



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen ENO Zorgverzekeraar N.V.  
en ENO Aanvullende Verzekeringen N.V., beide te Deventer

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB),  
rechtmatigheidsonderzoek, terugvordering

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en  
2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende  
ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 202002453

Zittingsdatum : 6 oktober 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (prof. A.I.M. van Mierlo, drs. J.W. Heringa en M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

---

1. Partijen

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

tegen

- 1) ENO Zorgverzekeraar N.V. te Deventer, en
- 2) ENO Aanvullende Verzekering N.V. te Deventer,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 23 april 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoekster verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Op 31 mei 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 13 juli 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 14 juli 2021 aan verzoekster gezonden.
- 2.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 oktober 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Gemeentepolis Plus, Gemeentepolis TandPlus en Verzekering Eigen Risico (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).  
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft in 2018 van haar vorige zorgverzekeraar een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) toegekend gekregen, dat doorliep in 2019. Met ingang van 2019 is verzoekster overgestapt naar de ziektekostenverzekeraar, en heeft zij hem verzocht om verlenging van het PGB vv. De desbetreffende aanvraag is door de ziektekostenverzekeraar goedgekeurd op 4 juni 2019.
- 3.3. Op 18 november 2019, 2 december 2019 en 17 december 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar bij verzoekster documenten opgevraagd in verband met een rechtmatigheidsonderzoek. Op 30 januari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar een huisbezoek afgelegd. Op 11 februari 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat het PGB vv met terugwerkende kracht tot 1 januari 2019 wordt stopgezet, en dat het reeds uitgekeerde bedrag van € 8.229,60 van haar wordt teruggevorderd.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 5 maart 2020 en 28 mei 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv met terugwerkende kracht tot 1 januari 2019 te herstellen;
- (ii) zij niet gehouden is het bedrag van € 8.229,60 aan de ziektekostenverzekeraar terug te betalen, en
- (iii) de ziektekostenverzekeraar haar het entreegeld van € 37,-- dient te vergoeden.

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 25 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 verzoekster

6.2. Verzoekster heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar haar situatie en die van twee andere cliënten van dezelfde thuiszorgorganisatie heeft onderzocht in het kader van een rechtmatigheidsonderzoek. De betrokken thuiszorgorganisatie heeft de ziektekostenverzekeraar, op zijn verzoek, de volledige administratie van verzoekster en de twee anderen toegezonden, en bij alle drie zijn op dezelfde dag huisbezoeken afgelegd. Verzoekster vraagt zich af waarom vervolgens alleen bij haar het PGB vv wordt ingetrokken en teruggevorderd, terwijl dit bij de beide andere cliënten niet is gebeurd.

6.3. Verzoekster is door haar huisarts verwezen naar een Arabisch sprekende psychiater, omdat zij de Nederlandse taal maar beperkt begrijpt. Zij is gediagnosticeerd met een posttraumatische stressstoornis met depressieve stemming. Zij is hierdoor onder andere vergeetachtig, zoals ook blijkt uit het verslag van het huisbezoek, waarin staat dat verzoekster niet kon onthouden wat de verplichtingen zijn die aan het PGB vv zijn verbonden. Haar dochter doet dit voor haar. Verzoekster merkt op dat een eenzijdige, schriftelijke weergave van een gesprek niet altijd de lading dekt van hetgeen is besproken. De wijze waarop vragen worden gesteld kan uiterst sturend zijn, wat vervolgens niet kan worden teruggezien in een verslag. Verzoekster zegt snel "ja" in een gesprek, omdat zij angstig en onzeker is en het gesprek gauw afgerond wenst te hebben. Zij heeft tijdens het huisbezoek meer onjuistheden verteld, bijvoorbeeld dat haar echtgenoot ook naar de dagbesteding gaat. De ziektekostenverzekeraar heeft geen andere bewijsmiddelen aangeleverd om fraude aan te tonen, terwijl het aan hem is dit te doen. Daar staat tegenover dat uit de rapportage en planning van de thuiszorgorganisatie blijkt dat wel degelijk zorg is geleverd. In de rapportages staan de data waarop de zorg is verleend, en ook wanneer de rapportage is ingevuld.


### Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat verzoekster op diverse onderdelen niet in staat is gebleken het PGB vv te beheren en zelfs valsheid in geschrifte heeft gepleegd. Op grond van artikel 14.5 van het 'Salland Reglement PGB Wijkverpleging' (hierna: het reglement) dienen nota's uiterlijk drie maanden nadat de zorg is geleverd te worden gedeclareerd. De ziektekostenverzekeraar vindt het niet aannemelijk dat de zorgaanbieder pas een nota opstelt nadat al ruim vijf maanden zorg is geleverd. Hiermee handelt de zorgaanbieder niet volgens hetgeen is afgesproken in de zorgovereenkomst, waarin staat dat maandelijks facturen worden gestuurd. Verder ontvangt de zorgverlener een vast uurtarief, zonder dat is gespecificeerd hoe hoog dit tarief is. Ook is geen AGB-code in de zorgovereenkomst vermeld, wat in strijd is met de eisen zoals deze gelden op grond van artikel 11.1 van het reglement. Dat een maximaal in rekening te brengen uurtarief per zorgverzekeraar en per jaar kan wijzigen, maakt niet dat er geen uurtarief in de zorgovereenkomst zou kunnen worden opgenomen. Dat het uurtarief wel op de urenbriefjes is vermeld, vindt de ziektekostenverzekeraar bedenkelijk. Het lijkt erop dat deze achteraf zijn opgemaakt, dat wil zeggen pas nadat het uurtarief in de toekenningsbrief van 4 juni 2019 bekend was gemaakt.
- 6.5. Volgens verzoekster kampt zij met geheugenproblemen, en zou zij uit onzekerheid en angst bij onbegrip altijd "ja" antwoorden. Uit de bij de ziektekostenverzekeraar beschikbare gegevens blijkt dat verzoekster een behandeling heeft gehad gericht op activatie en behandeling van angst- en stemmingsklachten. Hieruit blijkt niet dat zij ten tijde van het huisbezoek op 30 januari 2020 vergeetachtig of verward was. Bij de nieuwe aanvraag voor een PGB vv die de ziektekostenverzekeraar ontving en heeft afgewezen, stond geen vermelding van psychische klachten. Van een taalbarrière is tijdens het huisbezoek niet gebleken. Aan verzoekster is gevraagd of zij gebruik wilde maken van een tolk door middel van de tolktelefoon, maar zij gaf aan dat dit niet nodig was. De huisbezoekers hebben een goed gesprek met verzoekster kunnen voeren in de Nederlandse taal. Zij begreep hen goed en kon zichzelf goed verstaanbaar maken. Zij kwam niet vergeetachtig en verward over. Tot viermaal toe heeft zij te kennen gegeven dat de zorgverleners van de thuiszorgorganisatie tweemaal per week kwamen, en dat haar dochter haar de andere ochtenden hielp, terwijl voor elke dag is gedeclareerd. Het is mogelijk dat de geconstateerde valsheid in geschrifte niet is gepleegd door verzoekster, maar door haar dochters en de zorgaanbieder. Haar dochters hebben immers samen met de zorgaanbieder de administratie bijgehouden. Verzoekster is hiervoor echter aansprakelijk. De ziektekostenverzekeraar vordert daarom het gehele PGB vv terug.
- 6.6. De ziektekostenverzekeraar werpt verzoekster fraude tegen, maar omdat deze mogelijk niet door haar is gepleegd, maar door haar dochters en de zorgverlener, is tegen verzoekster geen aangifte gedaan en is zij niet geregistreerd in een register. De toekenningsbeschikking voor het PGB vv liep tot 4 juni 2019. Verzoekster is met ingang van 1 januari 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd en vanaf die datum draagt hij de kosten, zodat het bedrag met terugwerkende kracht tot 1 januari 2019 van verzoekster wordt teruggevorderd. Een eventueel bewust keuze gesprek zal met de vorige zorgverzekeraar hebben plaatsgevonden, hetgeen niet wegneemt dat verzoekster moet worden geacht van de voorwaarden die verbonden zijn aan het PGB vv op de hoogte te zijn. Het klopt dat ook bij andere cliënten van dezelfde zorgaanbieder onderzoek is gedaan. Bij hen kon echter geen fraude worden aangetoond, terwijl dit bij verzoekster wel het geval was.


