

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

( drs. J.W. Heringa, J.J.M. Linders en B.L.A. van Drunen)

Zaaknummer: 202302635

### Partijen

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

en

CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de zorgverzekeraar.

### 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij brief van 10 juni 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 27 juni 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 1 augustus 2024 heeft de zorgverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 2 augustus 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de zorgverzekeraar zijn op 16 oktober 2024 door de commissie gehoord.

### 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2022 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (hierna: de zorgverzekering).
- 2.2. Verzoeker heeft in ieder geval sinds 2016 de beschikking over een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging vanuit de Zorgverzekeringswet (hierna: PGB vv). In 2022 is de zorgverzekeraar een onderzoek gestart in verband met een verdenking op fraude. Bij brieven van onder andere 25 maart 2022 en 3 augustus 2022 is verzoeker gevraagd aanvullende informatie aan te leveren. Bij brief van 18 oktober 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat geen fraude is vastgesteld, maar dat wel sprake is van een fraudevermoeden. In dat verband zijn door de zorgverzekeraar de volgende maatregelen opgelegd:
  - het PGB vv is beëindigd met terugwerkende kracht tot 1 januari 2018;
  - verzoeker kan in de toekomst geen PGB vv meer aanvragen;
  - de zorgverzekeraar vordert een bedrag van € 169.810,55 terug;
  - de (persoons)gegevens van verzoeker zijn opgenomen in de Gebeurtenissenadministratie tot 18 oktober 2030;
  - de (persoons)gegevens van verzoeker zijn opgenomen in het Interne Verwijzingsregister (hierna: IVR) tot 18 oktober 2030.

2.3. Verzoeker heeft de zorgverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 20 januari 2023 heeft de zorgverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

### 3. Standpunt verzoeker

3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat:

- (i) het PGB vv ten onrechte met terugwerkende kracht tot 1 januari 2018 is beëindigd;
- (ii) de zorgverzekeraar het ter zake aan hem uitgekeerde bedrag van € 169.810,55 niet mag terugvorderen;
- (iii) de overige, door de zorgverzekeraar tegen hem getroffen maatregelen ongedaan moeten worden gemaakt; en
- (iv) het entreegeld van € 37,- door de zorgverzekeraar moet worden vergoed.

3.2. Verzoeker heeft hiertoe in zijn brief aan de commissie van 10 juni 2024 aangevoerd dat hij bekend is met spastische cerebrale parese aan beide zijden. Hij is volledig rolstoelafhankelijk vanwege houdings- en bewegingsstoornissen en vanwege een onvolledige verlamming van de spieren van de ledematen. Verder is hij incontinent van urine en ontlasting, heeft hij reumatoïde artrose in beide handen en voeten en is hij sinds 2021 bekend met morbide obesitas. Verzoeker woont in een aangepast appartement. Hij heeft hulp nodig bij het douchen, de toiletgang, de hygiëne die daarna noodzakelijk is in verband met darmproblematiek, bij het aan- en uitkleden en bij het maken van transfers. Verder heeft hij met regelmaat last van huidirritatie en smetten in de huidplooien. De huid dient dagelijks te worden gecontroleerd en verzorgd. De indicierend wijkverpleegkundige heeft hiervoor een indicatie gesteld, die loopt van 4 februari 2022 tot en met 4 februari 2027. Verzoeker koopt de geïndiceerde Persoonlijke Verzorging in bij een informele zorgverlener met behulp van een PGB vv. Hij beschikt niet over een sociaal netwerk dat de zorg aan hem zou kunnen verlenen.

3.3. Verzoeker ontvangt al jaren een PGB vv. Op de toekeningsbeschikking staat een totaal aantal zorguren en een totaalbedrag vermeld. Verzoeker is met zijn zorgverlener in 2016 een uurtarief overeengekomen van € 21,68 en in 2023 van € 23,52. Verzoeker heeft in de afgelopen jaren steeds op dezelfde wijze gedeclareerd, en is nooit door de zorgverzekeraar erop gewezen dat deze manier van declareren niet zou mogen. Door daar nu op terug te komen, geraakt verzoeker in een lastige financiële positie. Daarbij blijkt uit jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep (ECLI:NLCR\ZB:2022:250) (hierna: CRvB) dat het in een situatie als de onderhavige aan de zorgverzekeraar is feiten en omstandigheden aan te dragen aan de hand waarvan aannemelijk is dat er in de relevante periode geen sprake was van levering van kwalitatief goede zorg. De zorgverzekeraar heeft dit nagelaten en werpt slechts op dat door verzoeker geen goede administratie is gevoerd. De Centrale Raad van Beroep heeft in verschillende uitspraken geoordeeld dat ook bij een slechte administratie het PGB vv niet volledig mag worden teruggevorderd als aannemelijk is dat de zorg is verleend. Verzoeker heeft steeds te goeder trouw gehandeld. De nalatigheid van de zorgverzekeraar vooraf een controle uit te voeren, mag niet in het nadeel van verzoeker werken. Bovendien moet de zorgverzekeraar verzoeker in de gelegenheid stellen zijn administratie in het vervolg anders te voeren. Pas als in de toekomst blijkt dat verzoeker het PGB vv niet op goede wijze kan beheren, kan de zorgverzekeraar overgaan tot beëindiging van het PGB vv per die datum. De terugvordering is voorts dusdanig hoog dat verzoeker dit bedrag nooit kan terugbetalen. Omdat hij geen PGB vv meer krijgt, kan hij de zorg niet meer bij zijn vaste zorgverlener inkopen. Zorg in natura is voor verzoeker geen optie. Hij heeft een vertrouwensband opgebouwd met zijn zorgverlener, die intieme handelingen bij hem moet uitvoeren. Het zou voor verzoeker beschamend zijn om dit aan (wisselende) vreemden over te laten.

