

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202501559

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoeker, en de erven van erflaatster C., hierna te noemen: erven, verzoeker en erven hierna gezamenlijk te noemen verzoekers, vertegenwoordigd door mevrouw D. te E.,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 17 september 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 14 oktober 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 5 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 10 december 2025 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 11 februari 2026 door de commissie gehoord. Hierbij is ook de aanvraag voor een PGB vv ten behoeve van erflaatster aan de orde gekomen. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gezonden.
- 1.4. Na de hoorzitting zijn erven in de gelegenheid gesteld hun zaak aan te vullen. Bij brief van 3 maart 2026 hebben erven een aanvullende reactie gestuurd, die op dezelfde dag in kopie aan de ziektekostenverzekeraar is gezonden, met de mogelijkheid hierop te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 24 maart 2026 gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 25 maart 2026 ter kennisname aan erven gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker en erflaatster waren in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering IZA Eigen Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering IZA Classic Comfort (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 20 februari 2025 bij verzoeker een indicatie gesteld voor Persoonlijke Verzorging op basis van 9 uren en 20 minuten per week voor de periode van 20 februari 2025 tot en met 20 april 2026. Bij erflaatster werd op dezelfde datum voor dezelfde periode een indicatie gesteld op basis van 12 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Verzoeker heeft op grond hiervan bij de ziektekostenverzekeraar aanvragen ingediend voor een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Op 10 april 2025 werden hiertoe door verzoeker en erflaatster aanvragen ingediend. Bij verzoeker ontbrak een handtekening, daarom is op 8 mei 2025 opnieuw een aanvraag ingediend.
- 2.3. Bij brieven van 19 mei en 20 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat de aanvragen voor het PGB vv ten behoeve van verzoeker en erflaatster zijn afgewezen.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 29 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoeker(s)

- 3.1. Verzoekers hebben aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden het ten behoeve van verzoeker en het ten behoeve van erflaatster aangevraagde PGB vv alsnog toe te kennen.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe in zijn brief aan de commissie van 17 september 2025 aangevoerd dat zijn zoon de administratie voor het PGB vv in het verleden uitbesteedde aan Informeles. Deze organisatie ondersteunt budgethouders bij het PGB-beheer en neemt familieleden in loondienst of op freelancebasis aan. Vervolgens wordt het familielid door Informeles uitbetaald, na aftrek van een commissie voor de organisatie, belastingen en eventuele werkgeverslasten. Verzoeker was niet ervan op de hoogte dat een dergelijke constructie niet is toegestaan. Zijn zoon werd door de gemeente geadviseerd van deze organisatie gebruik te maken. De reden hiervoor was dat hij met een dergelijke constructie ook verzekerd zou zijn voor de werknemersverzekeringen. Verzoeker heeft nooit de intentie gehad om de betrokkenheid van Informeles te verhullen. Hij ging ervan uit dat deze constructie, die in het geval van erflaatster al gedurende vijf jaren werd toegepast, bij de ziektekostenverzekeraar bekend was. In deze periode is nooit een waarschuwing of opmerking van de ziektekostenverzekeraar hierover ontvangen. Doordat de ziektekostenverzekeraar geen signalen afgaf, ging verzoeker ervan uit dat deze constructie was toegestaan. Zodra hij ervan op de hoogte was dat dit niet het geval was, heeft hij de samenwerking met Informeles beëindigd. Gelet hierop heeft de ziektekostenverzekeraar ten onrechte besloten de aanvraag voor het PGB vv af te wijzen. Verzoeker is in staat om, met ondersteuning van zijn zoon, te voldoen aan de verplichtingen die zijn verbonden aan het PGB vv. Verzoeker vraagt uitbetaling van het PGB vv met terugwerkende kracht tot de datum van beëindiging, alsmede voor de toekomstige periode.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat voor hem pas een PGB vv is toegekend vanaf 20 oktober 2025. Hij heeft nooit zorg gehad met tussenkomst van Informeles. De indicatie is wel via Informeles aangevraagd. De zoon van verzoeker raakte werkloos toen hij 60 jaar oud was. De gemeente liet hem werk doen dat onder zijn niveau was. Er was bekend dat hij mantelzorg verleende aan zijn ouders, en de gemeente wees hem op de mogelijkheid van een PGB vv. Er werd hem verteld dat hij dat moest doen via Informeles. Dit is ook steeds met de ziektekostenverzekeraar gecommuniceerd. Maar tijdens het laatste gesprek is hier heel erg op doorgegaan. De zoon stelde een urenregistratie op, en stuurde die naar Informeles, en dan werd een factuur opgemaakt die naar de ziektekostenverzekeraar werd gezonden. Informeles ontving hiervoor € 300,-- per maand. Aan de zoon van verzoeker is verteld dat er een nieuwe indicatiesteller moest komen en hij een cursus moest volgen bij Per Saldo. Deze cursus werd pas in oktober 2025 gegeven, dus eerder kon het niet. Verder heeft verzoeker ingebracht dat de

onderhavige zaak ook betrekking heeft op de afgewezen aanvraag voor verlenging van het PGB vv ten behoeve van erflaatster.

- 3.4. Bij brief van 3 maart 2026 hebben erven verklaard dat erflaatster geen PGB vv heeft ontvangen voor de zorg die aan haar is verleend van 1 januari 2025 tot en met 18 mei 2025. De zoon heeft in deze periode intensieve zorg aan haar verleend. Op 2 november 2020 heeft erflaatster voor het eerst een PGB vv ontvangen. In die periode werd de zoon al door Informeles ondersteund bij de administratie. Op 24 januari 2022 heeft erflaatster weer een toekenning ontvangen, alsmede op 26 januari 2023 en 1 december 2023. Op 2 januari 2025 heeft een Bewust Keuze Gesprek (BKG) plaatsgevonden, nadat de zoon had meegedeeld ook zorg aan verzoeker te willen gaan leveren. De zoon heeft bij die gelegenheid verteld over de bestaande samenwerking met Informeles. Hem is toen te kennen gegeven dat dit niet is toegestaan. Op 9 januari 2025 heeft nogmaals een BKG plaatsgevonden, waarbij de ziektekostenverzekeraar heeft meegedeeld zowel het dossier van verzoeker als dat van erflaatster te willen controleren. In oktober 2024 heeft een nieuwe aanvraag voor verlenging van het PGB vv van erflaatster plaatsgevonden. Deze aanvraag is op 12 februari 2025 afgewezen. Op 20 februari 2025 is weer een aanvraag voor verlenging gedaan, waarna op 9 en 16 mei 2025 opnieuw een BKG volgde. Op 18 mei 2025 is erflaatster overleden. Op 20 mei 2025 is de aanvraag voor verlenging van het PGB vv wederom afgewezen.
- 3.5. Formeel gezien is het juist dat geen gebruik had mogen worden gemaakt van bepaalde vormen van administratieve ondersteuning bij het beheer van het PGB vv. Verzoeker, erflaatster en hun zoon waren echter te goeder trouw. Zij hebben gedurende enkele jaren gebruik gemaakt van deze constructie. De aanvragen van erflaatster zijn in die periode door de ziektekostenverzekeraar telkens beoordeeld en toegekend. Er hebben gesprekken plaatsgevonden, er zijn stukken overgelegd en er zijn verantwoordingen ingediend. Nooit heeft de ziektekostenverzekeraar kenbaar gemaakt dat de betrokkenheid van Informeles niet was toegestaan of dat deze werkwijze in strijd zou zijn met de geldende voorwaarden. Voor zover de ziektekostenverzekeraar stelt dat hij niet op de hoogte was van de inzet van Informeles, merken erven op dat op basis van de gevoerde gesprekken, de ingediende administratie en de jaarlijkse toetsingen gesignaleerd had kunnen worden dat sprake was van administratieve ondersteuning door een derde. Het jarenlang uitblijven van enig signaal of een waarschuwing heeft bij verzoeker, erflaatster en hun zoon het vertrouwen gewekt dat de gehanteerde werkwijze in overeenstemming was met de regels. Daarbij komt dat het initiatief tot deze constructie niet voortkwam uit een poging de regels te omzeilen, maar uit de zoektocht naar een juiste en legitieme vormgeving van de zorg. De zoon is door de gemeente gewezen op de mogelijkheid gebruik te maken van de diensten van Informeles. Het is alleszins begrijpelijk dat een burger die zich expliciet heeft gewend tot de overheid en afgaat op de verkregen informatie, ervan uitgaat dat hij binnen de grenzen van het toegestane handelt. Tegen die achtergrond was er geen aanleiding om te veronderstellen dat het door de gemeente gesuggereerde traject niet verenigbaar zou zijn met de voorwaarden die de ziektekostenverzekeraar hanteert. Pas op 2 januari 2025 is de zoon, nadat hij in alle openheid had gemeld dat hij voornemens was ook voor verzoeker deze administratieve ondersteuning in te schakelen, erop gewezen dat de constructie niet was toegestaan. De ziektekostenverzekeraar heeft geen deugdelijke belangenafweging gemaakt. De daadwerkelijke zorg werd verleend door de zoon, terwijl de inzet van Informeles slechts zag op lichte administratieve werkzaamheden. Ook is geen gewicht toegekend aan het feit dat deze situatie in het geval van erflaatster al jaren bestond, deze constructie is voorgesteld door de gemeente, en dat de zoon de zorg aan zijn ouders onverminderd heeft voortgezet, ook na het uitblijven van het PGB vv.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker geen aanspraak heeft op een PGB vv. Hij heeft hiertoe in zijn heroverweging van 29 juli 2025 aangevoerd dat, om in aanmerking te komen voor een PGB vv, moet zijn voldaan aan alle voorwaarden die hieraan zijn verbonden, zoals

