

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(prof. mr. A.I.M. van Mierlo, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202301994

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V. te Houten,
 - 2) ONVZ Aanvullende Verzekering N.V. te Houten,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvraag tot verlenging van het PGB vv met ingang van 15 februari 2023 alsnog goed te keuren. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoeker in het verleden niet in staat is gebleken het PGB vv op verantwoorde wijze te beheren. Daarom is de aanvraag tot verlenging van het PGB vv afgewezen.
- 1.2. De commissie overweegt dat verzoeker het PGB vv in de jaren 2020 en 2021 niet in overeenstemming met de gestelde indicatie heeft ingezet, waardoor het beschikbare budget voortijdig was verbruikt. In het jaar 2022 is door hem dubbel gedeclareerd. Over deze jaren heeft hij ook geen administratie bijgehouden. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar daarom volgen in zijn conclusie dat verzoeker niet in staat is gebleken het PGB vv op verantwoorde wijze te beheren, zodat de aanvraag tot verlenging hiervan terecht werd afgewezen. Daarom beslist de commissie tot afwijzing van het verzoek.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft op 4 december 2023 telefonisch aan de Ombudsman Zorgverzekeringen verklaard dat hij de commissie vraagt een uitspraak te doen. Op 7 december 2023 heeft een intakegesprek plaatsgevonden. Op 3 januari 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 11 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 januari 2024 aan verzoeker gestuurd.

- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben op 25 januari 2024 respectievelijk 6 februari 2024 verklaard niet te willen worden gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Vrije Keuze Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Vrije Keuze Optifit, Werkfit en Tandfit Module C (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft al enige jaren de beschikking over een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv), waarmee hij de zorg bekostigt die zijn echtgenote aan hem verleent. Begin 2023 heeft hij door een wijkverpleegkundige een nieuwe indicatie laten stellen. Deze kwam uit op een indicatie op basis van 8 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Verzoeker heeft op 19 januari 2023 bij de ziektekostenverzekeraar het 'Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget' ingediend. Aangevraagd werd een PGB vv op basis van het aantal geïndiceerde uren met een ingangsdatum van 15 februari 2023 en een einddatum van 14 februari 2024.
- 3.3. Bij brief van 17 februari 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag tot verlenging van het PGB vv met ingang van 15 februari 2023 is afgewezen.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 1 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanvraag tot verlenging van het PGB vv met ingang van 15 februari 2023 alsnog goed te keuren.
- 4.2. Hij heeft hiertoe in zijn brieven van 3 maart 2023 en 7 juli 2023 aangevoerd dat hij in het verleden met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar heeft besproken hoe hij het PGB vv beter kon beheren. Hij heeft toen toegezegd dat hij zorgvuldiger zou zijn, en dat zijn zus de administratie van het PGB vv voortaan zou bewaren. Tevens werd hierin de overeenkomst opgenomen die hij elk jaar met zijn zus sluit. Verzoeker wist op dat moment niet dat hij ook de urenlijst moest bewaren, omdat zijn echtgenote de zorg aan hem verleent. De zus van verzoeker heeft de zorg (tijdelijk) van zijn echtgenote overgenomen, omdat zijn echtgenote last had van gezondheidsklachten. Verzoeker heeft ook de Sociale Verzekeringsbank (SVB) ingeschakeld, die de administratie verzorgt en de inhouding van het loon regelt. Verzoeker was in de veronderstelling dat hij niets anders meer behoefde te doen.
- 4.3. In 2022 heeft verzoeker een telefoongesprek gevoerd met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Hij was destijds ziek en heeft veel trauma's opgelopen. Daarom heeft hij niet goed kennis genomen van het 'Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2023' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). In de jaren daarvoor is nooit over het reglement gesproken. Nadat verzoeker aanspraak maakte op meer uren zorg is de ziektekostenverzekeraar steeds moeilijker gaan doen. Men beseft kennelijk niet dat verzoeker te maken heeft met de ziekte van Parkinson, waarbij hij steeds verder achteruit gaat. De zus van verzoeker heeft ook met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar gesproken, waarbij zij heeft toegezegd de

administratie rond het PGB vv te bewaren. Ook heeft zij verklaard dat zij in het vervolg aanwezig zou zijn bij het Bewust Keuzegesprek dat ieder jaar wordt gevoerd. Eventuele dubbele declaraties in 2022 zijn per ongeluk gedaan, en verzoeker is bereid de teveel ontvangen bedragen terug te betalen. In het verleden heeft hij dit ook gedaan.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het PGB vv van verzoeker niet wordt verlengd. Hij heeft hiertoe bij brief van 17 februari 2023 aangevoerd dat tijdens de Bewust Keuzegesprekken steeds is benoemd dat verzoeker declaraties binnen drie maanden na de datum van de zorg bij de ziektekostenverzekeraar moet indienen overeenkomstig de gestelde indicatie. Ook is met hem doorgenomen dat het beheren van een PGB vv aan regels is gebonden. In het reglement staat dat een budgethouder verplicht is gedurende vijf jaren een administratie bij te houden en te bewaren. Hierin dienen zorgovereenkomsten, kopieën van declaraties, aanvraagformulieren en zorgplannen te worden gearchiveerd. Verzoeker heeft zijn declaraties niet op de juiste manier bij de ziektekostenverzekeraar aangeleverd. In de afgelopen jaren is daarnaast door hem diverse keren dubbel gedeclareerd, namelijk zowel bij de ziektekostenverzekeraar als bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Tijdens het laatste Bewust Keuzegesprek heeft verzoeker meegedeeld geen administratie te hebben bijgehouden en het reglement niet te hebben gelezen. Als reden hiervoor gaf hij zijn ziekte. In het jaar ervoor heeft verzoeker verklaard dat het Bewust Keuzegesprek voor hem te belastend is. Hij zou toen op zoek gaan naar een belangenbehartiger, maar heeft deze tot op heden niet aangedragen. Verzoeker heeft daarom niet langer aanspraak op een PGB vv. Wel kan hij zorg in natura afnemen bij een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder. Indien gewenst kan de zorgconsulent van de ziektekostenverzekeraar verzoeker helpen een zorgaanbieder te vinden.
- 5.2. In zijn e-mailbericht van 1 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend gesteld dat verzoeker in de jaren 2020 en 2021 zijn budget voortijdig heeft opgemaakt. In het jaar 2022 was sprake van dubbele declaraties. In alle jaren is de administratie niet op de juiste wijze bijgehouden. In het nader commentaar van 11 januari 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt herhaald.

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 80 van de 'Algemene Regels en Vergoedingen' van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. In artikel 3, tweede lid, van het reglement is vastgelegd dat aanspraak bestaat op een PGB vv als de ziektekostenverzekeraar van mening is dat de verzekerde in staat is met een PGB vv de zorg en diensten te regelen die hij nodig heeft. Dit kan zelfstandig of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger. De zorg en diensten moeten aansluiten op de zorgvraag en van goede kwaliteit zijn. De zorgverleners moeten genoeg kennis hebben en kundig zijn om de zorgvraag te beantwoorden. In artikel 3, derde lid, is bepaald dat iemand onder andere niet wordt geacht aan de voorwaarden van het tweede lid te voldoen als hij eerder een PGB vv heeft gehad en

zich toen niet aan de regels heeft gehouden (sub a). In artikel 4, eerste lid, van het reglement is bepaald dat het PGB vv wordt geweigerd als niet aan de voorwaarden is voldaan. Artikel 8 regelt de verplichtingen van de budgethouder. In het tiende lid is bepaald dat gedurende vijf jaren een dossier moet worden bijgehouden waarin een aantal met name genoemde stukken aanwezig dient te zijn.