### Overwegingen

- 6.7. Het staat vast dat de ziektekostenverzekeraar op 4 juni 2019 met terugwerkende kracht tot 1 januari 2019 een PGB vv aan verzoekster heeft toegekend. Hij werd op dat moment bekend met een lopend PGB vv dat verzoekster toegekend had gekregen van haar vorige zorgverzekeraar. Op grond van artikel 16.2 van het 'Reglement pgb wijkverpleging Salland Zorgverzekeringen 2019' (hierna: het reglement) is de machtiging voor het lopende PGB vv overgenomen.


- 6.8. In artikel 15.2, onder c, van het reglement is bepaald dat het PGB vv, zo nodig met terugwerkende kracht, kan worden stopgezet met ingang van de dag waarop de verzekerde of diens (wettelijk) vertegenwoordiger de opgelegde verplichtingen op grond van het reglement niet nakomt.
- 6.9. De eisen die worden gesteld aan een zorgovereenkomst zijn omschreven in artikel 11 van het reglement. De zorgovereenkomst die verzoekster met de zorgaanbieder heeft gesloten, voldoet niet aan alle genoemde voorwaarden. Zo staan hierin geen uurtarief en AGB-code. In de zorgovereenkomst staat wel de naam van de zorgaanbieder, met onder andere het KvK-nummer en BTW-nummer. Ook is het aantal uren vermeld dat zorg zal worden verleend (5 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week). Ingevolge artikel 11 is het de verplichting van de verzekerde een zorgovereenkomst volgens de voorwaarden te sluiten. De ziektekostenverzekeraar voert hierop geen controle uit bij de aanvraag van een PGB vv. Het staat vast dat verzoekster niet aan alle verplichtingen van het reglement heeft voldaan. De commissie is echter van oordeel dat weliswaar sprake is van tekortkomingen in de zorgovereenkomst, maar dat deze op zichzelf of tezamen genomen niet als ernstig genoeg kunnen worden gekwalificeerd om terugvordering van het gehele PGB vv van verzoekster te rechtvaardigen.
- 6.10. Verder is door de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat minder uren zorg lijken te zijn verleend dan zijn gedeclareerd. Dit maakt hij op uit een gesprek met verzoekster, waarbij zij, desgevraagd, een aantal keren heeft bevestigd slechts tweemaal per week zorg te hebben ontvangen, in plaats van dagelijks, zoals gedeclareerd. Het betreffende gespreksverslag is niet ondertekend door verzoekster en zij heeft haar opmerkingen achteraf betwist. De dochter van verzoekster heeft verklaard dat verzoekster de Nederlandse taal niet goed beheerst, en bovendien psychische klachten heeft. Dit zou verklaren waarom zij een onjuiste verklaring heeft afgegeven. Volgens de dochter heeft haar moeder meerdere beweringen gedaan die onjuist zijn, waaronder bijvoorbeeld dat de echtgenoot van verzoekster naar de dagbesteding gaat. De ziektekostenverzekeraar heeft hierover opgemerkt dat van psychische klachten niet is gebleken, terwijl verzoekster tijdens het huisbezoek alles leek te begrijpen.
- 6.11. Het staat vast dat verzoekster zorg nodig heeft. Dit blijkt uit het door de wijkverpleegkundige opgestelde zorgplan. Door verzoekster is aangevoerd, en door de ziektekostenverzekeraar is niet bestreden, dat zij ook zorg heeft gehad en dat zij hiervoor heeft moeten betalen aan de zorgaanbieder. De declaraties zijn in overeenstemming met het zorgplan en de aanvraag uit 2018. De indicierend wijkverpleegkundige heeft destijds opgemerkt dat dagelijks zorg nodig is, namelijk 30 minuten in de ochtend en 20 minuten in de avond. Dan wordt uitgekomen op dagelijks 50 minuten. Dit aantal minuten is ook gedeclareerd. De commissie acht op basis van de feiten niet bewezen dat verzoekster meer uren zorg heeft gedeclareerd dan zij heeft afgenomen. Niet gebleken is dat de zorgverleners een vast maandloon ontvangen of dat zij een hoger uurtarief ontvangen dan is toegestaan. In de zorgovereenkomst staat weliswaar dat de zorgaanbieder via facturering vooraf een vast uurtarief ontvangt, maar dit houdt niet in dat het te declareren bedrag maandelijks hetzelfde zal zijn. Dat de zorgaanbieder niet maandelijks heeft gedeclareerd, zoals in de zorgovereenkomst is opgenomen, maar met een lagere frequentie, maakt dit niet anders. De goedkeuring, door de ziektekostenverzekeraar, voor het PGB vv is eerst op 4 juni 2019 afgegeven, en kort daarna, op 5 juni 2019, is voor de eerste keer gedeclareerd voor de verstreken periode. Op dat moment kon verzoekster de facto niet meer voldoen aan de eis van artikel 14.5 van het reglement dat in beginsel binnen drie maanden na afname van de zorg moet worden gedeclareerd, zodat dit haar niet kan worden tegengeworpen. Denkbaar is ook dat de zorgaanbieder de nota pas heeft gestuurd nadat het PGB vv bij de ziektekostenverzekeraar was geregeld. De nota van 9 oktober 2019 betrof de vier voorgaande maanden. Beide nota's zijn bij de ziektekostenverzekeraar ingediend en blijkens de vergoedingsberichten van 16 juli respectievelijk 16 oktober 2019 zonder opmerkingen goedgekeurd. Deze afwijking van het reglement is onder de gegeven omstandigheden – meer in het bijzonder de goedkeuring van betaling in de vergoedingsberichten - niet zodanig, dat dit voldoende aanleiding vormt het gehele PGB vv van verzoekster terug te vorderen.