verwoord in het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). Bij een eerdere beoordeling van de aanvraag voor een PGB vv is gebleken dat verzoeker niet in staat is op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger het PGB vv te beheren. Tijdens het BKG is door de zoon van verzoeker meegedeeld dat gebruik werd gemaakt van de organisatie Informeles. Dit is in strijd met het bepaalde in artikel 3, derde lid, van het reglement. Eerder is aan verzoeker het advies gegeven bij Per Saldo een cursus te volgen omtrent het beheer en door een andere indicatiesteller een nieuwe indicatie te laten stellen. Hij mocht vervolgens een nieuwe aanvraag indienen, onder overlegging van een bewijs van deelname aan de cursus.

- 4.2. In zijn brief aan de commissie van 5 december 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat op 14 november 2024 door hem voor de eerste keer een aanvraag voor een PGB vv (ten behoeve van verzoeker) is ontvangen. Op 2 januari 2025 heeft een BKG plaatsgevonden met de zoon van verzoeker. Tijdens dit gesprek heeft de zoon toegelicht dat de organisatie Informeles hem al langere tijd ondersteunde bij de administratieve taken in het kader van het PGB vv ten behoeve van erflaatster. Hij vertelde dat hij een overeenkomst met Informeles voor de zorgverlening aan haar had ondertekend en dat hij voornemens was dit ook voor verzoeker te doen. De ziektekostenverzekeraar heeft hem toen erop gewezen dat het volgens het reglement niet is toegestaan om bij de uitvoering van de taken en plichten, verbonden aan het PGB vv, hulp van een derde partij te ontvangen. Naar aanleiding van het BKG heeft de ziektekostenverzekeraar besloten het dossier van erflaatster op te vragen en een dossiercontrole uit te voeren. Uit deze controle is gebleken dat het PGB-beheer niet op de juiste wijze heeft plaatsgevonden. Op 12 februari 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker per brief geïnformeerd dat zijn aanvraag voor een PGB vv is afgewezen. Deze afwijzing is gebaseerd op de uitkomsten van de gevoerde gesprekken met zijn zoon en op de bevindingen uit de controle van het dossier van erflaatster. De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat verzoeker niet voldoet aan de voorwaarde dat hij, al dan niet met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, in staat is alle taken en verplichtingen die bij een PGB vv behoren, op verantwoorde wijze uit te voeren.
- 4.3. Op 10 april 2025 heeft verzoeker opnieuw een aanvraag voor een PGB vv ingediend. Omdat de handtekening ontbrak, is deze aanvraag op 8 mei 2025 nogmaals ingediend. Op 16 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact gehad met de zoon van verzoeker, waarbij de gronden voor de voorgenomen afwijzing van deze aanvraag zijn toegelicht. Op 19 mei 2025 is verzoeker schriftelijk geïnformeerd dat zijn aanvraag voor een PGB vv is afgewezen. Naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar is niet gebleken dat de zoon van verzoeker, als zijn vertegenwoordiger, in staat is om de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden, op verantwoorde wijze uit te voeren. Verzoeker heeft vervolgens meegedeeld de samenwerking met Informeles te hebben beëindigd, nadat hij had vernomen dat tussenkomst van een derde partij niet is toegestaan. Het enkel beëindigen van deze samenwerking is evenwel onvoldoende om aan te tonen dat verzoeker en zijn zoon nu wel in staat zijn om alle taken en verplichtingen die bij een PGB vv horen correct uit te voeren. Verzoeker en zijn zoon hadden reeds eerder op de hoogte moeten zijn van de voorwaarden met betrekking tot hun taken en verantwoordelijkheden. Door de inzet van Informeles hebben zij aangetoond deze taken niet zelf op een verantwoorde wijze te kunnen uitvoeren. De ziektekostenverzekeraar heeft de zoon van verzoeker geadviseerd een cursus te volgen bij Per Saldo, zodat hij bij een eventuele nieuwe aanvraag kan aantonen dat hij beschikt over de benodigde kennis en vaardigheden om het PGB vv van zijn vader op correcte wijze te beheren. Bij een eventuele nieuwe aanvraag dient bewijs van deelname aan deze cursus te worden overgelegd. Daarnaast heeft de ziektekostenverzekeraar geadviseerd om de indicatie te laten stellen door een andere wijkverpleegkundige, omdat de eerdere verpleegkundige was aangesteld door Informeles.
- 4.4. In oktober 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een nieuwe aanvraag voor een PGB vv ten behoeve van verzoeker ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft vernomen dat de zoon van

verzoeker intussen een cursus heeft gevolgd bij Per Saldo. Ten tijde van de beoordeling van de eerdere aanvragen ten behoeve van verzoeker is vastgesteld dat hij niet in staat was het PGB vv op verantwoorde wijze te beheren, ook niet met ondersteuning van zijn zoon als vertegenwoordiger. Omdat bij de eerdere aanvragen niet werd voldaan aan de voorwaarden zoals opgenomen in het reglement, zijn deze destijds op rechtmatige gronden afgewezen.

- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat de aanvragen ten behoeve van verzoeker zorgvuldig zijn beoordeeld. Verzoeker ontving eerder geen PGB vv. Naar aanleiding van de beide aanvragen van november 2024 heeft er een BKG plaatsgevonden en heeft de zoon van verzoeker meegedeeld Informeles (ook) te willen inzetten voor het beheer van het PGB vv van verzoeker. Er is toen gezegd dat dit niet is toegestaan, en daarop is een dossiercontrole uitgevoerd bij erflaatster. Aan de ziektekostenverzekeraar werd niet eerder meegedeeld dat een derde ondersteuning bood bij het beheer van het PGB vv van erflaatster. Dat dit niet mag volgt uitdrukkelijk uit het reglement. Naar dit reglement is steeds verwezen, maar hiernaar is onvoldoende gehandeld. Dat de samenwerking met Informeles inmiddels was beëindigd maakt dit niet anders, omdat niet duidelijk was of verzoeker het beheer zelf kon uitvoeren. Verzoeker en zijn zoon waren ook niet op de hoogte van de regels uit het reglement. Het PGB vv is geen recht maar een keuze. Er is altijd het alternatief van zorg in natura. Het beheer van het PGB vv brengt een grote verantwoordelijkheid met zich. Daarbij hoort dat verzoeker bekend is met de verantwoordelijkheden vanuit het PGB vv. Informeles vraagt voor haar werkzaamheden een betaling van 25% van het PGB vv, en dit mag niet vanuit het reglement. De ziektekostenverzekeraar twijfelt niet aan de oprechtheid van verzoeker, maar tegelijkertijd zijn de weigeringsgronden duidelijk vastgelegd in het reglement. Met terugwerkende kracht toekennen kan niet, omdat op het moment van de aanvraag is vastgesteld dat verzoeker niet in staat was het PGB vv te beheren. Inmiddels is dit wel het geval, vandaar de toekenning vanaf oktober 2025. De voorwaarden zijn er niet om mensen te pesten, maar om hen te beschermen voor de eventuele gevolgen als het beheer niet op een verantwoorde wijze gaat. Er is met verzoeker meegedacht, en overwogen om de nieuwe aanvraag te beoordelen, om te toetsen of hij toch in aanmerking kon komen voor een PGB vv. Dit doet de ziektekostenverzekeraar meestal niet als al is aangetoond dat iemand zich niet aan de voorwaarden heeft gehouden. Deze nieuwe kans is verzoeker geboden onder de voorwaarden dat (i) een andere indicatiesteller de indicatie zou stellen en (ii) een PGB cursus bij Per Saldo werd gevolgd. Daarna ontving de ziektekostenverzekeraar echter aanvragen die niet voldeden aan deze aanvullende eisen.
- 4.6. Bij brief van 24 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat de in het reglement opgenomen voorwaarden en afspraken zijn gebaseerd op de Bestuurlijke Afspraken over de uitgangspunten en de inhoud van het PGB vv, zoals vastgesteld door het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), V&VN en Per Saldo. Zorgverzekeraars hebben hierbij de expliciete taak om zorgvuldig te toetsen of aan deze voorwaarden wordt voldaan. In de situatie van erflaatster is vastgesteld dat zij, samen met haar zoon als vertegenwoordiger, het commerciële bureau Informeles tegen betaling heeft ingeschakeld voor werkzaamheden die volgens het reglement en de bestuurlijke afspraken nadrukkelijk tot de eigen verantwoordelijkheden van de verzekerde of diens vertegenwoordiger behoren. Dit is in strijd met de artikelen 3, derde lid, sub a en 4, zevende lid van het reglement. Daarmee is niet voldaan aan de gestelde voorwaarden voor verantwoord PGB-beheer. Tijdens het BKG van 2 januari 2025 heeft de zoon van erflaatster toegelicht dat hij Informeles eerder had ingeschakeld en voornemens was dit ook in het geval van verzoeker te doen. Daarop is een dossiercontrole bij erflaatster uitgevoerd. Uit de ingezonden stukken is gebleken dat het PGB vv van erflaatster werd overgemaakt naar Informeles en dat deze organisatie de facturen opstelde, waarbij tevens gebruik werd gemaakt van verloning.nl voordat de zoon van erflaatster werd uitbetaald. Uit de stukken volgt dat slechts ongeveer de helft van het PGB vv aan de zoon werd uitbetaald. De inzet van een derde partij vormt een weigeringsgrond voor het PGB vv. Daarmee is de aanvraag ten behoeve van erflaatster terecht afgewezen. Op 10 april 2025 werd een nieuwe aanvraag ontvangen, waarbij de indicatie werd gesteld door een indicatiesteller die was verbonden aan Informeles. Om die reden is ook deze aanvraag afgewezen.

- 4.7. Voorts is van belang dat zowel in de brief van verzoeker van 28 december 2025 als in de verklaring van zijn zoon van 19 februari 2026 wordt uiteengezet dat bij het indienen van diverse documenten van Informeles richting de ziektekostenverzekeraar gebruik is gemaakt van blanco enveloppen en blanco briefpapier. Dit gebeurde met de expliciete bedoeling de indruk te wekken dat deze documenten rechtstreeks afkomstig waren van erflaatster. De zoon omschrijft daarbij dat Informeles “op slinkse wijze” buiten beeld is gebleven en dat ook hij als familielid niet eerder heeft ingezien hoe dit precies plaatsvond. Deze door hem geschetste “misleidende werkwijze” van Informeles bevestigt dat de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid niet kon vaststellen dat stukken feitelijk door Informeles waren opgesteld of ingediend. Daarmee vervalt iedere suggestie dat de ziektekostenverzekeraar van deze constructie had kunnen of moeten weten. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat verzoeker en erflaatster hebben geprobeerd de zorg zo zorgvuldig mogelijk te organiseren. Tegelijk geldt dat in de aanvraagformulieren steeds is vermeld dat de aanvrager door ondertekening instemt met het reglement en bekend is met de daarbij behorende verantwoordelijkheden. Het was de verantwoordelijkheid van verzoeker en erflaatster kennis te nemen van het reglement. Bovendien is het PGB vv geen recht maar een keuze. Deze keuze betreft ook de verantwoordelijkheden die bij het beheer horen. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen de in het verleden uitgekeerde PGB-bedragen niet terug te vorderen, waarmee hij zich coulant opstelt.
- 4.8. De in oktober 2025 ingediende aanvraag is wel toegekend, omdat op dat moment was voldaan aan de voorwaarden die in april 2025 naar aanleiding van de eerdere afwijzing werden gesteld. Deze voorwaarden waren, als gezegd, dat de zoon van verzoeker een cursus zou volgen bij Per Saldo en dat de indicatie werd gesteld door een andere indicatiesteller, niet verbonden aan Informeles. Overigens merkt de ziektekostenverzekeraar op dat nog geen declaraties zijn ontvangen vanaf oktober 2025. Dit roept bij de ziektekostenverzekeraar de vraag op of verzoeker en zijn zoon daadwerkelijk in staat zijn de taken en verplichtingen die verbonden zijn aan een PGB vv op een juiste en verantwoorde wijze uit te voeren.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over het PGB vv, en die uit het Burgerlijk Wetboek (BW) 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.