3.4. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop verklaard dat hij al vanaf 2010 een PGB ontvangt. Voorheen was dit ten laste van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, en moest verzoeker zich hiervoor tot het Zorgkantoor wenden. Met ingang van 1 januari 2015 werd dit de

zorgverzekeraar. Hij heeft diverse keren telefonisch geïnformeerd bij de zorgverzekeraar waarop hij moest letten in verband met de overgang naar andere wetgeving. Hem werd verteld dat de zorgverzekeraar het ook niet precies wist, en dat hij alles het beste kon doen zoals voorheen. Dit heeft hij gedaan, en ieder jaar heeft hij alle benodigde documentatie naar de zorgverzekeraar gestuurd, waarop hij iedere keer een goedkeuring ontving. Daarom ging hij ervan uit - en mocht hij ervan uitgaan - dat zijn werkwijze goed was. Hierover heeft de CRvB uitspraken gedaan. Dit betreft weliswaar een ander rechtsgebied, maar het systeem is hetzelfde. De CRvB heeft ook geoordeeld dat indien wordt besloten tot terugvordering, een aantal zaken moet worden meegewogen. Onder andere moet in de afweging worden betrokken of de verzekerde niet in financiële problemen komt, de rechtszekerheid moet niet in het gedrang komen, en iemand moet ook op eventuele fouten zijn gewezen. Verzoeker heeft regelmatig telefonisch contact gezocht met de zorgverzekeraar, ook gedurende de coronaperiode. Toen is hem gezegd dat het PGB vv bij besmetting of quarantaine mag worden doorbetaald. Er is niet duidelijk aangegeven dat niet aan de gebruikelijke zorgverlener moet worden betaald, maar aan degene die in diens plaats komt. Dit laatste is voor verzoeker onduidelijk geweest. Als een instantie 40 werknemers heeft, en er wordt een medewerker ziek, waarvoor iemand anders in de plaats komt, wordt de zieke werknemer nog steeds doorbetaald. Zo heeft verzoeker dit ook gezien. Hij heeft in goed vertrouwen de zorgverlener betaald. De CRvB heeft geoordeeld dat als er geen actieve controle is, niet alle schuld bij de afnemer van de zorg kan worden gelegd. De zorgverzekeraar heeft jarenlang achterover geleund. Daarna is een melding gekomen, waarna ineens een complete periode onder de loep is genomen en alle schuld aan verzoeker werd toegekend. Uit de brief van de zorgverzekeraar van 1 augustus 2024 volgt dat fraude niet is komen vast te staan. Er is ook niet komen vast te staan dat er geen of veel minder zorg is genoten. Er mag daarom van worden uitgegaan dat er zorg is verleend en betaald. Wellicht verdient de contante betaling niet de schoonheidsprijs, maar dit betekent niet dat er niet betaald zou zijn. Verzoeker vraagt zich af waarom er een interne registratie moet plaatsvinden als het alleen gaat om een vergissing. Met de opname van zijn (persoons)gegevens in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR is verzoeker het daarom niet eens. De sancties die hem zijn opgelegd zijn wat hem betreft te zwaar.

#### 4. Standpunt zorgverzekeraar

- 4.1. De zorgverzekeraar heeft verklaard dat de terugvordering van het PGB vv terecht is. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de commissie van 1 augustus 2024 aangevoerd dat naar aanleiding van een melding door de afdeling Declaraties bij verzoeker een fraudeonderzoek is gestart. Verzoeker had een schriftelijke verklaring ingediend over corona, waaruit bleek dat er meerdere periodes waren waarin hijzelf en/of de zorgverlener positief waren getest of in quarantaine zaten. Gedurende deze periodes werd een vergoeding verstrekt vanuit de tijdelijke regeling voor budgethouders, en de genoemde periodes werden gecorrigeerd op het PGB vv-budget, waardoor deze opnieuw konden worden gedeclareerd. De afdeling Declaraties heeft vervolgens het declaratiegedrag van verzoeker in 2021 onderzocht. Hieruit bleek dat hij in dat jaar zijn volledige PGB vv-budget binnen een half jaar declareerde. Bij verder onderzoek kwam naar voren dat dit in 2018, 2019 en 2020 eveneens was gebeurd. Dit gedrag is niet in overeenstemming met de gestelde indicatie en vormde aanleiding voor het fraudeonderzoek. De zorgverzekeraar controleert niet standaard alle declaraties van verzekerden, maar voert hierop steekproefsgewijs materiële controles uit. Pas na een melding en onderzoek is vastgesteld dat verzoeker zijn uren te vroeg opmaakte, geen urenregistraties bijhield, en zijn zorgverlener(s) (vermoedelijk) contant betaalde. De aanvankelijke melding had betrekking op het jaar 2021. Zorgkosten kunnen doorgaans tot maximaal vijf jaren worden teruggevorderd. Onder bijzondere omstandigheden, zoals fraude, is het mogelijk een langere verjaringstermijn te hanteren. Er is echter geen fraude bij verzoeker vastgesteld. Aangezien het onderzoek in 2022 heeft plaatsgevonden, betrof 1 januari 2018 de vroegst mogelijke terugvorderingsdatum. Omdat hij op de aanvraagformulier verklaarde bekend te zijn met de inhoud van het 'Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging' (hierna: het reglement), diende verzoeker zich hieraan te houden. Anders dan de (gemachtigde van) verzoeker veronderstelt, gaat het hier niet om een PGB ten laste van de Wet langdurige zorg (Wlz), zodat het bestuursrechtelijke kader voor belastende besluiten niet van toepassing is. Het gaat hier om de nakoming van verplichtingen uit een civielrechtelijke

overeenkomst, met daarin de bevoegdheid tot terugvordering, indien door de verzekerde niet aan de overeengekomen verplichtingen wordt voldaan.