De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting nog aangevoerd dat de zorgverlener in een procedure met de gemeente is betrokken. Hiervan zijn geen stukken overgelegd, en de relatie met onderhavige kwestie is niet aannemelijk gemaakt.



6.12. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts een beroep gedaan op artikel 19 van de voorwaarden van de zorgverzekering, waarin onder andere is bepaald dat geen recht meer bestaat op vergoeding bij geconstateerde fraude. Voor fraude is evenwel vereist dat het opzet de ziektekostenverzekeraar te misleiden is bewezen. De commissie is op basis van de beschikbare gegevens van oordeel dat dit in de onderhavige situatie niet het geval is. Uit het handelen van verzoekster blijkt het opzet niet. Zoals hiervoor is opgemerkt, zijn de declaraties door de zorgaanbieder in lijn met de indicatiestelling door de indicierend wijkverpleegkundige.



6.13. Ten overvloede merkt de commissie op dat het de ziektekostenverzekeraar, los van de uitkomst van de onderhavige procedure, bij de beoordeling van de aanvraag voor een volgend PGB vv vrij staat kritisch te kijken naar de opgestelde zorgovereenkomst en naar de mate waarin verzoekster in staat is het PGB vv te beheren, al dan niet met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger.




6.14. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies



7.1. De commissie beslist dat:

(i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv met terugwerkende kracht tot 1 januari 2019 te herstellen;



(ii) verzoekster niet gehouden is het bedrag van € 8.229,60 aan de ziektekostenverzekeraar terug te betalen, en

(iii) de ziektekostenverzekeraar verzoekster het entreegeld van € 37,-- terug dient te betalen.



Zeist, 19 oktober 2021,



J.W. Heringa

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

## Verpleging en verzorging zonder verblijf

### Wat is de dekking?

Verpleging en verzorging zonder verblijf omvat zorg die verpleegkundigen plegen te bieden. U heeft recht op verpleging en verzorging zonder verblijf, als de zorg verband houdt met uw behoefte aan medisch specialistische zorg (algemeen), plastische chirurgie, chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard, revalidatiezorg, geriatrische revalidatie, transplantatiezorg, mechanische beademing, gespecialiseerde ggz, huisartsenzorg, basis ggz, verloskundige zorg, zintuiglijk gehandicaptenzorg, of paramedische zorg of als u een hoog risico op die zorg heeft.

De zorg bestaat uit verpleegkundige handelingen (zorgverlening) en verzorging, maar ook uit het indiceren, coördineren, signaleren, coachen en preventie.

De zorg omvat niet:

- verpleging en verzorging tijdens uw verblijf in een ziekenhuis of een andere instelling;
- kraamzorg.

### Waar moet u op letten?

U of uw wettelijk vertegenwoordiger moet een zorgplan hebben ondertekend. Het zorgplan moet minimaal bevatten de soort, omvang, frequentie en beoogde duur van de benodigde verpleging en verzorging zonder verblijf, de prestaties en zijn voorzien van een motivering. In het zorgplan moet ook de bijdrage van uw sociale netwerk zijn betrokken.

Een wijkverpleegkundige en een verpleegkundig specialist mogen uw indicatie voor de zorg bepalen en een zorgplan opstellen. De indicatie moet zijn vastgesteld conform de Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, die zijn opgesteld door de vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Deze zorgaanbieders mogen de overige zorg verlenen;

- een verpleegkundig specialist;
- een wijkverpleegkundige;
- een instelling voor verpleging of verzorging in de thuissituatie.

U moet schriftelijke toestemming van ons hebben voordat u de zorg krijgt:

- voor vergoeding van verpleging en verzorging zonder verblijf door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Bij de aanvraag moet u een kopie van het zorgplan meesturen;
- voor vergoeding van verpleging en verzorging zonder verblijf in het buitenland. Bij de aanvraag moet u een kopie van het zorgplan en een offerte voor de zorg, waarin is opgenomen welke zorg het betreft, de kosten en de periode voor de zorglevering in het buitenland meesturen;
- voor vergoeding van palliatieve terminale thuiszorg, als die langer nodig is dan drie maanden. Bij de aanvraag moet u (een kopie van) het zorgplan meesturen.

Als het zorgplan wijzigt, moet u opnieuw toestemming van ons hebben, voordat u de nieuwe zorg krijgt.

### Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor verpleging en verzorging zonder verblijf.

### Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

De kosten van verpleging en verzorging zonder verblijf tellen niet mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

### Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor verpleging en verzorging zonder verblijf door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via [www.salland.nl/tarieven](http://www.salland.nl/tarieven). Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op [www.salland.nl/zorgzoeker](http://www.salland.nl/zorgzoeker). U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via (0570) 68 74 70.

### Persoonsgebonden budget

In plaats van het recht op de zorg, kunt u in aanmerking komen voor een persoonsgebonden budget. In dat geval krijgt u budget om de verpleging en verzorging zelf in te kopen. Voor het recht op het persoonsgebonden budget gelden speciale voorwaarden. Deze zijn opgenomen in het Reglement pgb wijkverpleging. Het Reglement pgb wijkverpleging kunt u bekijken en downloaden via [www.salland.nl/wijkverpleging](http://www.salland.nl/wijkverpleging). Op verzoek zenden wij het toe. Als de kosten die u maakt voor de verpleging en verzorging hoger zijn dan de vergoeding in de vorm van het persoonsgebonden budget dan komt het verschil tussen de kosten en het persoonsgebonden budget voor uw rekening.



# Reglement pgb wijkverpleging Salland Zorgverzekeringen 2019

Dit reglement is geldig vanaf 1 januari 2019 en treedt in de plaats van het Reglement pgb wijkverpleging 2018.