- 7.3. Verzoeker heeft geen (wettelijk) vertegenwoordiger aangesteld. In dat geval is de vraag aan de orde of verzoeker zelf in staat is met een PGB vv de zorg en diensten te regelen die hij nodig heeft. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd en door verzoeker niet weersproken, dat verzoeker in de jaren 2020 en 2021 niet in overeenstemming met zijn indicatiestelling heeft gedeclareerd, waardoor hij voortijdig zijn budget had verbruikt en hij de benodigde zorg niet meer kon inkopen. Verder is onweersproken gesteld dat verzoeker in het jaar 2022 dubbel heeft gedeclareerd - dat wil zeggen bij de ziektekostenverzekeraar en de SVB - én dat hij over alle genoemde jaren geen administratie heeft gevoerd. Zo beschikt hij niet over een zorgovereenkomst, heeft hij niet bijgehouden welke uren zorg door zijn echtgenote respectievelijk zijn zus aan hem werden verleend en heeft hij declaraties niet bewaard. Verzoeker heeft gesteld dat hij door omstandigheden geen kennis heeft genomen van het reglement. Dit ligt evenwel in zijn risicosfeer. Voorts heeft verzoeker verwezen naar telefoongesprekken met medewerkers van de ziektekostenverzekeraar. Voor zover bij die gelegenheden afspraken zijn gemaakt over het beheer van het PGB vv moet, gelet op hetgeen hiervoor is overwogen, als vaststaand worden aangenomen dat verzoeker deze afspraken vervolgens niet goed is nagekomen. Hij heeft als oorzaak hiervan aangevoerd dat hij te maken heeft met een progressieve aandoening, te weten de ziekte van Parkinson. Indien dit er inderdaad aan in de weg staat dat verzoeker met het PGB vv zelf de benodigde zorg en diensten regelt, had het op zijn weg gelegen een (wettelijk) vertegenwoordiger aan te stellen. Dit is echter niet gebeurd. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar daarom volgen in zijn conclusie dat verzoeker niet in staat is het PGB vv op verantwoorde wijze te beheren. De afwijzing van de aanvraag tot verlenging met ingang van 15 februari 2023 is daarom terecht. Gelet op de gestelde indicatie heeft verzoeker wel aanspraak op zorg in natura. Hierover bestaat tussen partijen geen geschil.

Slotsom

- 7.4. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
8. **Bindend advies**
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 maart 2024,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

● Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2023

● Inhoudsopgave

Artikel 1: Wat regelt dit reglement?	2
Artikel 2: Doelgroep Zvw-pgb: voor wie en wanneer?	2
Artikel 3: Voorwaarden voor toegang	2
Artikel 4: Redenen om een Zvw-pgb te weigeren	3
Artikel 5: Aanvraag en indicatiestelling van een Zvw-pgb	4
Artikel 6: Toekenning en looptijd	5
Artikel 7: Zorg declareren	6
Artikel 8: Welke taken en plichten u verder heeft	9
Artikel 9: Beëindigen en aanpassing van uw Zvw-pgb	11
Artikel 10: Automatisch einde van uw Zvw-pgb	11
Artikel 11: Terugbetaling van uw Zvw-pgb	12
Artikel 12: Begrippen	12
Bijbehorende documenten	13

● Reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging

● Artikel 1: Wat regelt dit reglement?

Onze basisverzekering geeft recht op verpleging en verzorging in uw eigen omgeving. Uw eigen omgeving is meestal thuis maar kan ook tijdelijk ergens anders zijn, bijvoorbeeld als u bij een familielid logeert of op vakantie bent. Verpleging heeft vaak te maken met medische handelingen, zoals een wond verzorgen of een injectie geven. Maar er valt meer onder. Bijvoorbeeld het in de gaten houden van uw gezondheidstoestand. En hulp om met u te streven naar een zo goed mogelijke kwaliteit van leven (zelfmanagement). Verzorging is de hulp bij dagelijkse handelingen zoals douchen en aankleden, en het aantrekken van steunkousen. Verpleging en verzorging is voor alle leeftijden, dus voor kinderen en volwassenen. Onze algemene regels en vergoeding Verpleging en verzorging bepalen wanneer u recht heeft op deze zorg.

Vergoedt de basisverzekering uw verpleging en verzorging? Dan kunt u die zorg mogelijk met een persoonsgebonden budget regelen. In dit reglement leggen wij uit wanneer dat kan en hoe u dat doet. De algemene regels en de vergoeding Verpleging en verzorging gelden ook als u een persoonsgebonden budget heeft.

In dit reglement noemen we het persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging het Zvw-pgb. Dit verwijst naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Deze wet en dit reglement regelen wanneer u recht heeft op een Zvw-pgb.

Dit reglement is onder meer gebaseerd op bestaande afspraken tussen het Ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, Per Saldo en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland.

Op www.onvz.nl/vergoedingen/vergoedingen-a-z/persoonsgebonden-budget staat altijd de laatste versie van dit reglement. U kunt het ook opvragen bij ons Service Center via 030 639 62 22.

Heeft u vragen? Ook dan kunt u contact opnemen met ons Service Center.

● Artikel 2: Doelgroep Zvw-pgb: voor wie en wanneer?

U heeft recht op een Zvw-pgb als u aan 3 voorwaarden voldoet:

1. u heeft volgens de vergoeding Verpleging en verzorging recht op verpleging en verzorging in uw eigen omgeving
2. u heeft deze zorg minstens 12 maanden nodig, zonder onderbreking, of u heeft zorg in de laatste levensfase nodig. Dit laatste noemen we ook wel palliatieve terminale zorg (PTZ). Uw huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts voor verstandelijk gehandicapten of medisch specialist moet dan vooraf hebben bepaald dat sprake is van die laatste levensfase. Dit noemen wij een PTZ-verklaring
3. u voldoet aan de voorwaarden voor toegang van artikel 3

● Artikel 3: Voorwaarden voor toegang

Om een Zvw-pgb te krijgen moet u voldoen aan alle voorwaarden voor toegang die hieronder staan. Wij beoordelen of u aan al die voorwaarden voldoet.

1. U heeft een **indicatiestelling** (meer uitleg staat in artikel 12) voor verpleging en verzorging. Aan welke regels de indicatiestelling moet voldoen, staat in artikel 5.

2. Wij vinden dat u in staat bent om met een Zvw-pgb de zorg en diensten te regelen die u nodig heeft. Zelf, of met hulp van een **(wettelijk) vertegenwoordiger** (meer uitleg staat in artikel 12). De zorg en diensten moeten aansluiten op uw zorgvraag, en van goede kwaliteit zijn. Uw (informele) zorgverleners moeten genoeg kennis hebben en kundig zijn om uw zorgvraag te beantwoorden. Wij noemen dit hierna juiste zorg.
3. Wij vinden dat u in staat bent om de taken en plichten uit te voeren die bij een Zvw-pgb horen. Zelf, of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger. U voldoet in ieder geval niet aan deze regel als 1 of meer van de volgende situaties van toepassing is.
 - a. u heeft eerder een persoonsgebonden budget gehad, en heeft zich toen niet aan de regels gehouden. Het kan gaan om een Zvw-pgb, maar ook om een ander persoonsgebonden budget
 - b. u heeft in de 5 jaar voordat wij uw aanvraag voor een Zvw-pgb binnen kregen gefraudeerd bij uw zorgverzekering of die van iemand anders
 - c. er loopt een controle of fraudeonderzoek naar een eerder Zvw-pgb of ander persoonsgebonden budget, van u of waar u bij betrokken was
 - d. wij melden u aan bij het CAK (basisverzekering) of beëindigen uw aanvullende verzekeringen bij ons omdat u een betalingsachterstand heeft. Meer daarover staat in algemene regel 51 en 73 en verder
 - e. u zit in de schuldsanering, of u of iemand anders heeft dat aangevraagd bij de rechtbank
 - f. er is surseance van betaling aan u verleend, of u bent failliet, of u of iemand anders heeft dat aangevraagd bij de rechtbank
 - g. u heeft een betalingsachterstand in de premie van vier maanden of meer, of had zo'n achterstand het afgelopen jaar
4. Wij vinden dat u in staat bent om uw zorgverleners goed aan te sturen en hun zorgverlening op elkaar af te stemmen. U moet dat zo doen, dat u de juiste zorg krijgt. U moet dit zelf kunnen, of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger. In punt 2 van dit artikel leest u meer over wat juiste zorg is.
5. U kiest zelf en bewust voor een Zvw-pgb. Het mag dus niet de keuze van uw omgeving zijn. Als u een (wettelijk) vertegenwoordiger heeft, mag hij of zij u wel bij deze keuze helpen.