- 4.2. Het is de zorgverzekeraar duidelijk dat een terugvordering als belastend kan worden ervaren. Hoewel in dit geval uit de verklaring van verzoeker blijkt dat hij niet op de hoogte was van het reglement, ondertekende hij wel telkens een aanvraagformulier waarin hij verklaarde hiermee bekend te zijn en zich hieraan te zullen houden. Uit het reglement volgt dat indien iemand zich niet aan het daarin bepaalde houdt, dit een contractuele grondslag vormt voor terugvordering van de gedeclareerde zorgkosten. In dit geval is besloten om de gedeclareerde zorgkosten terug te vorderen. Dit is niet alleen omdat verzoeker zich niet heeft gehouden aan de verplichtingen zoals voortvloeiend uit het reglement, maar ook omdat hij niet kon aantonen welke zorg op welk moment is geleverd. Daarnaast kon hij niet aantonen op welke manier de zorg is betaald. Verzoeker heeft toegelicht dat de zorgkosten contant zijn betaald, maar hiervan is tot nu toe op geen enkele manier enig bewijs geleverd. Door verzoeker is opgemerkt dat de zorgverzekeraar niet zou hebben onderzocht of de zorg daadwerkelijk is verleend en of voor deze zorg is betaald. Uit het onderzoeksrapport dat is opgesteld in het kader van het fraudeonderzoek, alsmede uit de beslissing op het verzoek om heroverweging en de bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen, volgt echter dat de zorgverzekeraar verzoeker in de gelegenheid heeft gesteld aan te tonen dat de zorg heeft plaatsgevonden en dat hiervoor is betaald. Verzoeker heeft echter geen administratie gevoerd. Op het bewijsaanbod is door hem niet ingegaan, behoudens de aangeleverde kwitanties waaruit niet blijkt om welke zorg het gaat en wanneer deze is geleverd. De vraag kan bovendien worden gesteld of deze kwitanties überhaupt betrekking hebben op verzekerde zorg.
- 4.3. In het verlengde hiervan merkt de zorgverzekeraar op dat verzoeker heeft verklaard dat hij de huur van zijn zorgverlener heeft voldaan. Los van de omstandigheid dat hiermee wordt erkend dat het PGB vv voor andere doeleinden is aangewend dan het betalen van zorg, moet worden vastgesteld dat verzoeker tot op heden op hetzelfde adres is ingeschreven als de zorgverlener. Daarmee rijst in ieder geval de vraag ten gunste van wie deze huurbetalingen zijn gedaan. Gelet op het voorgaande staat vast dat de contractuele verplichtingen, voortvloeiend uit het reglement, door verzoeker niet zijn nagekomen, zodat de mogelijkheid bestond het uitgekeerde PGB vv terug te vorderen. De zorgverzekeraar heeft dit gedaan binnen de geldende verjaringstermijn. Uiteraard kan verzoeker voor het aflossen van het bedrag een betalingsregeling treffen.
- 4.4. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat het PGB vv indertijd terecht aan verzoeker is toegekend, maar dat hieraan vervolgens wel verplichtingen zijn verbonden. Er moet bijvoorbeeld een administratie worden bijgehouden en de zorg die wordt gegeven moet ook daadwerkelijk plaatsvinden en dit moet kunnen worden aangetoond. Er is een signaal geweest vanwege het beroep op de coronaregeling, en toen bleek dat verzoeker het PGB vv steeds al halverwege het jaar volledig had verbruikt. Dat iemand goedkeuring heeft gekregen op zijn aanvraag betekent niet dat de in vervolg hierop ingediende declaraties zonder meer akkoord zijn. Het is mogelijk dat iemand vooraf een Bewust Keuze Gesprek (BKG) krijgt, maar dit is bij verzoeker niet gebeurd. Waarom dit het geval is geweest, kan de zorgverzekeraar niet meer nagaan. Voor zover verzoeker zich beroept op uitspraken van de CRvB geldt dat het hier niet gaat om bestuursrecht, maar om een overeenkomst tussen twee partijen die wordt beheerst door het civielrecht. In het reglement is bepaald dat een materiële controle achteraf kan plaatsvinden. Bij het aangaan van de overeenkomst heeft verzoeker hiermee ingestemd. Er kan niet zomaar worden afgeweken van de overeenkomst. Bij de aangehaalde uitspraken ging het overigens om een trekkingsrecht in het kader van de Wlz, waarbij in de regelgeving staat dat mensen aan de voorkant alles moeten opsturen, waarna een primair besluit van het Zorgkantoor volgt. Daarna gaan mensen declareren. De CRvB heeft geoordeeld dat als dit in orde is, er niet achteraf anders kan worden beslist. Aan de voorkant zijn dan verwachtingen gewekt en er is een primair besluit op gevolgd. Dat is een andere situatie dan die van verzoeker. Er zijn diverse sancties mogelijk, en er is in dit geval voor gekozen om de vordering op te leggen, omdat geen bewijs is ontvangen dat er zorg is geleverd en dat hiervoor is betaald. Zelfs bij contante betalingen zou het mogelijk moeten zijn dat wordt aangetoond dat dit is gebeurd. Maar omdat hiervan

geen enkel bewijsstuk is overgelegd, ziet de zorgverzekeraar geen andere mogelijkheid dan het uitgekeerde bedrag terug te vorderen. Overigens zou verzoeker bekend moeten zijn met de voorwaarden over het beheren van een PGB vv, waaronder de verplichting tot het bijhouden van een administratie. Hij heeft al jaren een PGB vv waarbij deze regel geldt, en hierop wordt ook op de website van de zorgverzekeraar de aandacht gevestigd. Met betrekking tot de opname van de (persoons)gegevens van verzoeker in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR merkt de zorgverzekeraar op dat er geen fraude hoeft te zijn vastgesteld om die maatregelen op te leggen. Dit volgt uit het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen (PIFI).

## 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 A.22. 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 alsmede 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.
- 6.2. De zorgverzekeraar heeft het aan verzoeker uitgekeerde PGB vv teruggevorderd met terugwerkende kracht tot 1 januari 2018, zodat van de reglementen vanaf die datum moet worden uitgegaan. Artikel 8.5 van het reglement (2018) bepaalt dat de verzekerde zelf verantwoordelijk is voor de besteding van de uren in overeenstemming met de gestelde indicatie. Artikel 8.6 van het reglement bepaalt dat de verzekerde verplicht is een dossier te beheren en dit na het beëindigen van het PGB vv minimaal vijf jaren moet archiveren. Het dossier moet onder andere de zorgovereenkomsten bevatten, facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat, bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd), het zorgplan en de administratie over de doelstellingen en evaluatiemomenten. Artikel 8.7 van het reglement bepaalt dat deze informatie aan de zorgverzekeraar moet worden overgelegd indien deze hierom verzoekt. In artikel 9 onder 3 is bepaald dat het PGB vv kan worden herzien of ingetrokken als de verzekerde de verplichtingen als bedoeld in het reglement niet nakomt. De reglementen van de daaropvolgende jaren kennen vergelijkbare bepalingen, zij het met wisselende artikelnummers. Vanaf 2019 is artikel 11 toegevoegd, waarin is opgenomen dat als de verzekerde zich niet houdt aan de regels van het reglement, het PGB vv geheel of gedeeltelijk kan worden teruggevorderd.
- 6.3. Door de zorgverzekeraar is onweersproken gesteld dat verzoeker in de jaren 2018, 2019, 2020 en 2021 het gehele PGB vv al in de eerste helft van het betreffende jaar declareerde. Daarmee staat vast dat hij de toegekende uren in genoemde jaren niet in overeenstemming met de gestelde indicatie heeft besteed, zoals bedoeld in artikel 8.5. Ook heeft hij geen urenregistraties bijgehouden en heeft hij - naar eigen zeggen - zijn zorgverlener contant betaald. Nog afgezien van het feit dat hij ook van deze contante betalingen geen bewijzen heeft overgelegd - de handgeschreven kwitanties overtuigen in dat verband niet - geldt dat het op basis van artikel 8.6 van het reglement niet is toegestaan een zorgverlener contant te betalen. Verzoeker heeft zich met deze constatering aantoonbaar niet aan de verplichtingen van het reglement gehouden. Gelet op artikel 9 van het reglement mocht het PGB vv daarom worden herzien of ingetrokken. In geval van intrekking met terugwerkende kracht komt de rechtsgrond aan de gedane betalingen te ontvallen. Het stond de zorgverzekeraar daarom vrij de hiermee gemoeide bedragen, als zijnde onverschuldigd betaald, van verzoeker terug te vorderen, ook vóórdat artikel 11 aan de voorwaarden van het reglement werd toegevoegd, en wel op de voet van artikel 6:203 BW. De

zorgverzekeraar heeft hierbij een termijn van vijf jaren gehanteerd, hetgeen in lijn is met artikel 3:309 BW.

