien op het moment dat dit nodig is voor een juiste beoordeling. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur of verpleegkundig adviseur.
11. U bent verplicht mee te werken aan een Bewust-keuze gesprek (BKG). Het Bewust-keuze gesprek wordt gevoerd met de zorgvrager en/of diens (wettelijke) vertegenwoordiger.
12. Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toekenningsverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de geldige toekenningsverklaring over (maximaal tot de vermelde einddatum van de indicatie): het vermelde aantal uren voor verpleging en verzorging. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken omdat iedere zorgverzekeraar eigen tarieven hanteert. Wij adviseren u om deze toekenningsverklaring te bewaren zolang hij geldig is. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen.
13. Als u alleen zorg inkoopt bij informele zorgverleners en het aantal uren verpleging en verzorging per week hoger is dan 24, dan kunnen wij de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een formele zorgverlener.

## Artikel 9. Herziening of intrekking

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

- a. u niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden;
- b. u voldoet aan een van de weigeringsgronden;
- c. u niet voldoet aan de in dit reglement gestelde verplichtingen;
- d. u recht heeft op zorg vanuit de Wet langdurige zorg;
- e. u om beëindiging van het Zvw-pgb verzoekt;
- f. u langer dan twee maanden verblijft in een instelling voor zorg die ten laste komt van de basisverzekering;
- g. met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing hadden geleid;
- h. u de informatie die wij u vragen niet dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
- i. u niet meewerkt aan een dossieronderzoek;
- j. er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen;
- k. u het reglement niet naleeft;
- l. u gedurende de looptijd van het Zvw-pgb een nieuwe (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst, danwel voor het eerst met een (wettelijk) vertegenwoordiger gaat werken en u met deze vertegenwoordiger, naar ons oordeel, niet in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren. U dient elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond door te geven via het wijzigingsformulier Zvw-pgb, dat u kunt vinden op onze website;
- m. wanneer u Zorg in Natura afneemt bij zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier heeft aangegeven.
- n. De wijkverpleegkundige is niet meer aan zet als zij besluit dat haar expertise niet meer nodig is gezien de medische situatie van de verzekerde of als zij van mening is dat er met haar interventies geen verpleegdoel meer bij de verzekerde te behalen valt. Als de inzet van de verpleegkundige expertise niet meer nodig is, kan de (eventuele) overgebleven zorgbehoefte worden overgedragen aan het netwerk, of aan een ander domein. De geldende indicatie komt hiermee te vervallen.

## Artikel 10. Beëindigen van het Zvw-pgb.

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

- a. u niet langer behoort tot de in artikel 2. bedoelde specifieke doelgroep;
- b. de zorg waaraan u behoefte heeft, kan worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet, zoals de Wet langdurige zorg of de Wet maatschappelijke ondersteuning;
- c. u failliet bent verklaard of de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) 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 Pgb uitsluitend nog zorg inkoopt bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg;
- g. u om beëindiging van het Pgb verzoekt;
- h. de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken;
- i. uw zorgverzekering eindigt.

10.2 Wij kunnen uw recht op Zvw-pgb ook beëindigen:

- a. met ingang van de dag waarop u niet langer in staat bent om op eigen kracht te voldoen aan de in artikel 3.1. 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):
  1. niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is;
  2. bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
  3. blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres;
  4. zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen;
  5. failliet is verklaard of op hem/haar de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) van toepassing is verklaard;
  6. anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het Pgb verbonden verplichtingen;
  7. uw zorgverlener en niet ook uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is;
- c. met ingang van de dag waarop u zich niet (meer) houdt aan de aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
- d. met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat met het Zvw-pgb wordt, of zal

worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. 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;
- g. met ingang van de dag waarop alsnog een van de situaties zoals beschreven in artikel 4 aan de orde is.

## **Artikel 11. Terugvordering**

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

## Artikel 12. Begripsomschrijvingen

### AGB-code

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

### Bewust-keuzegesprek

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

### BINKZ

Branchevereniging Integrale Kindzorg.

### Bloed- en aanverwanten

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

### Handelsregister

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

### Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg

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

### SBI codering

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

### Wettelijk vertegenwoordiger

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

### Vertegenwoordiger

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

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand:

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

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

### WSNP

Wet schuldsanering natuurlijke personen.

### Zorg in natura

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

### Zorgverlener

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