● **Artikel 4: Redenen om een Zvw-pgb te weigeren**

U heeft geen recht op een Zvw-pgb als 1 van de volgende punten voor u geldt.

1. U voldoet niet aan de voorwaarden die wij in artikel 2 en 3 beschrijven.
2. U bent niet ingeschreven bij de gemeente, in de Basisregistratie Personen (BRP).
3. U bent door de rechter veroordeeld tot gevangenisstraf of tbs, of bent om een andere reden gedwongen opgenomen in een instelling.
4. U werkt niet mee aan het **bewuste keuzegesprek** (meer uitleg staat in artikel 12) of een huisbezoek dat wij regelen. U leest in artikel 5 punt 2 meer over het bewuste keuzegesprek. U leest in artikel 8 punt 12 meer over het huisbezoek.
5. U heeft meerdere indicatiestellingen voor verpleging en verzorging. Alle zorg die u nodig heeft moet in 1 indicatiestelling staan.
6. U koopt zorg in bij uw (wettelijk) vertegenwoordiger. Dit geldt niet als uw (wettelijk) vertegenwoordiger **uw partner** is, of uw **bloed-of aanverwant in de 1e of 2e graad** (meer uitleg staat in artikel 12).

7. Heeft u een (wettelijk) vertegenwoordiger nodig om aan de voorwaarden van artikel 3 te voldoen? Of kunt u dat zelf, maar laat u het toch over aan een (wettelijk) vertegenwoordiger? Als 1 van de volgende punten voor uw (wettelijk) vertegenwoordiger geldt, krijgt u geen Zvw-pgb.
 - a. hij of zij is eerder (wettelijk) vertegenwoordiger geweest voor een Zvw-pgb of ander persoonsgebonden budget, maar heeft er toen niet voor gezorgd dat aan alle regels werd voldaan
 - b. hij of zij is niet ingeschreven bij de gemeente, in de Basisregistratie Personen (BRP)
 - c. hij of zij is door de rechter veroordeeld tot gevangenisstraf of tbs, of is om een andere reden gedwongen opgenomen in een instelling.
 - d. hij of zij zat in de 3 jaar voordat wij uw aanvraag voor een Zvw-pgb hebben gekregen in de schuldsanering, of iemand heeft dat aangevraagd bij de rechtbank
 - e. er is surseance van betaling aan hem of haar verleend, of in de 3 jaar voordat wij uw aanvraag voor een Zvw-pgb hebben gekregen, of hij of zij is failliet of failliet geweest, of iemand heeft dat aangevraagd bij de rechtbank
 - f. het om andere redenen niet aannemelijk is dat hij of zij ervoor kan zorgen dat u aan alle regels voldoet

● Artikel 5: Aanvraag en indicatiestelling van een Zvw-pgb

Aanvraag

1. U kunt een Zvw-pgb aanvragen met het aanvraagformulier 'persoonsgebonden budget verpleging en verzorging'¹. U kunt dit formulier downloaden van onze website of aanvragen bij ons Service Center. U kunt ook uw (wettelijk) vertegenwoordiger de aanvraag laten doen als die aan de voorwaarden van artikel 3 voldoet.
2. Als wij uw aanvraag hebben ontvangen, nodigen wij u uit voor een bewuste keuzegesprek. Dat doen wij bijna altijd telefonisch. Zo gaan wij na of u zelf en bewust de keuze voor een Zvw-pgb maakt. En of u in staat bent om de juiste zorg in te kopen en zorgverleners aan te sturen en aan alle andere regels te voldoen.

Indicatiestelling

3. Uw indicatie is gesteld door een hbo-gediplomeerd verpleegkundige, volgens de 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van V&VN. Daarbij kijkt de verpleegkundige ook wat u zelf kunt doen. Of kunt leren. En waar uw netwerk (zie artikel 12 voor meer informatie) u mee kan helpen. De indicatiesteller brengt daarbij uw netwerk in kaart, en weegt af welke zorg op grond van belasting en belastbaarheid door uw netwerk kan worden verleend, en welke niet. Deze afweging moet in de indicatie staan. De indicatiesteller mag zorg die uw netwerk verleent niet meenemen in de indicatie: u krijgt daar dus geen Zvw-pgb voor. Misschien heeft u alleen een (technisch) hulpmiddel nodig. Of zorg van een andere zorgverlener, zoals een fysiotherapeut of ergotherapeut. Als laatste kijkt de verpleegkundige of er verpleging en/of verzorging door een professional nodig is.

Bent u jonger dan 18 jaar? Dan moet uw indicatie zijn gesteld door een hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist kindergeneeskunde, die werkt voor een zorgverlener die bij BINKZ² is aangesloten. Deze verpleegkundige moet de indicatie stellen volgens het Medisch Kindzorgsysteem (MKS).

De hbo-gediplomeerd verpleegkundige, hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist kindergeneeskunde die uw indicatie stelt noemen wij hierna de indicatiesteller.

4. Uw indicatiestelling mag niet ouder zijn dan 3 maanden als u de aanvraag bij ons indient.

5. De indicatiestelling omschrijft en onderbouwt welke verpleging en verzorging u nodig heeft, hoe vaak en hoeveel. Dit moet de indicatiesteller vastleggen in een zorgplan. Het zorgplan moet voldoen aan de 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van V&VN.
6. Wilt u een Zvw-pgb combineren met verpleging en verzorging die u niet met het Zvw-pgb betaalt, maar waarvan wij de kosten vergoeden? Dan moeten die samen in 1 indicatiestelling staan.
7. Vraagt u een Zvw-pgb aan voor zorg in uw laatste levensfase? Dan moet u met uw aanvraag een verklaring meesturen dat u deze zorg nodig heeft. Uw huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of medisch specialist stelt deze verklaring op.
8. De indicatiesteller moet onafhankelijk zijn. Daarmee bedoelen we dat de indicatie niet gesteld mag zijn door de volgende personen:
 - uw (wettelijk) vertegenwoordiger
 - uw partner
 - een bloed- of aanverwant in 1e of 2e graad
 - een relatie van de hierboven genoemde personen
 - een zorgverlener die de zorg of een deel daarvan aan u gaat geven, tenzij wij een contract met die zorgverlener hebben
9. De indicatiesteller moet uw indicatie of herindicatie stellen in uw eigen omgeving, waarbij u zelf aanwezig bent. Meestal is dat bij u thuis. Wilt u een Zvw-pgb voor uw kind aanvragen? Dan moeten u en uw kind aanwezig zijn. Bent u niet de wettelijk vertegenwoordiger van uw kind, maar is iemand anders dat? Dan moet die met het kind aanwezig zijn.
10. Soms is een tolk nodig om de indicatie te kunnen stellen. De indicatiesteller stelt dat vast volgens de 'Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg'. Wij vergoeden de tolk niet.