- 6.4. Verzoeker is van mening dat de terugvordering een te zware maatregel is gelet op zijn financiële omstandigheden in combinatie met de hoogte van het bedrag. Hij stelt dat de zorgverzekeraar hem eerst de kans moet geven het PGB vv goed te beheren, en mocht hiermee in de toekomst weer een probleem ontstaan, de zorgverzekeraar dan wel de uitgekeerde PGB-bedragen vanaf die datum van hem mag vorderen. Daarnaast heeft hij aangevoerd dat de situatie heeft kunnen ontstaan door nalatigheid van de zorgverzekeraar, nu deze beter had kunnen controleren. Gelet op het hiervoor aangehaalde artikel 9 van het reglement valt niet in te zien waarop verzoeker baseert dat intrekking of herziening van het PGB vv alleen per toekomstige datum zou mogen geschieden. Het later toegevoegde artikel 11 laat hierover geen onduidelijkheid bestaan, omdat hier immers sprake is van terugvordering van een uitgekeerd PGB vv. Voor zover verzoeker beoogt te stellen dat toepassing van het bepaalde in het reglement onder de gegeven omstandigheden leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, overweegt de commissie als volgt. Verzoeker heeft bij herhaling een aanvraagformulier PGB vv ingevuld waarin hij heeft verklaard bekend te zijn met het bepaalde in het reglement en zich hieraan te zullen houden. Niet alleen heeft hij deze verklaring in strijd met de werkelijkheid gedaan, hij heeft tevens - hoewel hiertoe meermaals in de gelegenheid te zijn gesteld - in vervolg hierop niet aannemelijk gemaakt dat hij de geïndiceerde zorg heeft gekregen en dat hij zijn zorgverlener in verband hiermee heeft betaald. Overigens had verzoeker - los van de in het reglement opgenomen voorwaarden - vanaf de eerste toekenning moeten begrijpen dat de in het kader van het PGB vv aan hem uitgekeerde bedragen waren bedoeld om zorg in te kopen en dus niet om bijvoorbeeld de huur van de zorgverlener mee te voldoen, zoals door verzoeker aangegeven. Hierbij merkt de commissie nog op dat door de zorgverzekeraar onweersproken is gesteld dat de zorgverlener op hetzelfde adres woont, zodat de vanuit het PGB vv door hem betaalde huurpenningen weer aan verzoeker zijn toegefallen. Niet valt in te zien waarom - althans voor dit deel - het vervallen van dit vermogensrechtelijke voordeel een onaanvaardbaar gevolg is van het toepassen van de sancties in het reglement. Het enkele gegeven dat niet is gebleken dat voorafgaand aan de eerste toekenning door de zorgverzekeraar geen BKG is georganiseerd, ontslaat verzoeker niet van de op hem rustende verplichtingen op basis van het reglement. Dit geldt evenzeer voor de stelling van verzoeker dat de zorgverzekeraar eerder materiële controles had moeten uitvoeren. Onder de gegeven omstandigheden ziet de commissie geen aanleiding te bepalen dat de terugvordering moet vervallen of moet worden gematigd.
- 6.5. De verwijzing naar de jurisprudentie van de CRvB treft geen doel. Door de zorgverzekeraar is onweersproken gesteld dat bedoelde uitspraken betrekking hebben op de Wlz, en dat het bestuursrechtelijke beoordelingskader een ander is dan het privaatrechtelijke dat hier aan de orde is. De commissie kan de zorgverzekeraar in deze stelling volgen. In het bestuursrecht is sprake van een besluit dat wordt genomen door een bestuursorgaan, voor de Wlz het Zorgkantoor. Het bestuursorgaan is met enig openbaar gezag bekleed en die (machts)positie brengt met zich dat kaders moeten worden gesteld die door het bestuursorgaan bij zijn besluitvorming in acht moeten worden genomen in relatie tot de van hem afhankelijke burger. Daarbij gaat het, naast de specifieke wet- en regelgeving, om de algemene beginselen van behoorlijk bestuur. In het privaatrecht, zoals hier aan de orde, is de gelijkwaardigheid van partijen het uitgangspunt, evenals de contractsvrijheid. De algemene beginselen van behoorlijk bestuur spelen om die reden in de contractuele relatie geen rol. In plaats daarvan kent het privaatrecht diverse bepalingen die een uitwerking vormen van de 'goede trouw' en waarmee kaders worden gesteld binnen de bestaande contractsvrijheid. Te denken valt aan de artikelen inzake misbruik van recht, onvoorzien omstandigheden, de aanvullende en derogerende werking van de redelijkheid en billijkheid, en onredelijk bezwarende bedingen in algemene voorwaarden. Het door de CRvB in de aangehaalde uitspraken gehanteerde bestuursrechtelijke kader speelt in de onderhavige rechtsverhouding geen rol; het beroep op de derogerende werking van de redelijkheid en billijkheid werd hiervoor al behandeld. Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen kan de commissie de zorgverzekeraar volgen in zijn uitleg dat sprake is van een civielrechtelijke overeenkomst waarbij het reglement duidelijk is over de mogelijkheid van controle en terugvordering. Hierbij worden geen verwachtingen gewekt aan de voorkant.

6.6. De zorgverzekeraar heeft ook maatregelen opgelegd in het kader van (een vermoeden van) fraude, waaronder het opnemen van de (persoons)gegevens van verzoeker in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR tot 18 oktober 2030. De opname van (persoons)gegevens in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR is geregeld in de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars (hierna: GVPV). Anders dan de zorgverzekeraar ter zitting heeft aangevoerd, is het PIFI hierop niet van toepassing. Dit protocol ziet op de opname van (persoons)gegevens in het Incidentenregister en het Externe Verwijzingsregister. Niet gebleken is dat de (persoons)gegevens van verzoeker hierin zijn verwerkt, zodat de toetsing aan dit protocol achterwege kan blijven.

Artikel 4.5.3 GVPV bepaalt dat in de Gebeurtenissenadministratie gegevens worden bijgehouden die naar het oordeel van de verzekeraar van belang kunnen zijn voor de GVPV. Een gebeurtenis is op pagina 24 omschreven als: *"een voorval dat de aandacht verlangt van een Verzekeraar vanwege een (mogelijk) effect op de veiligheid en integriteit van de bedrijfsvoering, werknemers, klanten, overige relaties en de verzekeringsbranche. Hieronder valt bijvoorbeeld mogelijke fraude of ander laakbaar of onrechtmatig gedrag, potentiële en daadwerkelijke vorderingen, onder meer ten aanzien van een met een Verzekeraar gesloten overeenkomst en het niet nakomen van contractuele verplichtingen of andere (toerekenbare) tekortkomingen"*. Het vermoeden van fraude en de (hoge) vordering in verband met onverschuldigd betaalde zorgkosten op verzoeker waren daarmee voldoende voor opname van zijn (persoons)gegevens in de Gebeurtenissenadministratie.