Zorgverzekering

- 6.2. De commissie merkt in de eerste plaats op dat zij als vaste lijn hanteert dat door het indienen van een volgende aanvraag de eerdere aanvraag komt te vervallen. Op het moment van het aanbrengen van het geschil was de laatst ingediende aanvraag ten behoeve van verzoeker – die uit oktober 2025 – nog niet door de ziektekostenverzekeraar beoordeeld. Intussen is deze aanvraag met ingang van 20 oktober 2025 toegekend, maar hieraan is door de ziektekostenverzekeraar geen terugwerkende kracht verleend. Voor het vervolg zal de commissie daarom uitgaan van de door de ziektekostenverzekeraar afgewezen aanvragen van 10 april 2025 (erflaatster) respectievelijk 8 mei

2025 (verzoeker) waarbij het ten aanzien van verzoeker nadien nader aangevraagd PGB vanaf 20 oktober 2025 is gehonoreerd, waardoor de periode waarover de commissie zich uitspreekt is beperkt tot laatstgenoemde datum. De zorg ten behoeve van erflaatster is door haar overlijden op 18 mei 2025, per die datum geëindigd. Met betrekking tot de beide aanvragen ten behoeve van verzoeker en erflaatster overweegt de commissie het volgende.

- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft zich bij de afwijzing van de aanvragen beroepen op artikel 3, derde lid en artikel 4, tweede lid, zevende lid, onderdeel a en elfde lid van het reglement. In artikel 3 van het reglement is bepaald dat een PGB vv alleen wordt verstrekt als is voldaan aan alle daarin gestelde voorwaarden. Het derde lid bepaalt dat een verzekerde naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Hiertoe wordt een aantal zaken meegewogen. Onder sub a is benoemd dat in ieder geval wordt meegewogen of iemand zich bij een eerdere verstrekking van het PGB in de AWBZ, Wlz, Wmo, Zvw of Jeugdwet niet heeft gehouden aan de daarbij behorende verplichtingen. Artikel 4 van het reglement bepaalt dat het PGB vv wordt geweigerd als niet is voldaan aan één van de daarin genoemde gronden. Het tweede lid vermeldt dat geen PGB vv wordt verstrekt als de verzekerde bij een eerdere verstrekking van het PGB vv niet in staat is gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te houden aan de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen. Het zevende lid regelt de voorwaarden waaraan een wettelijk vertegenwoordiger moet voldoen. In sub a is bepaald dat het PGB vv wordt geweigerd als de wettelijk vertegenwoordiger zich bij een eerdere verstrekking van een PGB vv, waarbij hij als hulppersoon of wettelijk vertegenwoordiger optrad, niet heeft ingestaan voor de nakoming van de hieraan verbonden verplichtingen. Het elfde lid bepaalt dat geen PGB vv wordt verstrekt als de verzekerde wordt geholpen door een andere vertegenwoordiger dan de wettelijk vertegenwoordiger, een bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad of de echtgenoot of (geregistreerde) partner.
- 6.4. Ten aanzien van de aanvraag ten behoeve van erflaatster geldt dat zij zich liet vertegenwoordigen door haar zoon, en dat deze gebruik heeft gemaakt van de diensten van Informeles. Dit laatste is in strijd met het bepaalde in artikel 4, elfde lid, van het reglement. Daarbij mocht de ziektekostenverzekeraar verlenging van het PGB vv weigeren op grond van artikel 3, derde lid, sub a, van het reglement, in samenhang met artikel 4, zevende lid van het reglement, nu was gebleken dat bij een eerdere verstrekking gelet op de constructie met Informeles niet conform de bij het PGB horende verplichtingen was gehandeld.
Door erven is verder aangevoerd dat erflaatster gedurende een periode van 4,5 jaren een PGB vv toegekend heeft gekregen, en dat tijdens ieder BKG is gesproken over de betrokkenheid van Informeles. Volgens de zoon van erflaatster is hij er bij die gelegenheden niet op gewezen dat dit in strijd zou zijn met het reglement. Voor zover erven hebben beoogd hiermee te stellen dat er sprake zou zijn van gewekt vertrouwen dat de ziektekostenverzekeraar in afwijking van de voorwaarden akkoord was met de constructie met Informeles, treft deze stelling geen doel. De ziektekostenverzekeraar heeft gemotiveerd weersproken dat de verzekeraar van de constructie met Informeles had kunnen of moeten weten. De commissie overweegt voorts dat het aan erflaatster en haar zoon als haar vertegenwoordiger was zich ervan te vergewissen wat de voorwaarden voor het PGB vv waren en te handelen conform die voorwaarden.
Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek van erven, dat ziet op de aanvraag ten behoeve van erflaatster, wordt afgewezen.
- 6.5. Voor zover het gaat om de aanvraag ten behoeve van verzoeker geldt dat uit de stukken blijkt dat dit de eerste aanvraag voor een PGB vv betreft. Verzoeker heeft ervoor gekozen zijn zoon hierbij als vertegenwoordiger op te geven. Naar het oordeel van de commissie mag hieruit worden afgeleid dat verzoeker zich niet in staat achtte het PGB vv zelf op verantwoorde wijze te kunnen beheren. De vraag ligt daarom voor of de vertegenwoordiger van verzoeker, dat wil zeggen zijn zoon, daartoe

wél in staat geacht diende te worden. Zoals hiervóór is overwogen, is in artikel 4, zevende lid, van het reglement bepaald dat een grond voor weigering van het PGB vv is de situatie waarbij de (wettelijk) vertegenwoordiger bij een eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij of zij als hulppersoon of (wettelijk) vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen. Aangezien de zoon van verzoeker bij de verstrekking van het PGB vv ten behoeve van erflaatster jarenlang de hulp van Informeles heeft ingezet, vormde dit ten tijde van de in geding zijnde aanvraag van het PGB vv voor verzoeker tevens een weigeringsgrond.

- 6.6. Verzoeker heeft toegelicht dat het inschakelen van Informeles werd geadviseerd door de gemeente en daarbij was ingegeven door het feit dat de zoon van verzoeker dan (als werknemer) zou zijn verzekerd voor de werknemersverzekeringen. Wat hiervan ook zij, een en ander kan de ziektekostenverzekeraar niet worden tegengeworpen. Het is aan de budgethouder en zijn of haar vertegenwoordiger om zich ervan te vergewissen dat de voorwaarden van het reglement worden nageleefd. Uit dit reglement volgt dat geen derde partij mag worden ingeschakeld om de administratie te verzorgen, hetgeen bij de eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij de zoon van verzoeker als (wettelijk) vertegenwoordiger optrad wel is gebeurd. Ook de opmerking van de zoon van verzoeker tijdens een telefoongesprek met de ziektekostenverzekeraar op 9 mei 2025 dat hij met Informeles zou stoppen maakt een en ander niet anders.

Slotsom

- 6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst de verzoeken af.

Zeist, 23 september 2026,

J.W. Heringa

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 er 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

13.2. Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor verzekerden vanaf 16 jaar/volwassenen

Een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is een erkend programma over gezonde voeding, eetgewoontes en meer bewegen om een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden. Eventueel kunnen psychologische interventies op maat ter ondersteuning van de gedragsverandering onderdeel zijn van het zorgprogramma. Bent u 18 jaar of ouder? Dan kunt u voor een erkend programma in aanmerking komen vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de Zorgstandaard Obesitas. Bent u 16 jaar of 17 jaar? Dan komt u in aanmerking voor een GLI als u een matig verhoogd GGR heeft en uw huisarts inschat dat u baat kunt hebben bij een GLI voor volwassenen. Op onze website vindt u de erkende programma's. Een programma duurt 24 aaneengesloten maanden. U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen.

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

1. Bij een leefstijlcoach die is in ingeschreven in het KABIZ-register (Kwaliteitsregistratie en Accreditatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg) en is aangesloten bij de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)
2. Bij een fysiotherapeut, oefentherapeut, diëtist of ergotherapeut die zijn geregistreerd als leefstijlcoach.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts.

Artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging) (natura)

Verpleging en verzorging is zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. Deze zorg omvat naast verpleegkundige handelingen en verzorging ook coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid en het cliëntsysteem en casemanagement. Onder deze zorg valt ook zorg zoals een verpleegkundige pleegt te bieden als u gebruik heeft gemaakt van een noodoproep via een personenalarmering (bijvoorbeeld als u thuis bent gevallen). Ook medische kindzorg thuis, in een verpleegkundig kinderdagverblijf en verpleegkundig kindzorghuis valt onder verpleging en verzorging. Medische kindzorg wordt ook wel intensieve kindzorg genoemd.

U heeft voor verpleging en/of verzorging een indicatie nodig en er moet een zorgplan zijn opgesteld. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig heeft in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

Let op

Steeds meer medisch-specialistische behandelingen vinden plaats in de thuissituatie. De bijbehorende verpleging en verzorging vergoeden wij niet als wij deze betalen als onderdeel van medisch specialistische zorg.

Persoonsgebonden budget (pgb)

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel [7. Verplicht eigen risico](#) en [8. Vrijwillig eigen risico](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

Indicatie nodig van

- Een hbo-verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging en Verzorging Nederland.
- Een kinderverpleegkundige voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Dit is een hbo-verpleegkundige met kinderaantekening of verpleegkundig specialist met kinderaantekening. De kinderverpleegkundige stelt de indicatie op basis van de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) en werkt volgens het landelijke Medische Kindzorg Samenwerking (MKS).

Hier kunt u terecht

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

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

[1.3. Zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder](#) van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel [1.4. Zorgverlening door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder](#) en [1.6. Tijdige zorgverlening](#) van deze verzekeringsvoorwaarden.

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

Toestemming

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor de zorg. Voor de indicatie heeft u geen voorafgaande toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel [1.9. Verwijzing, voorschrift of toestemming](#) van deze voorwaarden.

Artikel 15. Verloskundige zorg en kraamzorg (restitutie)

15.1. Verloskundige zorg

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

Deze zorg omvat ook:

- Preconceptiezorg (kinderwensconsult)
Als u een kindrewens heeft, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel [11. Huisartsenzorg \(restitutie\)](#) is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan.
- De niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek als u een medische indicatie heeft.
- Invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) als uit een NIPT blijkt dat u een aanmerkelijke kans heeft op een kind met een chromosoomafwijking (zoals het syndroom van Down).

Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2025 (Zvw-pgb)

Artikel 1. Inleiding

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 14, verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2025 van:

- Gewoon ZEKUR Zorg Basis
- Gewoon ZEKUR Zorg Plus
- IZA Basis Keuze
- IZA Ruime Keuze
- IZA Eigen Keuze
- IZZ Basisverzekering, Variant Basis Keuze
- IZZ Basisverzekering, Variant Bewuuzt
- IZZ Basisverzekering, Variant Natura
- IZZ Basisverzekering, Variant Combinatie
- UC Basis Keuze
- UC Bewuste Keuze
- UC Ruime Keuze
- UC Eigen Keuze
- Univé Zorg Select polis
- Univé Zorg Basis polis
- Univé Zorg Geregeld polis
- Univé Zorg Uitgebreid polis
- UMC Eigen Keuze
- UMC Ruime Keuze
- VGZbewuuzt Basis
- VGZ Basis Keuze
- VGZ Ruime Keuze
- VGZ Eigen Keuze
- Zorgzaam Ruime Keuze

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 Zvw-pgb die zijn overeengekomen door het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, V&VN en Per Saldo.

Artikel 2. Doelgroep Zvw-pgb

1. U komt in aanmerking voor een persoonsgebonden budget op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) als u behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.
 - a. Onder deze zorg benoemd in artikel 2.1. vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

Daarnaast dient u:

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

Artikel 3. Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

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

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

4. U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
5. U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.

Artikel 4. Weigeringsgronden

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

1. U voldoet niet aan de voorwaarden opgenomen in artikel 2 en/of 3.
2. U bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
3. U beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
4. Uw vrijheid is u rehtens ontnomen;
5. U verleent geen medewerking (meer) aan een 'Bewust-keuzegesprek' en/of huisbezoek dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
6. Uit uw aanvraagformulier of het 'Bewust-keuzegesprek' en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
7. Uw (wettelijk) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):
 - a. Heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij of zij als hulppersoon of (wettelijk) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b. Beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
 - c. Is zijn/haar vrijheid rehtens ontnomen;
 - d. Valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - e. Heeft surseance (uitstel) van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of is failliet verklaard;
 - f. Biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen;
 - g. De hulp tegen betaling verleent;
8. U beschikt over meer dan één indicatie voor de zorg zoals beschreven in artikel 2.1. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord;
9. U koopt zorg in bij uw (wettelijk) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (partner, bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad);
10. U bent failliet verklaard of, als de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden is failliet verklaard;
11. U wordt geholpen door een andere vertegenwoordiger dan uw wettelijk vertegenwoordiger, een bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad of uw echtgenoot of (geregistreeerde) partner;
12. De zorg wordt al vergoed vanuit andere zorgsoorten, bijvoorbeeld medisch specialistische zorg (vanuit een DBC). Hiermee wordt dubbele bekostiging en daarmee onrechtmatige zorg uitgesloten.

Artikel 5. Aanvraag Zvw-pgb

1. U kunt een Zvw-pgb aanvragen door ons Zvw-pgb formulier in te vullen, te ondertekenen en naar ons op te sturen. U vindt ons formulier op onze website. U kunt het Zvw-pgb-aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Deel 1 van het aanvraagformulier laat u invullen en ondertekenen door de verpleegkundige die de indicatie stelt. Deze verpleegkundige moet u eerst in uw thuissituatie hebben gezien. Deel 2 van het aanvraagformulier vult u in en ondertekent u zelf (of uw vertegenwoordiger). Wij nemen uw aanvraag niet in behandeling als het aanvraagformulier niet volledig is ingevuld, ondertekend en/of als er bijlagen ontbreken. Loopt uw Zvw-pgb af? Dan adviseren wij u om 13 weken voor het aflopen van uw huidige Zvw-pgb contact op te nemen met een verpleegkundige die de indicatie stelt (zie artikel 5.2, 5.3. en 5.4.) en minimaal 6 weken voor afloop van uw Zvw-pgb de volledige pgb-aanvraagformulieren-set bij ons in te dienen. Wilt u uw Zvw-pgb voor palliatief terminale zorg verlengen? Dan kunt u uiterlijk 2 weken voor het aflopen van uw Zvw-pgb een (her)indicatie laten stellen door een verpleegkundige. Wij adviseren u om uw aanvraag zo snel mogelijk bij ons in te dienen.
2. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen (deel I: het verpleegkundige deel en deel II: het verzekerden deel). Een 'Bewust-keuzegesprek' maakt onderdeel uit van de aanvraagprocedure, tenzij wij hiervan afzien. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden, zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3, krijgt u een akkoordverklaring voor een Zvw-pgb.

