

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, vertegenwoordigd door C te B, en VGZ Zorgverzekeraar N.V.
Zaak	: Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), duur procedure, ingangsdatum
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en 2.15a tot en met 2.15c Bzv, en 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw TH/BR-025 van de Nederlandse Zorgautoriteit, Regeling informatieverstrekking ziekttekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-022 van de Nederlandse Zorgautoriteit, art. 6:248 BW
Zaaknummer	: 202201932
Zittingsdatum	: 5 juli 2023

1. Partijen

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

en

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

2. Verloop van de procedure

2.1. Verzoekster heeft bij brief van 19 februari 2023 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 6 maart 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.

2.2. Bij brief van 1 mei 2023 heeft de zorgverzekeraar aan de commissie meegedeeld dat het persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) hoger is vastgesteld, namelijk op basis van 2 uren en 55 minuten Verpleging per week. Voor het overige handhaaft de zorgverzekeraar zijn standpunt. Een kopie van deze brief is op 2 mei 2023 aan verzoekster gestuurd, met de vraag of hiermee het geschil is opgelost. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 7 mei 2023 uiteengezet waarop het geschil nog ziet. De zorgverzekeraar heeft hierop bij brief van 23 mei 2023 gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op 30 mei 2023 aan verzoekster gezonden. Verzoekster heeft hierop bij brief van 21 juni 2023 gereageerd. Een afschrift van deze brief is op 23 juni 2023 aan de zorgverzekeraar gestuurd.

2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de zorgverzekeraar zijn op 5 juli 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

3.1. Verzoekster was in 2022 bij de zorgverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering).

3.2. Verzoekster heeft al enige tijd de beschikking over een PGB vv, waarmee zij de zorg bekostigt die haar echtgenoot aan haar verleent. Omdat haar zorgvraag toenam, heeft zij door een wijkverpleegkundige een nieuwe indicatie laten stellen. Deze wijkverpleegkundige stelde op 18 mei 2022 een indicatie op basis van 18 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 2 uren en 55 minuten Verpleging per week. Met het 'Aanvraagformulier persoonsgebonden budget (pgb) verpleging en verzorging' heeft verzoekster bij de zorgverzekeraar een aanvraag gedaan voor een hoger PGB vv. Het aanvraagformulier is ondertekend op 9 juli 2022. Op het formulier staat dat de indicatie moet ingaan op 18 mei 2022. Verder is erop vermeld dat het aantal uren Verpleging 2 uren en 25 minuten bedraagt.

3.3. Bij brief van 12 december 2022 heeft de zorgverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat een PGB vv wordt toegekend op basis van 18 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 2 uren en 25 minuten Verpleging per week. Het PGB vv gaat in op 9 juli 2022.

3.4. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 19 december 2022 aan de zorgverzekeraar meegedeeld dat 2 uren en 55 minuten Verpleging per week zijn geïndiceerd, en dat op het aanvraagformulier een foutief aantal uren is vermeld. Verder heeft zij erop gewezen dat op het aanvraagformulier staat dat het PGB vv moet ingaan op 18 mei 2022, en heeft zij de zorgverzekeraar gevraagd de ingangsdatum in die zin aan te passen. De zorgverzekeraar heeft hierop aan verzoekster meegedeeld zijn standpunt te handhaven.

4. **Standpunt verzoekster**

4.1. Verzoekster heeft in eerste instantie aan de commissie verzocht te bepalen dat de zorgverzekeraar gehouden is:

- 1) haar een PGB vv toe te kennen op basis van 18 uren en 5 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 2 uren en 55 minuten Verpleging per week, en
- 2) de ingangsdatum van het PGB vv te stellen op 18 mei 2022.

Nadat de zorgverzekeraar bij brief van 1 mei 2023 had meegedeeld alsnog het gevraagde aantal uren PGB vv toe te kennen, heeft verzoekster bij brief van 7 mei 2023 verklaard dat haar verzoek uitsluitend nog ziet op onderdeel 2).

4.2. Verzoekster heeft bij brief van 19 februari 2023 aangevoerd dat zij al drie jaren lang problemen heeft met de aanvragen voor het PGB vv. De doorlooptijden van de aanvraagprocedure zijn erg lang, en de wachttijden aan de telefoon kunnen oplopen tot een half uur. Vervolgens komt er iemand aan de lijn die niet kan doorverbinden en geen terugbelverzoek kan achterlaten. Als toch de belofte wordt gedaan terug te bellen, gebeurt dit niet. De zorgverzekeraar stelt binnen een termijn van zes weken een aanvraag te kunnen afhandelen, maar haalt deze termijn in de praktijk niet. Hierover wordt met de aanvrager verder niet gecommuniceerd. Verzoekster is van mening dat de zorgverzekeraar hiermee de op hem rustende zorgplicht schendt.