Artikel 4.5.3 GVPV bepaalt over het IVR dat dit verwijzingsgegevens bevat. Dit zijn identificerende gegevens van personen die een zeker risico vormen. De verzekeraar maakt een zorgvuldige afweging voordat verwijzingsgegevens worden opgenomen, waarbij het gewicht van de gebeurtenis een belangrijke rol speelt. Bij de beslissing om een gebeurtenis op deze wijze binnen de maatschappij of de groep te delen, kan onder meer een rol spelen of een redelijk vermoeden bestaat van opzettelijke benadeling door de betrokkene, aldus genoemd artikel. Hieruit concludeert de commissie dat ook bij een vermoeden van fraude opname van de (persoons)gegevens in het IVR mogelijk is.

Rest de vraag naar de duur van de opname in bedoelde systemen. De zorgverzekeraar heeft ervoor gekozen de (persoons)gegevens van verzoeker voor de maximale duur van acht jaren op te nemen in de Gebeurtenissenadministratie en het IVR. Gelet op de aanleiding tot de sancties, namelijk het niet kunnen aantonen dat het toegekende PGB vv is aangewend voor de betaling van zorgkosten, en de hoogte van het met de terugvordering gemoeide bedrag, komt de commissie deze duur van acht jaren redelijk voor.

*Slotsom*

6.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. **Bindend advies**

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 30 oktober 2024,

J.J.M. Linders

### **Informatie voor partijen**

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

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

### **BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering



**Reglement Zvw-pgb**  
**in het kader van**  
**Verpleging en Verzorging**

**ingangsdatum 1 januari 2018**

**het vorige reglement Zvw-pgb is vervallen**

## Artikel 1: Inleiding

### 1.1 Waarom een reglement?

In de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering staat waarop u recht heeft, maar niet tot in detail. Voor verpleging en verzorging is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna te noemen Zvw-pgb) aan te vragen waarmee u zelf uw zorg kunt inkopen. Dit budget wordt door ons vastgesteld op basis van geïndiceerde uren (verpleging en verzorging). Deze uren zijn leidend. In dit reglement vindt u meer informatie over het Zvw-pgb, de voorwaarden om hiervoor in aanmerking te komen, hoe u dit kunt aanvragen en informatie over de wijze van declaratie en toetsing. Dit reglement maakt onderdeel uit van uw verzekeringsvoorwaarden.

### 1.2 Wat is de basis voor dit Reglement?

U heeft recht op verpleging en verzorging zoals dit is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering onder artikel B.26.

Artikel 13 a van de Zorgverzekeringswet is de basis voor het toekennen van een Zvw-pgb. Als artikel 13 a Zvw en daarmee samenhangende lagere regelgeving per 1 januari 2018 of latere datum in werking treedt, dan kunnen wij wijzigingen in dit Reglement aanbrengen die hier een direct gevolg van zijn. Wij zullen u hierover dan informeren.

### 1.3. Waarop is dit reglement van toepassing?

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

Dit reglement kan tussentijds aangepast worden, bijvoorbeeld als gevolg van wetwijzigingen zoals in art. 1.2. van dit reglement beschreven.

## Artikel 2: Doelgroep Zvw-pgb

U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb als u:
<ol style="list-style-type: none"><li>1. behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.</li><li>2. Onder de zorg zoals benoemd in 2.1. vallen niet de verzorgende behandelingen bij minderjarigen die gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).</li></ol>
Daarnaast moet u:

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

### Artikel 3: Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan <u>alle</u> van de volgende voorwaarden:
1. u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging zoals benoemd in artikel 2.1 van dit reglement die niet ouder is dan 3 maanden gerekend vanaf de datum van ondertekening door de wijkverpleegkundige.
2. u bent naar ons oordeel in staat met het PGB op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. Hiervan is in ieder geval geen sprake in de volgende situaties: <ul style="list-style-type: none"><li>a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;</li><li>b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;</li><li>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;</li><li>d. u heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden ondanks dat u daarvoor wellicht al een betalingsregeling hebt afgesproken met ons.;</li><li>e. u heeft binnen een periode van drie jaar voorafgaand aan de pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnp) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;</li><li>f. u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent ooit failliet verklaard.</li></ul>
3. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het PGB verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren;
4. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) 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 PGB geleverd wil en kan krijgen.
Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het Zvw-pgb verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan moet worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.

**Artikel 4: Weigeringsgronden**

U ontvangt in ieder geval geen Zvw-pgb als zich <u>één</u> van de volgende weigeringsgronden voordoet:
1. u bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
2. naar ons oordeel bent u niet in staat om een nieuw Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit, om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger op verantwoorde wijze te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen, om de door u verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg danwel om te motiveren dat u de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen. Dat blijkt met name uit de situaties genoemd onder 3. tot en met 5.
3. u verleent geen medewerking (meer) aan een “bewust-keuze gesprek” dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
4. het onafhankelijk praktijkteam /adviescommissie geeft een negatief advies over uw indicatiestelling.
5. uit uw aanvraagformulier of het bewuste keuzegesprek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
6. u beschikt blijkens de basisregistratie personen niet over een woonadres;
7. uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
8. uw (wettelijke) vertegenwoordiger - als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden – voldoet niet aan regels met betrekking tot eisen en/of beperkingen die aan de kring van vertegenwoordigers gesteld kunnen worden in het belang van de bescherming van de verzekerde of van het waarborgen van de hulp. Dat is naar onze mening het geval in de volgende situaties: uw vertegenwoordiger:
a. heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of (wettelijke) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
b. beschikt blijkens de basisregistratie personen niet over een woonadres;
c. is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen;
d. heeft binnen een periode van drie jaar voorafgaand aan de pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnp) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;
e. heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of is ooit failliet verklaard
f. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen.
9. u koopt zorg in bij uw (wettelijke) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (partner, bloed- of aanverwanten in de 1 <sup>e</sup> of 2 <sup>e</sup> graad.)

10. 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 zoals in artikel 2.1. moet in één indicatie te zijn verwoord.