Uitleg

1. Aanvraagformulier 'persoonsgebonden budget verpleging en verzorging': U vindt het formulier op www.onvz.nl/vergoedingen/vergoedingen-a-z/persoonsgebonden-budget. Ons Service Center kunt u bellen via 030 639 62 22
2. BINKZ: Brancheorganisatie voor Integrale Kindzorg

● **Artikel 6: Toekenning en looptijd**

1. Wij beoordelen uw aanvraag voor een Zvw-pgb. Daarvoor gebruiken wij uw aanvraagformulier, uw indicatiestelling en informatie uit het bewuste keuzegesprek. Wij kunnen ook aanvullende informatie opvragen bij u, de indicatiesteller en uw behandelend arts.

2. Als wij u geen Zvw-pgb geven, ontvangt u een afwijzingsbrief. Daarin leggen wij uit waarom u geen Zvw-pgb krijgt. Als wij u wel een Zvw-pgb geven, ontvangt u een toestemmingsbrief. Daarin staat de volgende informatie:
 - de startdatum en einddatum van uw Zvw-pgb
 - voor welke zorg u het Zvw-pgb kunt gebruiken
 - het aantal uren verpleging en het aantal uren verzorging dat wij maximaal vergoeden
 - het maximale tarief dat wij voor die uren vergoeden
 - verdeling van uw Zvw-pgb in tijdvakken. Deze tijdvakken gebruiken wij om te controleren of u uw Zvw-pgb op een goede manier verdeelt over de periode dat het geldig is, en of de verdeling klopt met de indicatie die de verpleegkundige per week heeft vastgesteld
3. U krijgt een Zvw-pgb voor maximaal 2 jaar. Dit is meestal ook de periode dat uw indicatiestelling geldig is. De startdatum van uw Zvw-pgb is meestal de startdatum die u op het aanvraagformulier heeft ingevuld.
4. U ontvangt ieder jaar voor 1 januari een nieuwe toestemmingsbrief als uw Zvw-pgb nog geldt voor het volgende jaar. Daarin staat de volgende informatie:
 - voor hoe lang uw Zvw-pgb nog geldt
 - het aantal uren verpleging en het aantal uren verzorging dat wij maximaal vergoeden
 - het maximale tarief dat wij in het volgende jaar vergoeden. Wij kunnen het tarief namelijk aanpassen. Het tarief dat wij in de eerdere toekenningsbrief noemden geldt dan niet meer
5. Loopt uw Zvw-pgb (en uw indicatie) binnen 3 maanden af, maar heeft u nog steeds verpleging en verzorging nodig? Dan kunt u een nieuw Zvw-pgb bij ons aanvragen. Zorg dat u dit op tijd doet. Het indiceren, aanvragen en beoordelen van een Zvw-pgb kost tijd. Bent u niet op tijd? Dan kan het zo zijn dat uw nieuwe Zvw-pgb te laat ingaat. De regels in dit reglement gelden ook bij een nieuwe aanvraag.
6. Krijgt u al verpleging en verzorging, maar gaat u diezelfde zorg nu met een Zvw-pgb betalen? Dan kan het zo zijn dat u andere zorgverleners gaat inzetten. U moet dan zelf uw oude zorgverleners afzeggen.
7. Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar, maar is uw Zvw-pgb nog geldig? Dan neemt uw nieuwe zorgverzekeraar dit Zvw-pgb over. Het aantal uren blijft daarbij gelijk. Wel kan het tarief veranderen, omdat uw nieuwe zorgverzekeraar andere tarieven heeft. Uw nieuwe zorgverzekeraar kan om de toestemmingsbrief vragen die wij u gestuurd hebben.
8. Bent u het niet eens met onze beslissing om u geen Zvw-pgb te geven? Of bent u het niet eens met de voorwaarden van uw Zvw-pgb? Dan kunt u daar bezwaar tegen maken. In algemene regel 79 en 80 leest u hoe u dat kunt doen. Zolang uw bezwaar niet is afgehandeld vergoeden wij de kosten van verpleging en verzorging waar u volgens de vergoeding Verpleging en verzorging recht op heeft. U kunt deze alleen niet declareren met een Zvw-pgb.

● Artikel 7: Zorg declareren

1. U kunt de zorg op 2 manieren bij ons declareren. Hierbij bestaat verschil tussen formele en informele zorgverleners:

a. een formele zorgverlener voldoet aan alle 5 eisen die hieronder staan:

- een rechtspersoon of natuurlijk persoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg levert
- die een inschrijving heeft in het handelsregister met SBI-code: 86, 87 of 88
- die een AGB-code heeft in de categorie 41 zzp-er in de wijkverpleging/Zvw-pgb aanbieders/beheerstichtingen, 42 verzorgingshuizen, 75 thuiszorginstellingen, 91 verpleegkundigen of 98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars
- die geen zzp-er met de kwalificatie helpende niveau 2 is, en
- die niet u partner of bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad

Een formele zorgverlener stuurt u een nota voor de zorg die u gekregen heeft. U kunt deze rekening bij ons indienen. Op deze rekening moet altijd de AGB-code van de zorgverlener staan.

b. een informele zorgaanbieder is iedere andere zorgverlener

Zorg die verleend is door een informele zorgverlener declareert u bij ons met het declaratieformulier Zvw-pgb verpleging en verzorging¹. Dit formulier kunt u downloaden van onze website of aanvragen bij ons Service Center.

Let op! Is uw zorgverlener een verpleegkundige niveau 4 of 5? Dan moet hij of zij naast bovenstaande eisen ook een AGB-code 9112 of 9113 hebben. Dit geldt dus bij formele én informele zorgaanbieders.

c. Soms is een formele zorgverlener bij u in dienst². Die zorgverlener moet in het AGB-register zijn ingeschreven met een 91-code. Ook dan kunt u de zorg bij ons declareren met het declaratieformulier Zvw verpleging en verzorging.

2. U kunt alleen de zorg bij ons declareren die u gekregen heeft na ingangsdatum van uw Zvw-pgb. U kunt de zorg alleen achteraf bij ons declareren. U krijgt dus nooit een voorschot.

3. Als u het declaratieformulier of de rekeningen naar ons stuurt, geeft u daarmee aan dat het declaratieformulier juist is ingevuld, en dat de rekeningen kloppen.

4. U moet het declaratieformulier of de rekeningen binnen 3 maanden naar ons sturen. De 3 maanden gaan in op het moment dat u de zorg gekregen heeft. Op die manier weet u steeds welk deel van uw Zvw-pgb u al gebruikt heeft en welk deel u nog over heeft.

5. U kunt geen vast maandloon voor uw zorgverleners bij ons declareren. Er geldt wel een speciale regeling, maar alleen als uw zorgverlener een vast maandloon declareerde toen de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) nog gold. Heeft u hier vragen over, of valt u mogelijk onder deze speciale regeling? Neem dan contact op met ons Team Zvw-pgb³.

6. U kunt en hoeft een aantal zaken niet met uw Zvw-pgb te betalen:

- het stellen van uw indicatie, en evaluatie daarvan
- casemanagement
- verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg

De basisverzekering vergoedt deze zaken wel, als u aan de voorwaarden voldoet. Die staan in de vergoeding Verpleging en verzorging.

Laat u de indicatie stellen door een zorgverlener die geen contract met ons heeft? Dan vergoeden wij dit tot een bepaald bedrag. Dat geldt ook voor de evaluatie daarvan, voor casemanagement, verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg. Dit staat in de vergoeding Verpleging en verzorging.

7. Wij vergoeden maximaal de volgende tarieven. Dat geldt ook als uw zorgverlener hogere tarieven bij u in rekening brengt. U betaalt het verschil dan zelf.

a. Informele zorgverleners:

- persoonlijke verzorging € 24,36 per uur
- verpleging € 24,36 per uur

b. Formele zorgverleners:

- persoonlijke verzorging € 43,44 per uur
- verpleging € 59,04 per uur

Wie informele en formele zorgverleners zijn, staat in punt 1 van dit artikel.