- a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door een minimaal BIG-geregistreeerde hbo-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving (het normenkader van V&VN) heeft opgesteld;
 - b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een minimaal BIG-geregistreeerde hbo-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkundige, die tevens de verplichte HIK-training (Handreiking Indicatieproces Kindzorg) heeft gevolgd en dit kan aantonen met een geldig certificaat. De indicatiesteller dient werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de BINKZ (Branchevereniging Integrale Kindzorg). De indicatie wordt volgens het normenkader van de V&VN en de HIK opgesteld in de thuissituatie in aanwezigheid van het kind en de wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder of mentor).
 - c. De verpleegkundige die de indicatie stelt, is aantoonbaar vakbekwaam en voldoet aan de voorwaarden zoals vermeld in het Statement V&VN Vakbekwaam indiceren voor de Zorgverzekeringswet.
3. Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op arbeidsmarkt kan er contact worden opgenomen met ons om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen.
 4. Bij de indicatiestelling dient de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg te hanteren bij het bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk.
 5. Is er sprake van voorbehouden of risicovolle handelingen? Dan moet u, als we u daarom vragen, aan kunnen tonen dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd.
Risicovolle handelingen: Bij een risicovolle handeling moet de aard, omvang en inhoud van de zorg uitgewerkt zijn in het zorgplan.
Voorbehouden handelingen: Gaat het om voorbehouden handelingen door een formele zorgverlener? Dan moet uw zorgverlener bevoegd en bekwaam zijn om deze handelingen uit te voeren. U moet, als we u daarom vragen, een uitvoeringsverzoek kunnen laten zien van een arts voor die handelingen en kunnen aantonen dat er wordt gewerkt overeenkomstig de 'handleiding voorbehouden handelingen in de (wijk) verpleging & verzorging' (ActiZ, 2019).
Bij informele zorgverleners moet u, als we u daarom vragen, kunnen aantonen dat de arts de zorgverlener voldoende bewust en bekwaam acht om de handeling verantwoord uit te voeren.
 6. Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandelend arts toe te voegen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.
 7. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden. De indicatie mag daarom in ieder geval niet gesteld worden door een wijkverpleegkundige die:
 - uw (wettelijke) vertegenwoordiger en/of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn is, en/of
 - zelf zorg aan u gaat leveren, en/of
 - in dienst is bij, of een samenwerkingsverband heeft met een zorgverlener die de zorg deels aan u gaat leveren, tenzij het gaat om een zorgverlener die wij voor zorg in natura gecontracteerd hebben.
 8. Bij de indicatiestelling moet de wijkverpleegkundige volgens het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving' van V&VN de afweging maken wat u en uw netwerk zelf kan en wil oplossen. Dit betekent dat de wijkverpleegkundige onder andere uw netwerk in kaart brengt en vervolgens afweegt welke zorg op grond van belasting en belastbaarheid wel of niet door het netwerk kan worden verleend. De zorg die door het netwerk wordt verleend, mag in de indicatie voor wijkverpleging niet meegenomen worden. Hiervoor krijgt u dan ook geen pgb. De afweging die de wijkverpleegkundige daarbij maakt, moet in de indicatie staan. Onder netwerk wordt volgens het Begrippenkader van de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) verstaan: "naasten en mantelzorgers" zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden van verzekerde. Bij de indicatiestelling maakt de wijkverpleegkundige de afweging, gegeven de hele context van de verzekerde (zorgvrager), hoe de hulpvraag opgelost of hoe de interventie uitgevoerd kan worden. Zelfredzaamheid (samen met het eigen netwerk) is het uitgangspunt van het Normenkader.
 9. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt, niet doelmatig is of dat de indicatiestelling niet voldoet aan het normenkader van V&VN. In dat geval nemen wij contact op met de indicierend wijkverpleegkundige en vragen wij om een nadere uitleg en onderbouwing. Als na dat contact naar ons oordeel de zorg niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt, of niet doelmatig is, of de indicatie is niet gesteld volgens het normenkader, dan kennen wij voor die zorg geen Zvw-rgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij in deze situatie vragen om een herbeoordeling van de indicatie. Wij vragen een tweede, onafhankelijke wijkverpleegkundige om de geldende indicatie opnieuw te beoordelen (herbeoordeling). De eerste wijkverpleegkundige behoudt de regie over de indicatie. Na de toetsing door een tweede wijkverpleegkundige moet het oordeel/advies van deze wijkverpleegkundige voorgelegd worden aan de eerste wijkverpleegkundige. Na overleg tussen beiden wijkverpleegkundigen (intervisie) beoordeelt de eerste wijkverpleegkundige vervolgens of de herbeoordeling tot aanpassing van de indicatie leidt en moet dit ook kunnen onderbouwen.
 10. Als u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, dient u tevens aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins. Ook met een vervangende zorgverlener moet u een zorgovereenkomst sluiten.

11. Als u verbleef in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw, kunt u weer gebruikmaken van uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd.
Een nieuwe aanvraag is nodig als u langer dan 60 dagen opgenomen bent in een Wlz-instelling, in een ziekenhuis verblijft of langer dan 60 dagen gebruikmaakt van eerstelijnsverblijf.
12. Als u voor verpleging en verzorging gebruik wilt maken van zorg in natura in combinatie met een Zvw-pgb, dan moet u dit kenbaar maken op het aanvraagformulier. De verpleegkundige moet hiervoor één indicatie opstellen waarin zowel de zorg in natura als zorg vanuit het Zvw-pgb zijn opgenomen. De door ons gecontracteerde zorgaanbieders leveren alleen zorg in natura en geen zorg vanuit een Zvw-pgb.
Ook moet u de wijkverpleegkundige die de indicatie stelt, de instelling die de zorg in natura levert en degene die de Zvw-pgb zorg levert hierover informeren. Als u van ons geen akkoord heeft voor de vergoeding van zorg in natura in combinatie met Zvw-pgb, heeft dit gevolgen voor de vergoeding.

Artikel 6. Toekenningsverklaring

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

Artikel 7. Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

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

7.2 Hoogte en omvang declaratie

1. Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
 - Persoonlijke verzorging: € 39,63 per uur
 - Verpleging: € 59,08 per uur
2. Voor het formele tarief komen in aanmerking zorgverleners die:
 - a. beschikken over een AGB-code uit een van de categorieën:
 - 41 ZZP'ers in de wijkverpleging / Zvw-pgb aanbieders / beheerstichtingen
 - 42 verzorgingshuizen
 - 75 thuiszorginstellingen
 - 91 verpleegkundigen
 - 98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars
 - b. zelfstandig of namens een onder a. bedoelde instelling werkzaam zijn als wijkverpleegkundig specialist, wijkverpleegkundige, verpleegkundige met diploma MBO-verpleegkunde of een verzorgende 3IG of verzorgende niveau 3 is en aantoonbaar voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. Wij kunnen bij u het diploma van uw formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan wij kunnen controleren of uw zorgverlener bevoegd is tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief.

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

U kunt maximaal de in artikel 7.2.1 genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.

3. Voor informele zorgverleners kunt u maximaal € 25,08 per uur declareren voor persoonlijke verzorging en verpleging.
4. Onder informele zorgverleners vallen in ieder geval zorgverleners die:
 - a. Ouders, verzorgers, partner (zoals echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel), bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad zijn (deze personen kunnen in geen enkel geval aangemerkt worden als formele zorgverlener voor betreffende budgethouder) en/of;
 - b. Zorghulp of helpende tot opleidingsniveau 3 zijn;
 - c. Niet zijn ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
 - d. Geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister.Deze zorgverleners komen nooit in aanmerking voor het formele tarief.

5. Zowel het formele als het informele tarief zijn 'all-in-tarieven'. Dit houdt in dat u naast dit tarief geen andere kosten kunt declareren, zoals werkgeverslasten, reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en hulpmiddelen.
6. Zorgverleners die bekend zijn als Extern Verwijzingsregister (EVR) gesignaleerde aanbieders of waarbij een ernstig vermoeden van fraude is, kunnen op basis van onderzoek worden uitgesloten van een vergoeding vanuit het Zvw-pgb.