Eno Zorgverzekeraar N.V. (KvK 08147983)

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

## Inhoud

1.	Begripsomschrijvingen	1
2.	Wanneer komt u in aanmerking voor een pgb wijkverpleging?	2
3.	Indicatie pgb wijkverpleging	2
4.	Voorwaarden voor het verlenen van een pgb wijkverpleging	3
5.	Weigeringsgronden voor een pgb wijkverpleging	3
6.	Aanvraag van het pgb	4
7.	Beoordeling van de aanvraag	4
8.	Ingangsdatum en looptijd van het pgb wijkverpleging	4
9.	Hoogte van het pgb wijkverpleging	5
10.	Wijzigingen en verlengen	5
11.	Verplichtingen pgb-houder	6
12.	Buitenland	6
13.	Tarieven	6
14.	Declareren	7
15.	Beëindigingsgronden van het pgb wijkverpleging	8
16.	Overstappen	9

## 1 Begripsomschrijvingen

- 1.1 Op de begrippen in dit Reglement zijn de begripsomschrijvingen van toepassing die zijn opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden van uw basisverzekering.
- 1.2 Daarnaast verstaan wij in dit Reglement onder:
- Bewuste-keuzegesprek:* een gesprek tussen u en ons voorafgaand aan de beoordeling van uw aanvraag en dat is bedoeld om u uw aanvraag te laten toelichten, te kijken of u in staat bent om het pgb te beheren en om u informatie te geven over de mogelijkheden van zorg in natura en pgb;
- Gebruikelijke zorg:* zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen in redelijkheid mag worden verwacht van huisgenoten, tot wie gerekend worden, de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie u duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont. Als uw zorgvraag kan worden ingevuld met gebruikelijke zorg, dan bestaat op deze zorg geen aanspraak vanuit uw basisverzekering;
- Gespecialiseerde verpleging:* gespecialiseerde verpleging zoals nader beschreven in de Beleidsregel verpleging en verzorging van de Nederlandse Zorgautoriteit (BR/REG-18104 en opvolgende beleidsregels);
- Pgb (wijkverpleging):* persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging als bedoeld in de basisverzekering;
- Reglement:* Reglement pgb wijkverpleging;
- Verpleegkundige:* verpleegkundige die als verpleegkundige geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG;
- Vertegenwoordiger:*
- uw wettelijk vertegenwoordiger;
  - uw bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad;
  - uw echtgenoot, geregistreerde partner of een andere levensgezel.
- Voorbehouden handeling:* een voorbehouden handeling als bedoeld in Hoofdstuk IV van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).

<i>Wettelijk vertegenwoordiger:</i>	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;
<i>Wijkverpleegkundige:</i>	een verpleegkundige die is opgeleid met de graad van bachelor;
<i>Zorg:</i>	verpleging en/of verzorging als bedoeld in de basisverzekering;
<i>Zorg in natura:</i>	bij zorg in natura levert en organiseert de zorgaanbieder de zorg. Hierbij kan sprake zijn van gecontracteerde zorg en van niet-gecontracteerde zorg zoals bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden;
<i>Zorgplan:</i>	een dynamische set van afspraken tussen u en uw zorgaanbieder(s) over de wijkverpleging en uw eigen bijdrage aan de zorg (zelfmanagement). Deze afspraken zijn gebaseerd op uw individuele doelen, behoefte en situatie. Ze komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand. Het zorgplan moet minimaal bevatten de soort, omvang en beoogde duur van de benodigde wijkverpleging en de prestaties. Het zorgplan moet worden ondertekend door u of uw wettelijk vertegenwoordiger.

## 2 Wanneer komt u in aanmerking voor een pgb wijkverpleging?

- 2.1 U komt in aanmerking voor een pgb wijkverpleging als is voldaan aan alle van de volgende voorwaarden:
- u beschikt over een geldige indicatie voor verpleging en verzorging als bedoeld artikel 3 van het Reglement; en
  - u voldoet aan de voorwaarden voor het verlenen van een pgb wijkverpleging als bedoeld in artikel 4 van het Reglement; en
  - geen van de weigeringsgronden als bedoeld in artikel 5 van het Reglement is van toepassing; en
  - u voldoet aan de overige voorwaarden die van toepassing zijn op het aanvragen en beheer van het pgb als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden en dit Reglement.

## 3 Indicatie pgb wijkverpleging

- 3.1 U komt in aanmerking voor een pgb als u beschikt over een indicatie voor verpleging en verzorging zonder verblijf als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden.
- 3.2 Een wijkverpleegkundige of een verpleegkundig specialist moet de indicatie vaststellen, behalve in de volgende gevallen:
- de indicatie voor verzekerden onder de 18 jaar moet zijn gesteld door een HBO kinderverpleegkundige en bij voorkeur met gebruikmaking van het Medisch Kindzorgsysteem (MKS). De HBO kinderverpleegkundige moet werkzaam zijn bij een bij de Branchevereniging Integrale KindZorg (BINKZ) aangesloten zorgaanbieder;
  - bij de indicatie voor palliatieve terminale zorg, moet een verklaring van uw behandelend arts zijn gevoegd waaruit blijkt dat de ingeschatte levensverwachting voor u minder is dan drie maanden.
- 3.3 De indicatie moet zijn vastgesteld conform de Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, die zijn opgesteld door de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).
- 3.4 De indicatie moet door een onafhankelijk persoon zijn gesteld. De indicatiesteller mag niet uw (wettelijk) vertegenwoordiger en/of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn zijn.
- 3.5 De indicatie mag niet gesteld worden door een individuele zorgaanbieder die de zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.
- 3.6 Als u een combinatie wenst van zorg in natura en een pgb, dan moet de indicatie door de zorgaanbieder zijn gesteld die ook de indicatie voor de zorg in natura heeft gesteld.
- 3.7 De indicatie mag niet ouder zijn dan drie maanden, te rekenen vanaf het moment van afgifte van de indicatie tot het moment dat uw aanvraag voor het pgb door ons is ontvangen.
- 3.8 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.
- 3.9 Uit de indicatie moet blijken dat u:
- langdurig, dat wil zeggen langer dan één jaar, op de verpleging en/of verzorging bent aangewezen; of
  - op palliatieve terminale zorg bent aangewezen. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting van u minder is dan 3 maanden.

- 3.10 U mag niet beschikken over meer dan één indicatie voor de zorg. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg dient in één indicatie te zijn verwoord.
- 3.11 Voor een herindicatie gelden dezelfde regels als voor een indicatie.