#### Artikel 5: aanvraag Zvw-pgb

<p>1. 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) en eventueel een bewust keuze gesprek. 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. U vindt het Zvw-pgb-aanvraagformulier op onze website. U kunt het Zvw-pgb-aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen.</p>
<p>2. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar bent u in het bezit van een door een BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld;</p>
<p>3. Voor een aanvraag voor kinderen tot 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld middels het Medisch Kindzorgsysteem (MKS) door een HBO-kinderverpleegkundige die werkzaam is bij een bij de VGVK en/of BMKT aangesloten zorgverlener;</p>
<p>4. Bij de indicatiestelling moet de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg hanteren bij het bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk.</p>
<p>5. Indien sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, moet u aan kunnen tonen hoe u er voor zorgdraagt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen te verrichten.</p>
<p>6. Indien u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, moet u een verklaring van uw behandelend arts toevoegen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.</p>
<p>7. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn uw (wettelijke) vertegenwoordiger en of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn. Ook mag de indicatie niet gesteld worden door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.</p>
<p>8. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Dan kennen wij hiervoor geen pgb toe. Of de toekenning kan lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij de indicatie geanonimiseerd voor advies voorleggen aan een onafhankelijke derde partij.</p>
<p>9. Indien u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, moet u tevens aangeven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins.</p>
<p>10. Indien u verbleef in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw of u gebruik maakt van</p>

<p>Kortdurend Verblijf in een instelling zoals bedoeld in artikel B.27 van de verzekeringsvoorwaarden, dan kunt u geen gebruik maken van uw Zvw-pgb. U kunt weer gebruik maken van uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd. Een nieuwe aanvraag is nodig als u langer dan 60 dagen opgenomen in een Wlz-instelling of ziekenhuis verblijft of langer dan twee maanden gebruik maakt van Kortdurend Verblijf in een instelling zoals bedoeld in artikel B.27 van de verzekeringsvoorwaarden.</p>
<p>11. Als u voor verpleging en verzorging gebruik wilt maken van Zorg in Natura in combinatie met een Zvw-pgb, dan moet u dit kenbaar maken op het aanvraagformulier. 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. Indien u van ons geen akkoord heeft voor de vergoeding van Zorg in Natura in combinatie met Zvw-PGB, heeft dit gevolgen voor de vergoeding.</p>
<p>12. Als uw Zvw-PGB-aanvraagformulier niet volledig is ingevuld en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, nemen wij uw aanvraag niet in behandeling.</p>

#### Artikel 6: Akkoordverklaring

<p>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;</p>
<p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>op grond van de voorgaande indicatie was u een Zvw-pgb toegekend;</li><li>de ingangsdatum van de geldende herindicatie ligt niet later dan de dag volgend op de datum van beëindiging van de voorgaande indicatie;</li><li>wij hebben uw aanvraag voor een Zvw-pgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de geldende herindicatie.</li></ol>
<p>3. In de schriftelijke akkoordverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw Zvw-pgb vast. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en mits u een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5. Beschikt u reeds over een akkoordverklaring met een looptijd van 5 jaar, dan blijft deze geldig tenzij de zorgvraag wijzigt.</p>
<p>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.</p>
<p>5. U moet te allen tijde uitgaan van het maximaal aantal te besteden uren verpleging en verzorging die in de akkoordverklaring staan vermeld.</p>
<p>6. Het in de akkoordverklaring vermelde bedrag is een maximumbedrag voor de vergoeding van het totaal aantal uren uit deze akkoordverklaring. Op dit maximale bedrag heeft u uitsluitend recht als de zorg geleverd is door een formele zorgverlener. Als de zorg wordt geleverd door een informele zorgverlener, is de vergoeding lager dan het maximumbedrag wat in de akkoordverklaring staat. Uw</p>

---

<p>maximumbedrag is dan het aantal uren maal het door u met de zorgverlener(s) afgesproken uurtarief. Het aantal uren op de akkoordverklaring is leidend. Voor de geldende tarieven verwijzen wij u naar de artikelen 7.2.1 en 7.2.2 van dit reglement.</p>
<p>7. Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld.</p>
<p>8. Als uw zorgverzekering of uw Zvw-pgb voor het einde van het kalenderjaar eindigt, of er vindt een her-indicatie plaats, dan wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke Zvw-pgb) maal (het aantal dagen dat uw Zvw-pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Indien u meer zorg gedeclareerd hebt dan uw naar rato verlaagde Zvw-pgb, moet u de teveel gedeclareerde zorg terug te betalen.</p>
<p>9. De toekenning, beëindiging of intrekking van de akkoordverklaring van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.</p>
<p>10. Als u vóór de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al zorg in natura heeft of als u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg heeft op het moment dat u een aanvraag voor een -Zvw-pgb indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het Zvw-pgb, zoals opgenomen in de akkoordverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.</p>

## Artikel 7: declareren van zorg

### 7.1 Voorwaarden voor declareren

<p>1. U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw akkoordverklaring staat vermeld.</p>
<p>2. Voor een goede en snelle afhandeling van uw declaraties verzoeken wij u om ons standaard declaratieformulier te gebruiken. U kunt deze vinden op onze website. U kunt het declaratieformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Zowel voor formele zorgverleners als voor informele zorgverleners bestaat een apart declaratieformulier.</p>
<p>3. De nota's die u ontvangt van de zorgverleners, waar u op basis van uw Zvw-pgb een overeenkomst mee heeft gesloten, controleert u en dient u bij ons in. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, Zvw-pgb aanvraag en akkoordverklaring mag gedeclareerd worden.</p>
<p>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, de geleverde uren zorg en de gedeclareerde bedragen;</p>
<p>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.</p>
<p>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.</p>
<p>7. Indicatiestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in artikel 2.1 beschreven, casemanagement en verpleegkundige dagopvang en verblijf bij kindzorg worden niet vergoed uit van het Zvw-pgb. Deze zorg zal afhankelijk van uw polis als zorg in natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed vanuit de reguliere wijkverpleging.</p>

8. Het niet voldoen aan de voorwaarden voor declareren kan ertoe leiden dat wij declaraties (achteraf) afwijzen.

### 7.2 Hoogte en omvang declaratie

1. Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Persoonlijke verzorging : € 38,28 per uur</li><li>• Verpleging : € 56,64 per uur</li></ul>
2. Voor informele zorgverleners kunt u maximaal € 23,00 per uur declareren voor persoonlijke verzorging en verpleging.
3. Onder informele zorgverleners vallen zorgverleners die:
a. een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad is en/of;
b. niet is ingeschreven als verpleegkundige (niveau 4 of 5) in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
c. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86,87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister
4. Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in art. 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.

### 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 hebt gecontracteerd en in lijn is met uw indicatiestelling. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen. Indien van toepassing, kunnen wij u adviseren hoe deze zorg doelmatiger ingezet kan worden.
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 budget verpleging en verzorging wordt overschreden wordt niet door ons vergoed.
5. Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de algemene polisvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg.