Naast deze tarieven vergoeden wij geen andere kosten voor de zorg die u met uw Zvw-pgb inkoop. Bijvoorbeeld werkgeverslasten, reiskosten, vakantiegeld en vakantiedagen. Deze zitten al in het uurtarief.

8. U moet er zelf voor zorgen dat u uw zorgverleners op tijd betaalt. Doet u dat niet, en brengt uw zorgverlener daarom extra kosten in rekening? Dan kunt u die niet met uw Zvw-pgb betalen. Ook vergoedt de basisverzekering die extra kosten niet. Extra kosten zijn bijvoorbeeld incassokosten en rente.

9. Koopt u teveel zorg in, waardoor de kosten hoger zijn dan uw Zvw-pgb? Dan moet u de kosten boven uw Zvw-pgb zelf betalen. Let er daarom op dat u uw Zvw-pgb goed over het jaar verdeelt. Zo zorgt u ervoor dat u ook in de laatste maanden van het jaar zorg in kunt kopen met uw Zvw-pgb. De tijdvakken die wij in de toewijzingsbrief noemen kunt u hierbij gebruiken.

Heeft u een deel van uw Zvw-pgb niet gebruikt binnen de periode waarvoor u het Zvw-pgb heeft gekregen? Dan kunt u dit deel niet meenemen naar een volgende periode.

10. Wilt u zorg in het buitenland ontvangen? Dan moet u vooraf contact met ons opnemen. In overleg met u bepalen wij of die zorg aan alle voorwaarden voldoet.

11. Verblijft u tijdelijk in het ziekenhuis, een GGZ-instelling of een instelling voor Eerstelijns Verblijf (ELV), revalidatie of geriatrische revalidatie (GRZ)? Dan kunt u in deze periode geen zorg inkopen en declareren met uw Zvw-pgb.

Uitleg

1. Declaratieformulier Zvw-pgb verpleging en verzorging: U vindt het formulier op www.onvz.nl/zelf-regelen/declareren/declareren-per-post. Ons Service Center kunt u bellen via 030 639 62 22
2. In dienst: U bent in dit geval werkgever. Daarbij komen veel plichten kijken, bijvoorbeeld betalen van loonbelasting en doorbetalen van loon bij ziekte. De SVB kan deze plichten van u overnemen. Meer informatie daarover staat op www.svb.nl
3. Team Zvw-pgb: U kunt ons Team Zvw-pgb bellen via 030 639 65 62, of mailen via teampgb@onvz.nl

● Artikel 8: Welke taken en plichten u verder heeft

1. U moet zelf overeenkomsten sluiten met de zorgverleners die u wilt inzetten. Daarin maakt u afspraken over de zorg die u moet krijgen en hoeveel u daarvoor betaalt. In de overeenkomst moet minimaal het volgende staan:
 - a. uw naam, adres en woonplaats
 - b. naam, adres en woonplaats van uw zorgverlener
 - c. wat uw relatie met de zorgverlener is, bijvoorbeeld of de zorgverlener uw broer of buurvrouw is
 - d. voor welke periode de overeenkomst geldt
 - e. welke zorg de zorgverlener gaat geven
 - f. het aantal uren zorg, en op welke momenten die zorg gegeven wordt
 - g. welk tarief u daarvoor betaalt
 - h. de AGB-code, als u de overeenkomst sluit met een formele zorgverlener
 - i. uw handtekening of die van uw (wettelijk) vertegenwoordiger
 - j. de handtekening van uw zorgverlener

Op de [website van de SVB](#) kunt u een aantal voorbeelden vinden van overeenkomsten met zorgverleners.

2. Wijzigt uw zorgvraag of de verhouding tussen uw Zvw-pgb en reguliere zorg, dan moet u een nieuwe indicatie laten stellen volgens artikel 5. Heeft u door een acute situatie per direct (tijdelijk) meer zorg nodig, bijvoorbeeld omdat u uit het ziekenhuis komt? Neem dan contact op met ons Team Zvw-pgb¹.
3. U moet meewerken aan het evalueren van uw zorgvraag, als de wijkverpleegkundige daarom vraagt. Na hoeveel tijd de wijkverpleegkundige daarom vraagt is afhankelijk van uw situatie. Tijdens de evaluatie gaat de wijkverpleegkundige met u na of u nog de juiste zorg krijgt. Als duidelijk wordt dat uw zorgvraag is veranderd, dan moet uw indicatie opnieuw gesteld worden.

U moet dan ook om aanpassing van uw Zvw-pgb vragen. Dat kan door een nieuwe aanvraag volgens artikel 6 bij ons in te dienen. Geven wij u een nieuw Zvw-pgb? Dan eindigt uw oude Zvw-pgb. Beide berekenen we 'naar rato'. Dat betekent dat wij uw oude én uw nieuwe Zvw-pgb aanpassen aan de duur waarvoor u deze krijgt.

4. Heeft u een Zvw-pgb voor **meer** dan 24 uur per week, en koopt u deze zorg alleen in bij informele zorgverleners? Dan kunnen wij van u vragen dat u een deel van de zorg toch inkoop bij BIG-geregistreeerde verpleegkundige. Dat mag geen bloed- of aanverwant in 1e of 2e graad zijn. U moet dan aan die vraag voldoen.

Heeft u een Zvw-pgb voor **minder** dan 24 uur per week, die u alleen bij informele zorgaanbieders inkoop? En zijn wij van mening dat u daarmee niet de juiste zorg inkoop? Dan kunnen wij – in plaats van uw Zvw-pgb te beëindigen op grond van artikel 9c – u ook vragen een deel van de zorg in te kopen bij een BIG-geregistreeerde verpleegkundige. Dat mag geen bloed- of aanverwant in 1e of 2e graad zijn. U moet dan aan die vraag voldoen.

5. Heeft u gespecialiseerde verpleging nodig die **voorbehouden handelingen** (meer uitleg staat in artikel 12) omvat en voert een formele zorgverlener deze uit? Dan moet uw behandelend arts, verpleegkundig specialist of physician assistent zorgen voor een uitvoeringsverzoek. Voert een informele zorgverlener deze zorg uit? Dan moet in een ondertekend document van uw behandelend arts, verpleegkundige specialist of physician assistent staan dat die zorgverlener voldoende kennis en vaardigheden heeft om de handeling goed uit te voeren. Wij kunnen bij uw behandelend arts, verpleegkundig specialist of physician assistent nagaan of dit gebeurd is.
6. Omvat uw zorg een **risicovolle handeling** (meer uitleg staat in artikel 12) en voert een informele zorgverlener deze uit? Dan moet uw behandelend arts, verpleegkundig specialist of physician assistent, of uw verpleegkundige of verzorgende dit goedkeuren in een ondertekend document, waarin ook staat dat uw informele zorgverlener voldoende kennis en vaardigheden heeft om de handeling goed uit te voeren. Wij kunnen bij uw behandelend arts, verpleegkundig specialist of physician assistent, verpleegkundige of verzorgende nagaan of dit gebeurd is.
7. Voor zorgverleners die bij u in dienst zijn regelt het Arbeidstijdenbesluit hoeveel uur gewerkt mag worden. Is uw zorgverlener niet bij u in dienst, bijvoorbeeld omdat uw zorgverlener uw partner is of 1 van uw ouders? Dan moet u erop toezien dat hij of zij niet meer dan 48 uur in totaal per week werkt. Totaal betekent dat de werkweek van uw zorgverlener niet meer dan 48 uur mag zijn. Daarbij gaat het om de uren die uit het Zvw-pgb bekostigd worden én uren die ergens anders gewerkt worden. Bijvoorbeeld voor een werkgever, als zzp'er of in een eigen bedrijf. Verder moet uw zorgverlener 15 jaar of ouder zijn.
8. De zorg die u inkoop moet van goede kwaliteit en doeltreffend zijn. U bent daar zelf verantwoordelijk voor. U kunt ons dus niet aansprakelijk stellen voor fouten van zorgverleners. U bent er ook verantwoordelijk voor dat de zorg past binnen uw indicatiestelling.
9. Heeft u al een Zvw-pgb, en krijgt u een wettelijk vertegenwoordiger? Of een andere wettelijk vertegenwoordiger dan eerst? Dan moet u de uitspraak van de rechter aan ons toesturen. Gaat u gebruik maken van een niet-wettelijke vertegenwoordiger, of van een andere vertegenwoordiger dan eerst? Dan moet u zijn of haar gegevens aan ons doorgeven. U gebruikt hiervoor het machtigingsformulier 'niet-wettelijk vertegenwoordiger'². Dat formulier kunt u vinden op onze [website](#).