### 4 Voorwaarden voor het verlenen van een pgb wijkverpleging

- 4.1 U komt in aanmerking voor een pgb als naar ons oordeel is voldaan aan alle van de volgende voorwaarden:
- u bent in staat met het pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. Wij kunnen u vragen om in uw aanvraag op te nemen op welke wijze u de zorg zal inzetten ten behoeve van verbetering, behoud of beperking van achteruitgang van uw zelfredzaamheid. Wij kunnen de visie van de indicierend (wijk-/kinder-)verpleegkundige vragen of uw zorgplan in lijn is met wat gezien uw situatie mogelijk is.
  - u bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Wij kunnen toetsen of u op de hoogte bent van de rechten en verplichtingen die bij het pgb wijkverpleging horen en hoe u daar uitvoering aan denkt te geven;
  - u bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de door u 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. Wij kunnen toetsen of de inzet van zorg, zoals opgenomen in de aanvraag, aansluit bij de zorgvraag. Wij kunnen de visie van de indicierend (wijk-/kinder-)verpleegkundige vragen om advies te geven over welke inzet van zorg noodzakelijk is voor verantwoorde zorg. Van verantwoorde zorg is in ieder geval geen sprake, als u een gezondheidsrisico loopt door de voorgenomen inzet van zorg;
  - u bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg via een pgb geleverd wil en kan krijgen. Om ons ervan te vergewissen dat de keuze voor een pgb wijkverpleging de bewuste keuze is van u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger kunnen wij u verzoeken een inhoudelijke motivering van uw aanvraag te geven.
- 4.2 Als u naar ons oordeel niet voldoet aan één of meerdere in artikel 4.1 genoemde voorwaarden, is het mogelijk dat wij aanvullende eisen stellen waar u aan moet voldoen om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een pgb.

### 5 Weigeringsgronden voor een pgb wijkverpleging

- 5.1 U komt niet in aanmerking voor een pgb wijkverpleging als één of meerdere van de volgende weigeringsgronden van toepassing is:
- u bent bij een eerdere verstrekking van een pgb wijkverpleging niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te houden aan de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen;
  - u beschikt blijkens de basisregistratie personen niet over een woonadres;
  - uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
  - u, of, indien u de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van uw ouders of voogden, is failliet verklaard;
  - ten aanzien van u of, als u de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van uw ouders of voogden, is de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing verklaard, dan wel is een verzoek daartoe bij de rechtbank ingediend;
  - u verleent geen medewerking aan een bewuste-keuzegesprek of verschijnt niet, na daartoe te zijn opgeroepen, terwijl u daarvoor geen geldige reden opgeeft;
  - uw aanvraag is onvolledig of onduidelijk en u verleent geen medewerking aan een verzoek van ons om nadere informatie of toelichting ten behoeve van uw aanvraag te verschaffen;
  - u wilt gebruik maken van uitsluitend door ons gecontracteerde zorgaanbieder(s) voor het verlenen van de zorg;
  - u wilt gebruik maken van zorg door uw (wettelijk) vertegenwoordiger, niet zijnde uw partner, bloed of aanverwanten in de eerste of tweede graad;
  - de indicatie bevat uitsluitend andere zorg dan de zorg waarvoor een pgb wijkverpleging kan worden ingezet, zoals Gebruikelijke zorg.
- 5.2 U komt voorts niet in aanmerking voor een pgb wijkverpleging als uw (wettelijk) vertegenwoordiger (als u de hulp daarvan nodig heeft voor het voldoen aan de voorwaarden van artikel 4 van het Reglement):
- bij een eerdere verstrekking van een pgb wijkverpleging waarbij deze persoon als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
  - blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
  - zijn vrijheid rechtens is ontnomen;
  - onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend.
  - failliet is verklaard;
  - anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor u aan het pgb verbonden verplichtingen;
  - hulp tegen betaling verleent.
- 5.3 Als u alleen zorg inkoopt bij 'informele zorgaanbieders' en het aantal uren wijkverpleging 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 zorgaanbieder'.

## 6 Aanvraag van het pgb

- 6.1 U vraagt een pgb aan door het indienen van het pgb-aanvraagformulier en de eventuele bijlagen daarbij. Dit pgb-aanvraagformulier bestaat uit twee delen: (I) het verpleegkundig deel en (II) het verzekerden deel. U vindt het pgb-aanvraagformulier op onze website. U kunt het aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk opvragen.
- 6.2 Deel I van het aanvraagformulier (verpleegkundig deel) moet de indicerend wijkverpleegkundige invullen en ondertekenen. Als bijlage bij deel I kunt u het zorgplan meesturen.
- 6.3 Deel II van het aanvraagformulier (verzekerden deel) dient u (of uw (wettelijk) vertegenwoordiger) in te vullen. U geeft op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan van welke zorgaanbieders u gebruik wilt gaan maken.
- 6.4 Als u gedeeltelijk gebruik wilt maken van zorg in natura kunt u in dit deel ook aangeven voor welk deel van de geïndiceerde uren u gebruik wilt maken van zorg in natura en voor welk deel u gebruik wilt maken van een pgb.
- 6.5 Als u op het aanvraagformulier aangeeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgaanbieder, moet u daarbij aangeven hoe en met welke zorgaanbieder(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgaanbieder door ziekte, vakantie of anderszins.
- 6.6 Als uw pgb-aanvraagformulier niet volledig is ingevuld en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, dan nemen wij uw aanvraag niet in behandeling. Wij sturen u daarover bericht met het verzoek om de ontbrekende gegevens aan te vullen.
- 6.7 Als wij hierom vragen moet u nadere (medische) informatie met betrekking tot uw aanvraag verstrekken aan onze medisch adviseur of adviserend verpleegkundige, of uw verpleegkundige, medisch specialist of uw huisarts machtigen dit namens u te doen. Over een onduidelijkheid in de aanvraag kan onze adviserend verpleegkundige contact opnemen met de wijkverpleegkundige, als u daarvoor uitdrukkelijke toestemming heeft gegeven.

## 7 Beoordeling van de aanvraag

- 7.1 Na ontvangst van uw aanvraag van het pgb kunnen wij u uitnodigen voor een bewuste-keuzegesprek.
- 7.2 Wij beoordelen uw aanvraag op basis van het pgb-aanvraagformulier en de daarbij horende bijlagen, waaronder bij voorkeur ook het zorgplan, en, indien van toepassing, het bewuste-keuzegesprek en de extra informatie als bedoeld in artikel 6.6 en 6.7 van het Reglement.
- 7.3 Bij een indicatie waarbij gedeeltelijk andere zorg is geïndiceerd dan de zorg waarvoor een pgb wijkverpleging kan worden ingezet, zullen wij de aanvraag voor een pgb voor die andere zorg afwijzen.
- 7.4 U ontvangt schriftelijk bericht over de toekenning of weigering van het pgb wijkverpleging.
- 7.5 Als u voor de zorg waarvoor u een 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 pgb indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het pgb, zoals opgenomen in de toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgaanbieder(s) blijft afnemen.