- |  |
|--|
| 6. Indien u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgverlener(s) inhuren, dan dient u dit schriftelijk vooraf bij ons te melden. Pas na onze schriftelijke toestemming, mag u de nota's van buitenlandse zorgverlener(s) declareren. |
| 7. De vermelde tarieven omvatten alle kosten voor verpleging en verzorging, zoals reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en andere werkgeverslasten.  |

### 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: <ul style="list-style-type: none"><li>- NAW gegevens verzekerde</li><li>- NAW gegeven zorgverlener</li><li>- relatie tussen verzekerde en zorgverlener</li><li>- looptijd van de overeenkomst</li><li>- welke zorg zal worden geleverd</li><li>- het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten</li><li>- welk tarief u daarvoor zult betalen.</li><li>- AGB-code indien het een formele zorgverlener betreft</li><li>- ondertekening door verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger en zorgverlener</li></ul> Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op <a href="http://www.svb.nl">www.svb.nl</a> .  |
| 2. Wij vergoeden maximaal 40 uur per week voor zorg en verpleging geleverd door partner, bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad waarmee u een overeenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is. U moet er ook op letten dat deze zorgverlener in totaal niet meer dan 40 uur aan werkzaamheden verricht(eventueel ook naast de werkzaamheden die hij/zij aan u levert). Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 15 jaar.   |
| 3. U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoopt. Uw zorgverzekeraar is niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.   |
| 4. 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. 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.<br>Ook wanneer u van zorgverlener(s) verandert of er wijzigingen zijn in uw keuze of de zorgverlener Zorg in Natura of pgb aan u levert moet u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan, indien dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude Zvw-pgb wordt (her)berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 6.8 Het nieuwe Zvw-pgb wordt berekend per de ingangsdatum van dit nieuwe Zvw-pgb. |
| 5. U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in overeenstemming is met de gestelde indicatie. Wij adviseren u dan ook om de geïndiceerde uren evenredig te verdelen over de looptijd van uw budget.   |

## reglement Zvw-pgb

6. U bent verplicht om een dossier te beheren en na het beëindigen van het Zvw-pgb voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste:
a. de volledige Zvw-pgb aanvraagformulieren inclusief bijlagen en zorgovereenkomsten,
b. facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat,
c. bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB),
d. kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties.
e. een beschikking van de rechtbank als u een wettelijk vertegenwoordiger heeft.
7. 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.
8. U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige en/of huisarts om uw (medische) gegevens omtrent de Zvw-pgb aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien, op het moment dat het nodig is voor een juiste uitvoering van uw verzekering. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur of verpleegkundig adviseur.
9. U geeft ons, of een door ons gecontracteerde partij toestemming namens ons, uw Zvw-pgb administratie in te zien en te controleren.
10. Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw akkoordverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de (maximaal tot de vermelde einddatum van de indicatie) geldige akkoordverklaring over voor wat betreft het vermelde aantal uren voor verpleging en verzorging. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken omdat iedere zorgverzekeraar haar eigen tarieven hanteert. Wij adviseren u om deze akkoordverklaring te bewaren zolang hij geldig is. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen.

### Artikel 9: Herziening of intrekking

Uw PGB kan worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toestemming als:
1. u niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden;
2. u voldoet aan een van de weigeringsgronden;
3. u niet voldoet aan de in dit reglement gestelde verplichtingen;
4. u recht heeft op zorg vanuit de Wet langdurige zorg;
5. u om beëindiging van het Zvw-pgb verzoekt;
6. de toekenningsperiode van uw Zvw-pgb eindigt;
7. u langer dan twee maanden opgenomen in een Wlz-instelling of ziekenhuis verblijft, of langer dan 60 dagen gebruik maakt van Kortdurend Verblijf in een instelling zoals bedoeld in artikel B.27 van de verzekeringsvoorwaarden.
8. 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;
9. uw zorgverzekering eindigt;
10. u de informatie die wij of een door ons gecontracteerde partij namens ons j bij u vragen niet dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
11. u niet meewerkt aan een dossieronderzoek (o.a. een huisbezoek)
12. er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen;
13. u het reglement niet naleeft;
14. u gedurende de looptijd van het pgb een nieuwe (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst, danwel voor het eerst met een (wettelijk) vertegenwoordiger gaat werken en u met deze vertegenwoordiger, naar het oordeel van uw verzekeraar, niet in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren. U moet elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond doorgeven via het wijzigingsformulier Zvw-pgb, dat u kunt vinden op onze internetsite;
15. u Zorg in Natura afneemt bij zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier hebt aangegeven

#### Artikel 10: Begripsbepaling

##### *Bewust keuze gesprek*

Dit is een telefonisch of persoonlijk gesprek tussen u en ons. Tijdens dit gesprek kunt u uw aanvraag toelichten. Onze medewerker informeert u over wat de keuze voor een Zvw-pgb voor u betekent. Hij stelt vragen over uzelf, uw zorgbehoefte en de in te kopen zorg. Ook kunt u zelf uw vragen aan ons stellen.

##### *Gebruikelijke zorg:*

De normale, dagelijkse zorg die partners, ouders en inwonende kinderen elkaar geven.

##### *Vertegenwoordiger*

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

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand:

- 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. die surséance van betaling heeft aangevraagd, in staat van faillissement verkeert of (ooit) failliet is verklaard;
- f. die anderszins onvoldoende waarborg zal bieden voor het nakomen van de voor de budgethouder aan het PGB verbonden verplichtingen.

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

*Wettelijk vertegenwoordiger*

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

*Zorg in Natura*

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

*Zorgverlener*

Met een zorgverlener bedoelen wij alle partijen die u gecontracteerd heeft om zorg te verlenen. Een zorgverlener is daarmee gelijk aan een zorgaanbieder.

---

## 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.

(...)

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.

(...)

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.10

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

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

### Artikel 2.15a

1. Met het Zvw-pgb kan worden vergoed verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.

(...)

ve zorg en het zorgplan. Ook orthopedagogen of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren.

- Een oogarts of een GZ-psycholoog is eindverantwoordelijk voor de geleverde visuele zorg en het zorgplan. Ook de klinisch fysicus of andere disciplines kunnen deze taak uitvoeren.

### Verwijzing

Een medisch specialist verwijst op grond van de NOG-verwijsrichtlijn voor visuele zorg. Voor aanvang van een extramurale behandeling is verwijzing nodig van:

- een medisch specialist of een klinisch fysicus audiologisch centrum als de stoornis / beperking niet eerder is vastgesteld of als de stoornis / beperking is gewijzigd;
- een huisarts of jeugdarts als de stoornis / beperking wel eerder is vastgesteld maar er een samenhangende zorgbehoefte blijkt. Er is geen verwijzing van huisarts of jeugdarts nodig als eenvoudige revalidatie wordt geleverd door een gecontracteerde zorginstelling voor verzekeren met een visuele beperking. Uw zorginstelling kan u vertellen wanneer het om eenvoudige revalidatie gaat.