7.3 Overige bepalingen t.b.v. declareren

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

Artikel 8. Verplichtingen

1. U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
 - NAW gegevens verzekerde
 - NAW gegevens zorgverlener
 - Relatie tussen verzekerde en zorgverlener
 - Looptijd van de overeenkomst
 - Welke zorg zal worden geleverd
 - Het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten
 - Welk tarief u daarvoor zult betalen
 - AGB-code als het een formele zorgverlener betreft
 - Ondertekening door verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger en zorgverlener.Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op onze website en telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen.
2. U dient er als verzekerde op toe te zien dat partner, bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad waarmee u een overeenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, niet meer dan 40 uur in één week aan werkzaamheden verrichten. Op het moment dat de bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad een dienstbetrekking heeft, waarbij het Arbeidstijdenbesluit van toepassing is, dan mag de werkweek inclusief de uren die uit het Zvw-pgb bekostigd worden niet meer dan 48 uur bedragen. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 15 jaar.
3. U bent verplicht om mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige, die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, bent u verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een aanvraagformulier in te vullen en in te dienen.
4. U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoopt. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.
5.
 - a. Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt, is een nieuwe indicatiestelling door de verpleegkundige noodzakelijk. Dit kan zowel gaan om een verslechtering als een verbetering van uw gezondheidssituatie. U moet dan per direct een nieuwe indicatie aanvragen en een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen.
 - b. De verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, kan ook minstens 1 keer per jaar op eigen initiatief toetsen of de indicatie nog aansluit bij uw zorgbehoefte en dus nog correct is. Als er op basis van die toetsing een

nieuwe indicatie volgt, moet u ook een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. Monitoring en evaluatie zijn onderdeel van het proces van indicatiestelling, wijzigingen in de zorgbehoefte (indicatiestelling) kunnen leiden tot wijzigingen in de hoogte van het Zvw-pgb.

- c. Bij een inventarisatie waaruit blijkt dat de zorgvraag meer dan 24 uur per week omvat, kan er voorafgaand aan het afgeven van de indicatie een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd worden door de wijkverpleegkundige, zodat de zorg wordt afgestemd met de verschillende professionals. U bent verplicht om mee te werken aan een MDO.
6. Als er wijzigingen zijn in de combinatie en verhouding zorg in natura en pgb moet u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan, als dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude Zvw-pgb wordt (her)berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 6.9. met ingang van de datum van de nieuwe aanvraag.
7. U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in overeenstemming is met de door ons afgegeven toekenningsverklaring.
8. U bent verplicht om een (bij voorkeur digitaal) dossier te beheren en na het beëindigen van het Zvw-pgb voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste:
 - a. Een beschikking van de rechtbank als u een wettelijk vertegenwoordiger heeft tenzij u dit van rechtswege bent;
 - b. De volledige Zvw-pgb aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en zorgovereenkomsten;
 - c. Facturen en urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;
 - d. Bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);
 - e. Kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaratie;
 - f. Uw zorgplan en de administratie over de doelstellingen en evaluatieverslagen.
9. U bent voorts verplicht om gegevens uit dit dossier zo spoedig mogelijk aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen. Ook als de Sociale Verzekeringsbank (SVB) aan uw zorgverleners betaalt, moet u zelf dit dossier beheren.
10. U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige en de huisarts en/of medisch specialist om uw (medische) gegevens omtrent de Zvw-pgb aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien op het moment dat dit nodig is voor een juiste beoordeling. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur of verpleegkundig adviseur.
11. U bent verplicht mee te werken aan een Bewust-keuze gesprek (BKG) of een huisbezoek (aangekondigd of onaangekondigd), als wij dat nodig vinden, bijvoorbeeld voor controledoeleinden. U en uw eventuele (wettelijke) vertegenwoordiger moeten op ons verzoek hierbij aanwezig zijn. Wij kunnen een huisbezoek uitbesteden aan een derde partij. Deze derde partij selecteren wij zorgvuldig. Zij zijn namelijk namens ons gerechtigd uw persoonlijke en medische gegevens op te vragen, in te zien en te controleren. Dit doen zij heel zorgvuldig in overeenstemming met ons privacy statement. U vindt het privacy statement op onze website. De derde partij geeft naar aanleiding van het huisbezoek een advies aan ons. Dit advies mag u vooraf inzien. Bent u het niet eens met het advies, dan mag u dit blokkeren. Het advies wordt dan niet aan ons toegestuurd. Als u gebruikmaakt van dit blokkeringsrecht, wijzen wij uw aanvraag af op grond van artikel 4.5.
12. Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toekenningsverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de geldige toekenningsverklaring (maximaal tot de vermelde einddatum van de indicatie) over (meldt u zich hiervoor bij uw nieuwe zorgverzekeraar) voor wat betreft het vermelde aantal uren voor verpleging en verzorging. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken omdat iedere zorgverzekeraar eigen tarieven hanteert. Wij adviseren u om deze toekenningsverklaring te bewaren zolang hij geldig is en een kopie op te sturen naar de nieuwe zorgverzekeraar.
13. Als u alleen zorg inkoopt bij informele zorgverleners en het aantal uren verpleging en verzorging per week hoger is dan 24 (met name bij complexe zorgvragen), dan kunnen wij, vanuit het oogpunt van kwaliteit van de zorg, de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een formele zorgverlener. Deze voorwaarde wordt besproken tijdens het bewust-keuzegesprek, waarbij maatwerk steeds het uitgangspunt is. In uitzonderingssituaties is het ook mogelijk dat de zorgverzekeraar bij minder dan 24 uur verpleging en verzorging per week de voorwaarde stelt dat een deel van de zorg wordt geleverd door een formele zorgverlener en/of dat de zorg tussentijds geëvalueerd wordt. Bij een zorgvraag van minder dan 24 uur verpleging en verzorging per week is er afstemming tussen de zorgverzekeraar, de verpleegkundige en de budgethouder om gemotiveerd van deze grens af te wijken.

Artikel 9. Herziening of intrekking

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

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

Artikel 10. Beëindigen van het Zvw-pgb

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

- a. U niet langer behoort tot de in artikel 2. bedoelde specifieke doelgroep;
- b. De zorg waaraan u behoefte heeft, kan worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet, zoals de Wet langdurige zorg of de Wet maatschappelijke ondersteuning;
- c. U failliet bent verklaard of de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr) op u van toepassing is verklaard;
- d. U volgens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres;
- e. Rechten uw vrijheid is ontnomen;
- f. U met uw Zvw-pgb uitsluitend nog zorg inkoopt bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg;
- g. U om beëindiging van het Zvw-pgb verzoekt;
- h. De geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken;
- i. Uw zorgverzekering eindigt.

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

- a. Met ingang van de dag waarop u niet langer in staat bent om op eigen kracht te voldoen aan de in artikel 3 genoemde toekenningsvoorwaarden en u ook geen hulp van een vertegenwoordiger heeft;
- b. Met ingang van de dag waarop uw vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toekenningsvoorwaarden):
 1. Niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is;
 2. Bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 3. Volgens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres;
 4. Zijn/haar vrijheid rechte is ontnomen;
 5. Failliet is verklaard of op hem/haar de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr) van toepassing is verklaard;
 6. Anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het Pgb verbonden verplichtingen;
 7. Uw zorgverlener en niet ook uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is;
- c. Met ingang van de dag waarop u zich niet (meer) houdt aan de aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;

- d. Met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat met het Zvw-pgb wordt of zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit en/of doelmatige zorg. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt. Onder doelmatige zorg wordt verstaan in hoeverre met het Zvw-pgb zal worden gewerkt aan de verbetering, het behoud of beperking van achteruitgang van uw gezondheid. Daarmee wordt getoetst of de wijze waarop u uw zorg wil inzetten, gezien uw zorgvraag, effectief is;
- e. Met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat de continuïteit van de te ontvangen zorg voldoende gewaarborgd is in situaties waarin uw zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins niet in staat zal zijn de benodigde zorg te verlenen;
- f. Met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing had geleid;
- g. Met ingang van de dag waarop alsnog een van de situaties zoals beschreven in artikel 4 aan de orde is.