10. U moet een dossier bijhouden. U moet het dossier ook minimaal 5 jaar bewaren na het einde van uw Zvw-pgb. Als wij daarom vragen, moet u het dossier aan ons geven. Wij vragen daar bijvoorbeeld om als wij een controle uitvoeren.

In het dossier moet u in ieder geval de volgende stukken bewaren:

- alle Zvw-pgb aanvraagformulieren, zorgovereenkomsten met bijlagen en zorgplannen
- de toestemming van uw behandelend arts dat uw zorgverlener voorbehouden handelingen mag uitvoeren
- de uitspraak van de rechter waardoor u een wettelijk vertegenwoordiger heeft gekregen of het machtigingsformulier niet-wettelijk vertegenwoordiger
- alle rekeningen en urenlijsten met de namen van uw zorgverleners, welke zorg zij gegeven hebben met een toelichting en hoeveel zorg zij gegeven hebben (per tijdseenheid)
- kopieën van rekeningen van zorgverleners en kopieën van declaraties die u bij ons heeft ingediend
- loonstrookjes van de SVB als u een zorgverlener in dienst heeft en de SVB de loonadministratie voor u doet
- bewijzen dat u uw zorgverleners via uw bank heeft uitbetaald: u mag uw zorgverleners namelijk niet contant betalen

11. Wij moeten uw Zvw-pgb kunnen beoordelen, uitvoeren en controleren. Soms moeten wij daarvoor uw medische gegevens opvragen bij uw indicatiesteller of uw behandelend arts. Wij doen dat altijd onder verantwoordelijkheid van onze (verpleegkundig) medisch adviseur. Door het indienen van het aanvraagformulier voor een Zvw-pgb geeft u ons toestemming om dit te doen.

12. U moet meewerken aan een huisbezoek, als wij daarom vragen. Dat doen wij bijvoorbeeld als wij een controle uitvoeren.

Uitleg

1. Team Zvw-pgb: U kunt ons Team Zvw-pgb bellen via 030 639 65 62, of mailen via teampgb@onvz.nl
2. Machtigingsformulier 'niet-wettelijk vertegenwoordiger': <https://www.onvz.nl/snel-regelen/downloads>

● **Artikel 9: Beëindigen en aanpassing van uw Zvw-pgb**

In een aantal situaties kunnen wij uw Zvw-pgb beëindigen of aanpassen. Soms kan dat ook 'met terugwerkende kracht'. Dat betekent: vanaf een datum in het verleden. Het gaat om de volgende situaties:

- a. u geeft ons niet de informatie die wij nodig hebben, of niet op tijd
- b. u werkt niet mee aan een dossieronderzoek of huisbezoek, of daarbij komen onjuiste zaken naar voren
- c. het wordt ons duidelijk dat u niet in staat bent om met uw Zvw-pgb de juiste zorg te regelen
- d. u heeft ons onjuiste of onvolledige informatie gegeven, en met de juiste informatie hadden wij uw aanvraag anders beoordeeld
- e. wij vinden dat u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger niet of niet meer aan de regels in dit reglement voldoet
- f. uw zorgvraag is veranderd, en er is een herindicatie gesteld

● Artikel 10: Automatisch einde van uw Zvw-pgb

Uw Zvw-pgb eindigt in ieder geval in de onderstaande gevallen. In de situaties a en b gaat dat automatisch. De situaties c tot en met k moet u zelf bij ons melden. Meldt u dit te laat, waardoor uw Zvw-pgb te lang doorloopt? Dan eindigt uw Zvw-pgb met terugwerkende kracht.

- a. de einddatum van uw Zvw-pgb is bereikt
- b. uw indicatiestelling eindigt
- c. u voldoet niet meer aan artikel 2
- d. u bent door de rechter veroordeeld tot gevangenisstraf of tbs, of bent om een andere reden gedwongen opgenomen in een instelling
- e. uw basisverzekering eindigt
- f. u verblijft langer dan 2 maanden in een instelling, en de basisverzekering vergoedt dat verblijf
- g. u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger neemt deel aan de schuldsanering volgens de Wet schuldsanering natuurlijke personen
- h. de rechtbank verleent u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger surseance van betaling
- i. de rechtbank verklaart u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger failliet
- j. u heeft recht op langdurige zorg volgens de Wlz
- k. u stapt over naar verpleging en verzorging die u niet met het Zvw-pgb betaalt, maar waarvan wij de kosten vergoeden
- l. u vraagt om beëindiging
- m. 1 van de weigeringsgronden van artikel 4 is toch van toepassing

● Artikel 11: Terugbetaling van uw Zvw-pgb

Eindigt uw Zvw-pgb? Dan moet u ons het bedrag terugbetalen dat wij aan u hebben betaald over de periode na het einde van uw Zvw-pgb. Eindigt uw Zvw-pgb met terugwerkende kracht? Dan verlagen wij uw Zvw-pgb naar rato. Hebt u bijvoorbeeld een Zvw-pgb voor 1 jaar gekregen, maar eindigt het na 6 maanden? Dan verlagen wij het Zvw-pgb met de helft. Het bedrag dat wij teveel hebben betaald moet u dan terugbetalen.

● Artikel 12: Begrippen

● Indicatiestelling

De indicatiesteller beoordeelt welke zorg u nodig heeft, en hoe vaak en hoe lang. Hij of zij doet dat in uw eigen omgeving, waar u bij bent. Meestal is dat bij u thuis. Het is niet altijd zo dat alle zorg en ondersteuning die u nodig heeft, onder de basisverzekering valt. Als het bijvoorbeeld om huishoudelijke hulp gaat, dan moet de gemeente dat regelen. De indicatiesteller moet dat ook aangeven. De indicatiesteller kijkt ook wat u zelf kunt doen en waar bijvoorbeeld een partner u mee kan helpen.

● Bloed- of aanverwant in 1e of 2e graad

- 1e graad: uw ouders, adoptieouders, kinderen, adoptiekinderen, schoonzoons en schoondochters, of die van uw partner
- 2e graad: uw opa en oma, uw kleinkinderen, uw broers en zussen, uw schoonbroers en schoonzussen, of die van uw partner

● Netwerk

Uw naasten en mantelzorgers¹, zoals uw partner, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden.

- **(Wettelijk) vertegenwoordiger**

We maken onderscheid tussen een wettelijk vertegenwoordiger en een vertegenwoordiger.

Uw wettelijk vertegenwoordiger is of zijn:

- uw ouders of voogd, als u onder de 18 bent
- een door de rechtbank benoemde curator, mentor of bewindvoerder, als u 18 jaar of ouder bent

Uw vertegenwoordiger is de persoon die u aanwijst als uw vertegenwoordiger, en die uw bloed- of aanverwant in 1e of 2e is of uw partner.

Pgb-bureaus en andere organisaties of personen die tegen betaling Zvw-rgb's beheren, zien wij niet als (wettelijk) vertegenwoordiger.