## 8 Ingangsdatum en looptijd van het pgb wijkverpleging

- 8.1 De ingangsdatum van het pgb wijkverpleging is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende pgb-aanvraagformulier hebben ontvangen. Op uw verzoek kan de datum van het pgb ook op een latere datum ingaan.
- 8.2 In afwijking van artikel 8.1 is de ingangsdatum van een nieuw pgb wijkverpleging als gevolg van een herindicatie gelijk aan de ingangsdatum van de herindicatie, mits aan de volgende voorwaarden is voldaan:
  - a. op grond van de voorgaande indicatie was u een pgb toegekend;
  - b. de ingangsdatum van de herindicatie ligt niet later dan de dag volgend op de einddatum van de voorgaande indicatie;
  - c. wij hebben uw aanvraag voor het pgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de herindicatie.
- 8.3 In afwijking van artikel 8.1 is de ingangsdatum van een nieuw pgb wijkverpleging als gevolg van een wijziging in de verdeling tussen zorg in natura en zorg via het pgb gelijk aan de ingangsdatum van de wijziging in die verdeling, mits aan de volgende voorwaarde is voldaan:

- a. wij hebben uw aanvraag voor het pgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de wijziging in de verdeling van de zorg.
- 8.4 De toekenning van het recht op pgb wijkverpleging geldt voor de duur van de indicatie, maar maximaal voor een periode van twee jaar te rekenen vanaf de ingangsdatum van het pgb. In afwijking hiervan geldt een kortere looptijd, als deze in de toekenningsbrief is genoemd.
- 8.5 In afwijking van artikel 8.1 is de ingangsdatum van een nieuw pgb wijkverpleging uitsluitend in verband met de afloop van de looptijd als bedoeld in 8.4 gelijk aan de dag die volgt op de dag waarop het huidige pgb eindigt, mits aan de volgende voorwaarde is voldaan:
  - a. wij hebben uw aanvraag voor het nieuwe pgb ontvangen binnen vier weken voor afloop van de looptijd van uw huidige pgb.
- 8.6 Beschikt u op 1 januari 2019 al over een toekenning met een looptijd van vijf jaar, dan blijft deze geldig, tenzij uw zorgvraag wijzigt.

## 9 Hoogte van het pgb wijkverpleging

- 9.1 De hoogte van het pgb wijkverpleging, het budget, wordt per kalenderjaar vastgesteld en eindigt uiterlijk op 31 december van het betreffende jaar. Voorafgaande aan het betreffende jaar berichten wij u schriftelijk over de hoogte van het pgb voor het betreffende jaar, tenzij uw pgb per 1 januari van het betreffende jaar eindigt.
- 9.2 De hoogte van het pgb wijkverpleging wordt vastgesteld aan de hand van de toegekende uren en de voor het betreffende kalenderjaar geldende tarieven voor formele en informele zorgaanbieders als bedoeld in artikel 13.

## 10 Wijzigingen en verlengen

- 10.1 Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt, is een nieuwe indicatiestelling noodzakelijk. Het kan gaan om een verslechtering of om een verbetering van uw gezondheidssituatie. U moet dan per direct een nieuwe indicatie aanvragen en een nieuwe aanvraag voor een pgb indienen. Uw pgb dat is gebaseerd op de indicatie die is vervangen, eindigt zoals beschreven in artikel 15.
- 10.2 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 een nieuwe aanvraag voor een pgb wijkverpleging bij ons in te dienen. Uw pgb dat is gebaseerd op de indicatie die is vervangen, eindigt zoals beschreven in artikel 15.
- 10.3 Als in de verdeling tussen zorg in natura en zorg via het pgb wijzigingen komen, dan dient u dit direct aan ons te melden door een nieuwe aanvraag voor een pgb in te dienen. Uw pgb dat is gebaseerd op de vervangen verdeling tussen zorg in natura en zorg via het pgb, eindigt zoals beschreven in artikel 15.
- 10.4 Wanneer u van zorgaanbieder(s) verandert, moet u dit bij ons melden. U moet daarvoor gebruik maken van het pgb-wijzigingsformulier. U vindt het pgb-wijzigingsformulier op onze website. U kunt het formulier ook telefonisch of schriftelijk opvragen. Uw toekenning van het pgb blijft in stand, maar de hoogte van uw pgb kan wijzigen. Op basis van de melding vindt dan, als dat aan de orde is, een aanpassing en verrekening van het budget plaats.
- 10.5 U moet elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond schriftelijk aan ons door geven. U moet daarvoor gebruik maken van het pgb-wijzigingsformulier. U vindt het pgb-wijzigingsformulier op onze website. U kunt het formulier ook telefonisch of schriftelijk opvragen
- 10.6 Als u tijdens de looptijd van uw pgb voor een periode van maximaal twee maanden verbleven heeft in een instelling, omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw of in een instelling voor eerstelijns verblijf, kunt u weer gebruik maken van uw pgb, zodra u weer thuis bent. U hoeft dan niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen, tenzij sprake is van een situatie als bedoeld in artikel 10.1 of 10.3. Wel moet u een melding bij ons doen als u langer dan twee weken verbleven heeft in een instelling als bedoeld in de eerste zin van dit artikellid. U moet daarvoor gebruik maken van het pgb-wijzigingsformulier. U vindt het pgb-wijzigingsformulier op onze website. U kunt het formulier ook telefonisch of schriftelijk opvragen. De hoogte van het pgb wordt dan verlaagd naar rato van het aantal dagen (te rekenen vanaf de eerste dag van opname) dat u opgenomen bent geweest.

## 11 Verplichtingen pgb-houder

- 11.1 U moet zelf zorgovereenkomsten sluiten met uw zorgaanbieder(s). U bent verplicht om deze afspraken schriftelijk vast te leggen. Hierin legt u afspraken over de te leveren zorg vast en hoeveel u daarvoor betaalt. De zorgovereenkomst(en) moeten volledig door u en de zorgaanbieder(s) worden ingevuld en door beiden ondertekend. Wij kunnen deze zorgovereenkomst(en) bij u opvragen. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
- uw naam-/adres-/woonplaats gegevens (naw-gegevens);
  - naw-gegevens van uw zorgaanbieder(s);
  - relatie tussen u en uw zorgaanbieder(s);
  - looptijd van de overeenkomst;
  - welke zorg zal worden geleverd;
  - het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten;
  - welk tarief per uur en per vijf minuten u daarvoor zult betalen. Een vast maandloon is niet toegestaan;
  - AGB-code van de zorgaanbieder die in aanmerking komt voor het formele tarief;
  - ondertekening door u of uw wettelijk vertegenwoordiger en zorgaanbieder.
- U kunt daarbij gebruik maken van de modelovereenkomsten van SVB.
- 11.2 U dient er op toe te zien dat degene waarmee u een zorgovereenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, niet meer dan veertig uur in één week voor u aan werkzaamheden verricht. Ook mag de zorgaanbieder niet jonger zijn dan 15 jaar.
- 11.3 U bent er verantwoordelijk voor dat de zorg die u inkoop kwalitatief verantwoord is en doelmatig. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgaanbieders.
- 11.4 U bent er verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget in overeenstemming is met de gestelde indicatie.
- 11.5 U bent verplicht om een dossier te beheren en na het beëindigen van het pgb het dossier voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste:
- a. de volledige pgb-aanvraagformulieren set inclusief bijlagen/zorgplan;
  - b. zorgovereenkomsten;
  - c. als u 18 jaar of ouder bent, de beschikking van de rechtbank in geval van een wettelijk vertegenwoordiger;
  - d. facturen of urenregistraties met naam van de zorgaanbieder(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;
  - e. bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);
  - f. kopieën van nota's van zorgaanbieders en kopieën van ingediende declaraties.
- Ook als de Sociale Verzekeringsbank (SVB) aan uw zorgaanbieders betaalt, moet u zelf dit dossier beheren.
- 11.6 U bent verplicht om gegevens uit dit dossier zo spoedig mogelijk aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen.
- 11.7 U geeft ons tijdig alle informatie die van invloed is op de verlening en hoogte van het pgb wijkverpleging.