Artikel 11. Terugvordering

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

Artikel 12. Begripsomschrijvingen

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

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

BINKZ: Branchevereniging Integrale Kindzorg.

Bloed- en aanverwanten: Familie in de 1e of 2e graad van de verzekerde.

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

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

Normenkader: Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving.

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

V&VN: Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. Dit is de beroepsvereniging voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten.

Vertegenwoordiger: Een vertegenwoordiger is een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst. De volgende personen kunnen vertegenwoordiger zijn:

- a. Uw wettelijke vertegenwoordiger
- b. Een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of,
- c. Uw echtgenoot, geregistreerde partner of een andere levensgezel.

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand:

- a. Die bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij/zij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad, niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
- b. Die niet beschikt over een geldig woonadres;
- c. Wiens vrijheid is ontnomen;
- d. Op wie de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, of daartoe een verzoek bij de rechtbank is ingediend;
- e. 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
- f. Die anderszins onvoldoende waarborg zal bieden voor het nakomen van de voor de budgethouder aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen.

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

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

WSNP: Wet schuldsanering natuurlijke personen.

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

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

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.

§ 1a. Het Zvw-pgb

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 rehtens 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

§ 1.4a. Zvw-pgb

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 € 30,84 per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.
5. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020, als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de zorgverlener niet is verleend;
 - b. deze niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
6. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het vijfde lid. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.
7. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021, door de zorgverlener niet is verleend in verband met:
 - 1°. een besmetting van de verzekerde of de zorgverlener met Covid-19,
 - 2°. een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde of diens zorgverlener vanwege Covid-19,

- of
- 3°. het niet kunnen verlenen overeenkomstig de maatregelen in verband met Covid-19 aan de budgethouder vanwege een beperking bij de budgethouder als bedoeld in artikel 6.6, tweede lid, onderdelen d en e, van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19;
- b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
- c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
8. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het zevende lid. In de registratie is opgenomen:
- a. ingeval van besmetting met Covid-19 van de verzekerde: een bewijsstuk waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting;
- b. ingeval van een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de verzekerde en de zorgverlener overeengekomen afspraken, waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze quarantaine;
- c. ingeval van besmetting met Covid-19 of noodzakelijke quarantaine van de zorgverlener in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de zorgverlener en de verzekerde overeengekomen afspraken waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting of noodzakelijke quarantaine;
- d. ingeval van de in het tweede lid, onderdeel a, subonderdeel 3°, bedoelde situatie: een specificatie wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd.
9. De verzekerde stelt, op verzoek van de zorgverzekeraar, de registratie, bedoeld in het achtste lid, ter beschikking.
10. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering door de zorgverlener als gevolg van het ontvangen van een vaccinatie voor Covid-19, voor ten hoogste twee uur, niet is verleend;
- b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
- c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
11. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het elfde lid. In de eigen administratie van budgethouder neemt budgethouder tevens een specificatie op van wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

- a. de verzekerde, of, indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, failliet is verklaard;
- b. ten aanzien van de verzekerde of, indien de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden, de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, dan wel een verzoek daartoe bij de rechtbank is ingediend.

Artikel 2.29c

1. Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:
- a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,
- b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,

- c. de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.
- 2. De verzekerde die door een vertegenwoordiger wordt geholpen kan het Zvw-pgb worden geweigerd indien een gegronde reden bestaat om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:
 - a. bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
 - b. blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres,
 - c. zijn vrijheid is ontnomen,
 - d. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard,
 - e. anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor de verzekerde aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen, of
 - f. de hulp tegen betaling verleent.

Hoofdstuk 6a. Ondersteuning Zvw-pgb

Artikel 6a.1

De Sociale verzekeringsbank wordt aangewezen als de publiekrechtelijke rechtspersoon, bedoeld in artikel 13a, achtste lid, van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 6a.2

- 1. De ondersteuning, bedoeld in artikel 13a van de Zorgverzekeringswet bestaat uit:
 - a. het namens de verzekerde die ten aanzien van zijn zorgverlener inhoudingsplichtige is, indienen van declaraties bij zijn zorgverzekeraar, ontvangen van de vergoedingen van zijn zorgverzekeraar, betalen van zijn zorgverleners met de ontvangen vergoedingen, voeren van een salarisadministratie en doen van aangiften en afdrachten;
 - b. de verzekerde bijstaan of doen bijstaan in zijn werkgeverstaken of opdrachtgeverschap waaronder ten aanzien van ziekte, ontslag, arbeidsomstandighedenregelgeving, zaakschade, aansprakelijkheid en rechtsbijstand.
- 2. De ondersteuning wordt kosteloos verstrekt.

Artikel 6a.3

- 1. De Sociale verzekeringsbank stelt voorwaarden aan het verkrijgen van de ondersteuning voor zover dit voor de uitvoerbaarheid van de ondersteuning redelijkerwijs van belang is.
- 2. De Sociale verzekeringsbank legt haar werkwijze vast en informeert verzekerden en zorgverzekeraars hierover.

Artikel 6a.4

- 1. De verzekerde verleent medewerking aan de Sociale verzekeringsbank voor zover dat van hem ten behoeve van de uitvoerbaarheid van de ondersteuning redelijkerwijs kan worden verwacht.
- 2. De verzekerde doet aan de Sociale verzekeringsbank op verzoek of onverwijld uit eigen beweging mededeling van gegevens waarvan hem redelijkerwijs duidelijk moet zijn dat zij noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van de ondersteuning.

Artikel 6a.5

De Sociale verzekeringsbank kan de ondersteuning geheel of gedeeltelijk weigeren, opschorten of beëindigen indien de verzekerde niet meer beschikt over een Zvw-pgb of indien niet of niet langer wordt voldaan aan het gestelde bij of krachtens de artikelen 6a.3 en 6a.4.

Artikel 6a.6

1. De Minister verstrekt de Sociale verzekeringsbank jaarlijks een bijdrage voor de kosten van de ondersteuning.
2. De Sociale verzekeringsbank dient vóór 1 oktober een aanvraag, voorzien van een begroting met toelichting, tot verlening van een bijdrage voor het daaropvolgende jaar in bij de Minister.
3. Binnen 13 weken na ontvangst van de aanvraag besluit de Minister over het verlenen van de bijdrage en van voorschotten op de bijdrage.
4. De Minister kan de Sociale verzekeringsbank bij de verlening van de bijdrage verplichtingen opleggen met betrekking tot de uitvoering van de ondersteuning of het verkrijgen van de bijdrage.
5. Na afloop van het jaar waarvoor de bijdrage is verstrekt, dient de Sociale verzekeringbank vóór 1 juli een aanvraag, voorzien van een financieel verslag met toelichting, tot vaststelling van de bijdrage in bij de Minister.
6. Binnen 13 weken na ontvangst van de aanvraag besluit de Minister over het vaststellen van de bijdrage.