- **Partner**

Uw echtgenoot of echtgenote, uw geregistreerd partner of andere levensgezel.

- **Bewuste keuzegesprek**

In dit gesprek bespreken wij met u wat het Zvw-rgb voor u betekent en wat de regels zijn waar u zich aan moet houden. U moet ook uitleggen waarom u kiest voor een Zvw-rgb.

- **Voorbehouden handelingen**

Voorbehouden handelingen zijn bijzondere handelingen in de zorg, die alleen door bepaalde zorgverleners gedaan mogen worden, omdat zij onaanvaardbare risico's voor de client met zich mee brengen als ze worden uitgevoerd door ondeskundigen. U kunt denken aan het geven van injecties en het toepassen van een wondtoilet. In de Wet BIG staat welke zorgverleners welke voorbehouden handelingen mogen uitvoeren.

- **Risicovolle handelingen**

Risicovolle handelingen zijn handelingen die gevaarlijk zijn voor de gezondheid, als iemand ze uitvoert die hier niet voor is opgeleid of dat niet zorgvuldig doet. Voorbehouden handelingen zijn altijd risicovol. Maar het kan ook gaan om andere handelingen, zoals het verwisselen van een infuuszak. Of het verzorgen van een wonddrain, of het geven van sondevoeding met een spuit of voedingspomp.

Uitleg

1. Naasten en mantelzorgers: Wij volgen hier de definitie in het begrippenkader van de beroepsvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden, V&VN

- **Bijbehorende documenten**

Bij dit reglement horen de volgende documenten die ook op onze [website](#) staan:

- aanvraagformulier voor het verpleegkundig deel (I) en het verzekerdendeel (II)
- formulier (wettelijk) vertegenwoordiger
- wijzigingsformulier Zvw-rgb
- declaratieformulier Zvw-rgb verpleging en verzorging
- declaratieformulier formele zorgverlener

Deze documenten zijn ook op te vragen via ons Service Center: 030 639 62 22.

● Verpleging en verzorging in de eigen omgeving

Zorg die u in de eigen omgeving krijgt. Bijvoorbeeld verzorging van een wond. Of hulp bij opstaan, wassen en aankleden. De zorg wordt ook wel 'wijkverpleging' genoemd.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100% bij gecontracteerde zorg Anders beperkte vergoeding
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u door uw medische situatie verpleging en verzorging in de eigen omgeving nodig? Dan komt de verpleegkundige of verzorgende naar u toe. Uw eigen omgeving is meestal thuis, maar kan ook tijdelijk ergens anders zijn, bijvoorbeeld als u bij een familielid logeert of op vakantie bent.

Verpleging heeft vaak te maken met medische handelingen. Zoals een wond verzorgen of een injectie geven. Maar er valt meer onder. Bijvoorbeeld het in de gaten houden van uw gezondheid. Of overleg met andere zorgverleners, zodat u op het juiste moment de juiste zorg krijgt. Verzorging is de hulp bij dagelijkse handelingen. Zoals douchen en aankleden, en het aantrekken van steunkousen.

De basisverzekering vergoedt verpleging en verzorging in de eigen omgeving als u geneeskundige zorg nodig heeft of daar een grote kans op is.

U kiest zelf naar welke zorgverlener u gaat. Om te voorkomen dat u zelf moet bijbetalen, adviseren wij u naar een gecontracteerde zorgverlener te gaan. Dan vergoeden wij de zorg volledig. In onze [Zorgzoeker](#) ziet u met welke zorgverleners wij een contract hebben.

Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan vergoeden wij tot een maximaal bedrag. Hoe hoog de vergoeding is, hangt af van wat voor zorg u krijgt. De maximale vergoedingen staan in een [overzicht](#). Alles hierboven betaalt u zelf.

Voor zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener moet u ons verder eerst toestemming vragen.

Een verpleegkundige beoordeelt welke zorg u nodig heeft, en hoe vaak en hoe lang. De verpleegkundige doet dat in uw eigen omgeving. Dat is meestal bij u thuis. U bent daar zelf bij. Dit heet ook wel 'indicatiestelling'. De verpleegkundige kijkt ook wat u zelf kunt doen. Of kunt leren. En waar een partner of mantelzorger u mee kan helpen. Misschien heeft u alleen een hulpmiddel nodig. Of zorg van een andere zorgverlener, zoals een fysiotherapeut of ergotherapeut. Het kan ook zijn dat niet alle zorg onder deze vergoeding Verpleging en verzorging in de eigen omgeving valt. Als het bijvoorbeeld om huishoudelijke hulp gaat, dan moet de gemeente dat regelen. De verpleegkundige zet de belangrijkste afspraken over hoe de zorg wordt ingevuld samen met u in een zorgplan.

Zorg voor kinderen valt ook onder deze vergoeding. Net als zorg bij dementie, en zorg in de laatste levensfase. Daarvoor gelden ook de voorwaarden hierna.

Verpleging en verzorging

Verpleging en verzorging voor kinderen jonger dan 18 jaar

Voor kinderen jonger dan 18 jaar geldt deze vergoeding ook. Een hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige doet dan de indicatiestelling voor verpleging en eventueel verzorging. Meestal komt u met de kinderverpleegkundige in contact via de kinderarts die uw kind behandelt.

Gaat uw kind naar een verpleegkundig kinderdagopvang of een verpleegkundig kindzorghuis? Dan vergoedt de basisverzekering het verblijf en de zorg daar. Maar alleen als uw kind continu toezicht nodig heeft, of als er dag en nacht verpleegkundige zorg in de buurt beschikbaar moet zijn.

Casemanagement bij dementie

Als iemand met dementie verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig heeft, dan is er vaak ook iemand nodig die dat coördineert: een casemanager. Dit is een vaste contactpersoon, meestal een verpleegkundige, die zorgt dat alle zorg goed op elkaar wordt afgestemd. Voor casemanagement bij dementie geldt ook de vergoeding die u nu leest. De verpleegkundige die de indicatiestelling doet, bepaalt of casemanagement nodig is.

Verpleging en verzorging in de laatste levensfase (palliatieve terminale zorg)

In de laatste levensfase kan aangepaste zorg nodig zijn. De zorg is bedoeld om de kwaliteit van uw leven in deze periode zo goed mogelijk te houden en om uw naasten te ondersteunen. Dit heet palliatieve terminale zorg.

U kunt deze zorg thuis krijgen, maar ook in een hospice of bijna-thuis-huis. De verpleegkundige stelt de indicatie. Een arts moet vooraf hebben bepaald dat sprake is van de laatste levensfase. Dat kan uw huisarts zijn, een medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of een arts voor verstandelijk gehandicapten. Waken vergoedt de basisverzekering alleen als dat om verpleegkundige redenen nodig is.

Hier kunt u terecht

De indicatiestelling moet worden gedaan door een hbo-gediplomeerd verpleegkundige of een hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige. Die moet zijn aangesloten bij een netwerk¹ dat in uw omgeving zorg en ondersteuning organiseert.

De zorg wordt gegeven door een verpleegkundige of een verzorgende individuele gezondheidszorg. Of, als het gaat om zorg voor een kind onder de 18 jaar, door een kinderverpleegkundige. De basisverzekering vergoedt geen zorg door een helpende (opleidingsniveau 2).

Zelf meer regie voeren met een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)?

Uw zorgverlener zorgt ervoor dat u op tijd de juiste zorg krijgt en stuurt meestal de rekening rechtstreeks aan ons. Wilt u dit liever zelf regelen? Dan kunt u een Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) bij ons aanvragen. Met een Zvw-pgb maakt u zelf afspraken met zorgverleners. U betaalt de zorgverleners zelf, en u declareert de kosten bij ons.