## 12 Buitenland

- 12.1 Als u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgaanbieder(s) inhuren, dan moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. Pas na onze schriftelijke toestemming, mag u de nota's van buitenlandse zorgaanbieder(s) declareren. U moet de toestemming schriftelijk bij ons aanvragen. Met uw aanvraag moet u meesturen:
- a. het indicatiebesluit
  - b. een offerte, waarin in elk geval is opgenomen:
    - i. de gewenste zorg;
    - ii. de periode waarvoor de zorg wordt aangevraagd;
    - iii. de naw-gegevens van de zorgaanbieders;
    - iv. de verwachte kosten van de zorg.

## 13 Tarieven

- 13.1 Voor de besteding van het budget, declaratie en vergoeding van de zorg gelden formele en informele tarieven.

### 13.2 *Formeel tarief*

Voor het formele tarief komen in aanmerking:

- a. de instelling die is ingeschreven in het handelsregister van de Kamer van Koophandel met een SBI code 86,87 of 88 en namens welke een verpleegkundige als bedoeld onder b de zorg verleent; en/of
- b. de verpleegkundige met niveau 4 en 5 die als verpleegkundige geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG.

Een bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad of uw echtgenoot, geregistreerde partner of levensgezel komen nooit in aanmerking voor het formele tarief.

- 13.3 U kunt voor de hiervoor genoemde 'formele zorgaanbieders' maximaal de tarieven die zijn opgenomen in de hierna volgende tabel declareren. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgaanbieder vermeldt.

Formele tarieven	Maximumtarief per uur	Maximumtarief per vijf minuten
Persoonlijke verzorging formeel	€ 38,88	€ 3,24
Verpleging formeel (inclusief gespecialiseerde verpleging)	€ 56,40	€ 4,70

In afwijking van het voorgaande in dit artikellid geldt het door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor de desbetreffende zorg vastgestelde maximumtarief op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg, als dat vastgestelde maximumtarief lager is dan het maximumtarief dat is opgenomen in de tabel.

### 13.4 *Informeel tarief*

Voor het informele tarief komen in aanmerking: alle rechtspersonen en natuurlijke personen die niet in aanmerking komen voor het formele tarief.

- 13.5 U kunt voor de hiervoor genoemde 'informele zorgaanbieders' maximaal € 23,- per uur voor verpleging en verzorging declareren. Dit bedrag vindt u terug in onderstaande tabel.

Informeel tarieven	Maximumtarief per uur	Maximumtarief per vijf minuten
Persoonlijke verzorging informeel	€ 23,-	€ 1,92
Verpleging informeel (inclusief gespecialiseerde verpleging)	€ 23,-	€ 1,92

## 14 Declareren

- 14.1 U mag alleen zorg declareren, die:

- a. al is geleverd. U mag geen zorg declareren die nog geleverd moet worden;
- b. is geleverd vanaf de datum waarop uw pgb is ingegaan. U mag geen zorg declareren die is geleverd voor de ingangsdatum van het pgb;
- c. in lijn is met de indicatiestelling en het toegekende pgb.

- 14.2 U mag geen vast maandloon declareren. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten, afgerond op vijf minuten, mag worden gedeclareerd. Het declareren van een vast maandloon is vanuit de Zorgverzekeringswet wettelijk niet toegestaan. Vanwege de overgang van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet in 2015 mag uw zorgaanbieder tijdelijk nog via een vast maandloon worden uitbetaald als uw zorgaanbieder in 2015 al een zorgovereenkomst op basis van vast maandloon had.

- 14.3 Voordat u de nota's bij ons declareert, controleert u de nota's op juistheid. Door declaratie van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg.

- 14.4 Voor de declaratie van uw nota's gebruikt u de daartoe bestemde, actuele formulieren. U kunt deze formulieren vinden op onze website of ze bij ons opvragen.

- 14.5 U declareert de nota's in beginsel uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw pgb.
- 14.6 Wij hebben het recht om controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgaanbieders die u hebt gecontracteerd en in lijn is met uw indicatiestelling. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen. Indien van toepassing, kunnen wij u adviseren hoe deze zorg doelmatiger ingezet kan worden.
- 14.7 Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.
- 14.8 U heeft geen recht op vergoeding via het pgb van:
- de kosten van de indicatiestelling;
  - evaluatie van de behoefte aan zorg;
  - casemanagement;
  - verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg;
  - de kosten van vervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf indien medisch noodzakelijk in het kader van Intensieve Kindzorg. Deze kosten kunnen vallen onder Zittend ziekenvervoer in uw verzekeringsvoorwaarden van de basisverzekering;
  - zorg die teveel door u is ingekocht en waardoor het maximum van uw pgb is overschreden;
  - overige kosten zoals werkgeverslasten, reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en hulpmiddelen.
- 14.9 De bepalingen over het indienen en vergoeden van nota's in de verzekeringsvoorwaarden zijn van overeenkomstige toepassing. Bij onderlinge strijdigheid hebben de bepalingen in het Reglement voorrang boven de bepalingen in de verzekeringsvoorwaarden.
- 14.10 U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van de door u gecontracteerde zorgaanbieders. Als u de door u gecontracteerde zorgaanbieders niet tijdig betaalt, kunt u te maken krijgen met bijkomende kosten, bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente. Deze bijkomende kosten mogen niet vanuit het pgb worden vergoed.