### Zorgadvies en akkoordverklaring

Als verblijf langer duurt dan 1 jaar, hebt u een akkoordverklaring van ons nodig. De zorginstellingen die dit verblijf bieden, weten wanneer u in aanmerking komt voor verblijf en wanneer een akkoordverklaring nodig is.

### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

### Plaats

De zorg wordt verleend in een instelling voor zorg voor zintuiglijk beperkten of bij u thuis.

## B.26. Wijkverpleging

*Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.*

### Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering of een hoog risico op die zorg.

De zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement.

De zorg betreft ook verzorging van minderjarigen met een complexe somatische aandoening en / of

een lichamelijke handicap met een behoefte aan permanent toezicht en zorg in de nabijheid, behalve als deze verzorging is gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

### Integrale zorg

Ten behoeve van integrale zorgverlening hebben wij afspraken met gemeenten gemaakt. Wij doen dit om de uitvoering van onze wettelijke taken op grond van de Zorgverzekeringswet en WMO op elkaar af te stemmen. De afspraken die van belang zijn voor uw zorgverzekering staan in de verzekeringsvoorwaarden. Als u integrale zorg ontvangt (zorg op grond van verschillende wetten tegelijkertijd, zoals Zorgverzekeringswet, Jeugdwet, WMO en Wlz), adviseren wij u hierover contact met ons op te nemen.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg mag niet gepaard gaan met verblijf in een instelling, tenzij het om Intensieve Kindzorg gaat. Als Intensieve Kindzorg gepaard gaat met verblijf in een instelling, dan kunt u deze zorg niet met een PGB inkopen.
- De zorg betreft geen kraamzorg. Kijk voor kraamzorg in artikel B.7.
- De zorg omvat geen zorg die bekostigd kan worden uit de Wlz.
- Omvat de zorg verzorgende handelingen bij minderjarigen die gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)? Dan valt die zorg onder de Jeugdwet.

### Voorwaarden

#### Algemeen

U moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. De te verlenen zorg, ook de indicatiestelling, moet doelmatig zijn.

Verpleegkundige handelingen en verzorgingshandelingen worden zoveel mogelijk gecombineerd uitgevoerd in één bezoek aan u. Indien de zorg voor u slechts bestaat uit het uitvoeren van verzorgingshandelingen, dan heeft u regelmatig contact met de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, om na te gaan of uw situatie gewijzigd is en eventueel de indicatie en het zorgplan aan te passen. Wij verwachten van u dat u naar beste kunnen medewerking verleent aan de zorgverleners, zodat zij hun werk veilig en naar behoren kunnen uitvoeren.

#### Persoons Gebonden Budget

In bepaalde gevallen kunt u voor wijkverpleging

ook een Persoons Gebonden Budget (PGB) bij ons aanvragen. In het Reglement PGB Verpleging & Verzorging leest u daar meer over.

### Zorgverlener

#### Algemeen

De wijkverpleegkundige zorg wordt verleend door zorgverleners (beroepskrachten) die bevoegd en bekwaam zijn voor die handelingen die zij uitvoeren en kunnen dit desgevraagd aantonen. De verpleegkundigen (niveau 4 en 5) zijn daarnaast BIG-geregistreerd. Voorbehouden handelingen worden volgens de geldende kaders en normen uitgevoerd. De verpleegkundig specialist of verpleegkundige niveau 5 die de indicatie heeft gesteld, is continu betrokken bij de zorg en bewaakt of de indicatie en het zorgplan, en daarmee de ingezette zorg, nog passen bij de zorgvraag. Bij twijfel over de legitimiteit van handelen van een zorgmedewerker kan contact opgenomen worden met ons Zorgteam.

De zorgverlener die de zorg verleent en declareert moet beschikken over een AGB-code wijkverpleging en over gekwalificeerd personeel. De zorgverlener heeft daartoe, afhankelijk van welke zorg wordt geleverd, ten minste één persoon in dienst die een AGB-code "Verpleegkundige niveau 5" heeft. U kunt dit bij ons navragen.

### Indicatiestelling

De indicatie voor wijkverpleegkundige zorg wordt gesteld door de verpleegkundig specialist (artikel 14, wet BIG, hbo-master) of een verpleegkundige niveau 5 (artikel 3, wet BIG, hbo-bachelor). De indicatie wordt gesteld aan de hand van een digitaal classificatiesysteem. Inhoudelijk moet de indicatiestelling voldoen aan het normenkader van V&VN. De indicatiestelling wordt vermeld in het zorgplan.

### Verwijzing

U bent voor aanvang van de zorg verwezen door een wijkverpleegkundige, huisarts of medisch specialist. Voor het stellen van een indicatie kunt u een zorgverlener benaderen ook zonder dat u over een verwijzing beschikt.

### Zorgadvies en akkoordverklaring

Bepaalde zorgvormen moeten verleend worden door gespecialiseerde verpleegkundigen (bijvoorbeeld bepaalde verpleegtechnische handelingen en casemanagement dementie). Ons Zorgteam kan u helpen een passende zorgverlener te vinden.

### Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

### Plaats

De zorg wordt verleend in uw eigen omgeving. "Intensieve Kindzorg" kan ook in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderspice verleend worden.

## B.27. Kortdurend verblijf in een instelling

### Zorg: waar hebt u recht op?

De zorg omvat kortdurend verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

Er moet vaststaan dat:

- er een acuut en aantoonbaar risico bestaat op gezondheidsverlies. Uw persoonlijke (thuis) situatie neemt uw huisarts mee in overweging; en
- een ziekenhuisopname niet noodzakelijk is; en
- er geen structurele behoefte is aan verblijf; en
- terugkeer naar huis en herstel op korte termijn zorginhoudelijk mogelijk is (tenzij er sprake is van zorg vanwege de palliatief terminale fase).

Onder de zorg valt:

- Verblijf voor medisch noodzakelijke zorg voor maximaal 3 maanden. Deze maximum duur is niet van toepassing op palliatief terminale zorg. In bijzondere gevallen kunnen we een langere periode toestaan;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- Geneeskundige zorg. Hierbij is ook de eerstelijns diagnostiek inbegrepen;
- Paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit kortdurend verblijf.

Toelichting:

Zorg kan niet altijd thuis geleverd worden, bijvoorbeeld omdat een periode van aaneengesloten (geneeskundige) observatie, specialistische diagnostiek, herstellende zorg of zorg op onplanbare momenten nodig is. Ook kan palliatief terminale zorg niet altijd thuis geleverd worden en biedt een hospice soms betere mogelijkheden. In dergelijke gevallen kunt u recht hebben op een kortdurend verblijf buiten uw eigen huis zoals hierboven beschreven.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.