Dit wordt niet vergoed

- zorg door een helpende (opleidingsniveau 2)
- zorg die de gemeente regelt, zoals huishoudelijke hulp (let op, want die zorg staat vaak wél in uw zorgplan)
- verpleging en verzorging als u een indicatie heeft voor zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz). Het zorgkantoor is dan uw aanspreekpunt

Andere vergoedingen

Is het nodig dat u tijdelijk wordt opgenomen, maar hoeft dat niet in een ziekenhuis? Dan geldt meestal de vergoeding Eerstelijns verblijf.

Voor (verpleegkundige) zorg rond de bevalling geldt de vergoeding Zwangerschap en bevalling.

Voor verpleegkundige zorg bij medisch-specialistische zorg thuis, zoals Dialyse of Mechanische beademing gelden die vergoedingen.

Verpleging en verzorging

Voor kinderen met een lichamelijke handicap, of met meerdere lichamelijke problemen tegelijk en in sommige andere situaties vergoedt de basisverzekering Ziekenvervoer van huis naar een zorgverlener en terug.

• Wat u zelf betaalt

Meestal bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg

Hoe dat werkt, staat hierboven bij 'Wat u vergoed krijgt'.

Geen eigen risico

Voor verpleging en verzorging in de eigen omgeving geldt geen eigen risico. Ook niet als u die zorg via een Zvw-pgb vergoed krijgt.

• Dit moet u zelf doen

Controleer of uw zorgverlener een contract met ons heeft

Als uw zorgverlener geen contract met ons heeft, krijgt u een lagere vergoeding. In onze Zorgzoeker kunt u nakijken of uw zorgverlener een contract met ons heeft. Zoekt u een zorgverlener? Dan vindt u met de Zorgzoeker ook eenvoudig een zorgverlener in de buurt. U kunt ook contact opnemen met ons Service Center. Wij helpen u graag.

Soms moet u vooraf toestemming vragen

Dit hangt af van de zorgverlener die u kiest. Er zijn 2 mogelijkheden.

1. Heeft uw zorgverlener een contract met ons? Dan hoeft u niets te doen. Met die zorgverleners hebben wij afspraken over de toestemming.
2. Heeft uw zorgverlener geen contract met ons? Dan moet u vooraf toestemming bij ons vragen. Zonder toestemming vooraf vergoeden wij de zorg niet.

• Goed om te weten

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Wij vergoeden alleen de gebruikelijke zorg die u nodig heeft

Hier bedoelen we: de verpleging en verzorging die verpleegkundigen en verzorgenden normaal gesproken verlenen in verband met de geneeskundige zorg die u nodig heeft. Of als u een verhoogd risico heeft om die zorg nodig te hebben. Eenvoudig als het kan, ingewikkelder als het nodig is.

Uw zorgbehoefte kan opnieuw beoordeeld worden

U kunt uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen, door een andere verpleegkundige. De basisverzekering vergoedt de herbeoordeling, maar alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Wij kunnen deze andere verpleegkundige aanwijzen. Twijfelen wij zelf aan de zorgbehoefte die de eerste verpleegkundige heeft vastgesteld? Ook wij kunnen dan uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen.

Wachtlijst? Neem contact op met de ZorgConsulent

U kunt onze ZorgConsulent vragen te bemiddelen om uw wachttijd te verkorten. De ZorgConsulent is er ook voor andere vormen van zorgbemiddeling. Of voor hulp bij het kiezen van een zorgverlener.

Uitleg

1. Netwerk: Bijvoorbeeld een sociaal wijkteam, verpleegkundig platform of samenwerking van thuiszorgorganisaties

● Persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

Zélf meer regie over verpleging en verzorging in uw eigen omgeving.

● Vergoeding per verzekering

Basisverzekering	100%, volgens reglement Zvw-pgb
Aanvullende verzekeringen	Geen vergoeding

● Wat u vergoed krijgt

Heeft u recht op Verpleging en verzorging in de eigen omgeving? En wilt u zelf meer regie hebben over de zorg die u krijgt? Dan kunt u een persoonsgebonden budget ('Zvw-pgb') aanvragen. Daarmee kunt u zelf zorgverleners inhuren. Dat kunnen ook 'informele zorgverleners' zijn, zoals familielieden of kennissen.

Met een Zvw-pgb bent u niet alleen verantwoordelijk voor het inhuren, inroosteren en betalen van zorgverleners. U moet er ook voor zorgen dat de zorg van goede kwaliteit is en dat de zorgverleners hun zorg op elkaar afstemmen. En u moet aan ons uitleggen hoe u uw Zvw-pgb gebruikt heeft.

Een Zvw-pgb vraagt het nodige van u. Wij kijken daarom samen met u of u aan alle regels kunt voldoen. Of iemand heeft die dit namens u wil doen. Alle voorwaarden staan in het reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2023. U leest daar ook welke zorgverleners u mag inschakelen en welke tarieven u maximaal mag afspreken.

Wilt u een Zvw-pgb aanvragen? Stuur ons dan het ingevulde aanvraagformulier. Het 'verpleegkundige deel' (deel 1) van het formulier moet door een hbo-gediplomeerd verpleegkundige worden ingevuld. Of door een hbo-gediplomeerd kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist kindergeneeskunde¹, als het gaat om zorg voor iemand onder de 18 jaar. Het 'verzekerden deel' (deel 2) moet u zelf invullen. Hierin geeft u aan met welke zorgverleners u de zorg gaat organiseren.

Als wij het formulier hebben ontvangen, bellen wij u voor een 'bewuste keuze gesprek'. Daarin bespreken we uw aanvraag, en gaan wij na of alles voor u en voor ons duidelijk is.

Wij beslissen meestal binnen 6 weken. Als uw aanvraag akkoord is, krijgt u van ons een toestemmingsbrief. Daarin staat hoeveel uren zorg u maximaal vergoed krijgt. Als u de toestemmingsbrief heeft, kunt u contracten afsluiten met uw zorgverleners.

Dit wordt niet vergoed

- zorg die de gemeente regelt, zoals huishoudelijke hulp (let op, want die zorg staat vaak wél in uw zorgplan)
- verpleging en verzorging als u een indicatie heeft voor zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz): het zorgkantoor is dan uw aanspreekpunt

● Wat u zelf betaalt

Geen eigen bijdrage

Voor verpleging en verzorging in de eigen omgeving betaalt u geen eigen bijdrage.

Geen eigen risico

Voor verpleging en verzorging in de eigen omgeving geldt geen eigen risico. Ook niet als u die zorg via een Zvw-pgb vergoed krijgt.

- **Dit moet u zelf doen**

Een Zvw-pgb moet u bij ons aanvragen

Wij vergoeden verpleging en verzorging via een Zvw-pgb alleen als u vooraf toestemming van ons heeft gekregen, via een toestemmingsbrief. Met het aanvraagformulier vraagt u toestemming.

U bent er zelf verantwoordelijk voor dat u goede zorg krijgt

Lees daarom vooraf goed het reglement Zvw-pgb verpleging en verzorging 2023 door. Daarin staat waar u allemaal aan moet denken. Meer informatie vindt u ook op www.pgb.nl.

- **Goed om te weten**

De algemene regels zijn altijd van toepassing

De algemene regels gelden voor alle zorg en voor iedereen. Er staat bijvoorbeeld in wat nooit wordt vergoed.

Soms moet u het declaratieformulier Zvw-pgb gebruiken

U gebruikt dit formulier om rekeningen van informele zorgverleners te declareren. Ook voor formele zorgverleners met een AGB-code die begint met 91. Rekeningen van andere formele zorgverleners kunt u zonder dat formulier declareren.

Uitleg

1. Verpleegkundig specialist kindergeneeskunde: Die moet werken voor een zorgverlener die bij Brancheorganisatie voor Integrale Kindzorg is aangesloten