## 15 Beëindigingsgronden van het pgb wijkverpleging

- 15.1 Uw pgb wijkverpleging eindigt met ingang van de dag dat:
- uw indicatie voor verpleging en verzorging is gewijzigd of is geëindigd;
  - de looptijd van het pgb wijkverpleging is geëindigd;
  - er een wijziging plaatsvindt in de verdeling tussen zorg in natura en zorg via het pgb;
  - u langer dan twee maanden ben opgenomen in een instelling voor zorg als bedoeld in de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet;
  - u een indicatie heeft voor zorg als bedoeld in de Wet langdurige zorg;
  - u zelf verzoekt om beëindiging van het pgb;
  - uw basisverzekering is geëindigd;
  - uw basisverzekering als gevolg van een wijziging van hetgeen is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet geen mogelijkheid meer biedt tot het verlenen van een pgb wijkverpleging.
- 15.2 Wij kunnen uw pgb wijkverpleging, zo nodig met terugwerkende kracht, beëindigen of wijzigen:
- met ingang van de dag waarop u niet langer voldoet aan de voorwaarden voor verlening als bedoeld in artikel 4.1 van het Reglement;
  - met ingang van de dag waarop een of meer van de weigeringsgronden als bedoeld in artikel 5 van het Reglement van toepassing wordt;
  - met ingang van de dag waarop u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger de aan u en uw (wettelijk) vertegenwoordiger opgelegde verplichtingen op grond van het Reglement niet nakomt;
  - vanaf de ingangsdatum van het pgb, als u in het kader van de aanvraag onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt en de verstrekking van deze gegevens tot een ander besluit op de aanvraag zou hebben geleid;
  - vanaf de ingangsdatum van het pgb, als de toekenning van het pgb anderszins onjuist was en u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger dit wist of behoorde te weten;
  - met ingang van de dag waarop u ons niet of niet tijdig of slechts gedeeltelijk de informatie verstrekt die noodzakelijk is voor de controle op uw pgb;
  - met ingang van de dag waarop u niet meewerkt aan dossieronderzoek;
  - met ingang van de dag waarop er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en regelgeving naar voren komen;



- i. met ingang van de dag waarop u gedurende de looptijd van het pgb een nieuwe (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst, dan wel voor het eerst met een (wettelijk) vertegenwoordiger gaat werken en u met deze vertegenwoordiger, naar ons oordeel niet in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het pgb wijkverpleging verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren;
  - j. met ingang van de dag waarop u zorg in natura afneemt bij een zorgaanbieder die niet op uw aanvraagformulier is vermeld;
  - k. met ingang van de dag dat u gebruik maakt van zorg in natura voor de zorg waarvoor u een pgb is toegekend.
- 15.3 Wij kunnen uw pgb wijkverpleging met inachtneming van een redelijke termijn intrekken of wijzigen:
- a. als ons besluit op de aanvraag van het pgb niet juist was en u of uw vertegenwoordiger dit niet wist of behoorde te weten;
  - b. als de voorwaarden voor verlening van het pgb wijzigen als gevolg van een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden.
- 15.4 Als uw pgb wijkverpleging eerder eindigt dan in de oorspronkelijke toekenning is bepaald, dan wordt de hoogte van uw pgb naar rato verlaagd. De hoogte van uw pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Indien u inmiddels meer zorgkosten heeft gemaakt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u de teveel vergoede kosten aan ons terug te betalen.

## 16 Overstappen

- 16.1 Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toekenning van het pgb nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de (in principe tot de vermelde einddatum van de indicatie) geldige toekenning over. Het vermelde aantal uren voor verpleging en verzorging blijft gelijk. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken, omdat iedere zorgverzekeraar eigen tarieven hanteert. U bewaart deze toekenning, zolang hij geldig is. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen.
- 16.2 Stapt u over van een andere zorgverzekeraar naar ons en is uw toekenning van het pgb nog geldig? Dan nemen wij de geldige toekenning over (in principe tot de vermelde einddatum van de indicatie). Het vermelde aantal uren voor verpleging en verzorging blijft gelijk. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken, omdat iedere zorgverzekeraar eigen tarieven hanteert.

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 13a

1. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde die behoefte heeft aan verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg, desgevraagd altijd in aanmerking komt voor een passende vergoeding in de vorm van een Zvw-pgb. De zorgverzekeraar stelt de verzekerde met deze vergoeding in staat in de praktijk zorg of een andere dienst te betrekken, die is afgestemd op zijn behoeften, persoonskenmerken en mogelijkheden.
2. De zorgverzekeraar treedt, na de in het eerste lid bedoelde aanvraag en voorafgaand aan het verstrekken van het Zvw-pgb, in contact met de verzekerde. De zorgverzekeraar informeert de verzekerde over de in het derde lid en andere bij of krachtens deze wet gestelde voorwaarden of beperkingen en beoordeelt de geschiktheid van verzekerde om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.
3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst de voorwaarden op waaronder de verzekerde in aanmerking komt voor een Zvw-pgb.
4. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst op dat de verzekerde ook in aanmerking kan komen voor een Zvw-pgb indien de kosten die de verzekerde maakt voor het betrekken van de desbetreffende zorg of andere dienst hoger zijn dan de vergoeding in de vorm van het Zvw-pgb, mits het verschil voor rekening van de verzekerde komt.
5. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld over de voorwaarden die aan de verzekerde of diens vertegenwoordiger worden gesteld om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.
6. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot:
  - a. de inhoud van de zorg waarvoor een Zvw-pgb wordt verstrekt;
  - b. het uitzonderen van vormen van zorg of overige diensten van het Zvw-pgb;
  - c. het met een Zvw-pgb vergoeden van andere vormen van zorg of overige diensten die onmiddellijk samenhangen met verpleging en verzorging die niet gepaard gaat met verblijf in verband met geneeskundige zorg;
  - d. de mate van vergoeding die de zorgverzekeraar de verzekerde ten minste moet of ten hoogste mag bieden.
7. De zorgverzekeraar wijst de verzekerde bij de aanvraag op het recht op cliëntondersteuning, bedoeld in artikel 2.2.4, eerste lid, onder a, van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.
8. Bij ministeriële regeling kan een publiekrechtelijke rechtspersoon worden aangewezen die de verzekerde met een Zvw-pgb op diens verzoek ondersteunt bij het verkrijgen van de vergoeding van zijn zorgverzekeraar voor en zijn werkgeverstaken of opdrachtgeverschap in verband met de door verzekerde betrokken zorg of diensten.
9. In de ministeriële regeling, bedoeld in het achtste lid, kunnen regels worden gesteld over de uitvoering van de ondersteuning en over de verstrekking van een jaarlijkse rijksbijdrage voor de uitvoering van de ondersteuning.

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.10

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

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

### 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 23 euro 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.

### 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.