4.3. Verzoekster heeft de zorgverzekeraar bij e-mailbericht van 19 december 2022 laten weten dat de ingangsdatum van het PGB vv niet 9 juli 2022 moet zijn, maar 18 mei 2022, zoals vermeld op het aanvraagformulier. De zorgverzekeraar heeft, naar aanleiding hiervan, de toekenning niet gecorrigeerd. Als gevolg hiervan is verzoekster budget misgelopen, dat zij heeft berekend op € 4.065,91. Zij vordert dit bedrag van de zorgverzekeraar.

4.4. Bij brief van 21 juni 2023 heeft verzoekster nogmaals erop gewezen dat een zorgindicatie is gesteld met ingangsdatum 18 mei 2023. Het recht op zorg ontstaat door een geldige indicatie. De zorgverzekeraar hanteert evenwel de datum van de aanvraag als ingangsdatum. Er is verzoekster geen wettelijke tekst of regel bekend die dit rechtvaardigt. De vermelding in het reglement is wat haar betreft onvoldoende om daarmee het recht op de zorg in te perken. De zorgverzekeraar stelt weliswaar dat de aanvraag van een PGB vv een vrije keuze is, maar dit is slechts gedeeltelijk waar. De zorgindicatie omvat Verpleging en Persoonlijke Verzorging. Het grootste deel van de zorg is niet planbaar en kan dus ook niet in natura worden geleverd. De keuze voor een PGB vv ontslaat de zorgverzekeraar niet van zijn verplichtingen. Tijdigheid is hier van belang. Zonder machtiging is uitvoering van tijdige zorg immers niet mogelijk. In dit geval heeft het een halfjaar geduurd voordat de machtiging werd afgegeven. Er is dus niet tijdig geleverd. Verzoekster concludeert dat de zorgverzekeraar stelselmatig de op hem rustende zorgplicht aan de laars lapt en daarmee in gebreke is bij de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst.

4.5. Ter zitting heeft verzoekster nogmaals benadrukt dat de communicatie met de zorgverzekeraar erg slecht verloopt. Zij hangt lang in de wacht als zij belt, en het lijkt niet mogelijk te zijn dat zij door de zorgverzekeraar wordt teruggebeld. Toen verzoekster een klacht indiende, werd haar gevraagd deze te verwijderen omdat men dit niet zelf vanuit het geautomatiseerde systeem kon. Er gebeurt helemaal niets, en dit leidt tot enorme frustratie. De zorgverzekeraar verwijst naar een beleidsdocument, maar de inhoud hiervan wordt door hem stelselmatig genegeerd en overtreden. Het gaat verzoekster om de ingangsdatum van het PGB vv. Er is een indicatie gesteld en dit ging zeker niet soepel. Er bleek namelijk maar één partij hiertoe bereid. Vervolgens werd

er iemand gestuurd die nog nooit een Parkinsonpatiënt had gezien, aldus verzoekster. Er volgde een indicatie, maar toen kwam er een crisis tussen verzoekster en haar echtgenoot, waardoor de aanvraag werd vertraagd. Dit verklaart waarom de aanvraagformulieren voor het PGB vv later zijn ingediend. De zorgverzekeraar heeft niet meegeholpen, en hanteert strikt de regels. Verder stelt de zorgverzekeraar dat verzoekster had kunnen kiezen voor zorg in natura. In het dorp is er echter maar één partij die thuiszorg levert, en omdat de meeste zorg voor verzoekster niet planbaar is, kan deze door die partij niet worden geleverd. De keuze voor zorg in natura is er feitelijk dus niet, en daarom moet haar echtgenoot zijn werk aanpassen en thuisblijven om de benodigde zorg te leveren. Dit betekent dat de zorgverzekeraar er goed mee wekomt, want men hoeft alleen te betalen in plaats van te bewerkstelligen dat de zorg ook daadwerkelijk wordt geleverd. Volgens de regelgeving is sprake van een resultaatsverplichting, maar de zorgverzekeraar is van mening dat het bij een PGB vv om een inspanningsverplichting gaat. De regel is verder dat er binnen zes weken op een aanvraag moet worden beslist. De zorgverzekeraar heeft hier vijf maanden over gedaan. Het was bijna een halfjaar lang niet zeker of er betaald zou gaan worden.

Verzoekster is 61 jaar oud en heeft sinds 2015 de ziekte van Parkinson. Dit zet haar hele leven op zijn kop. De verwachting is dat de zorgverzekeraar hierbij zoveel mogelijk steun biedt, maar van de zorgverzekeraar ondervond zij alleen tegenwerking. Zelfs bij personeelsproblemen moet het mogelijk zijn dit binnen kortere termijn op te lossen. De aanvraag moet ingaan op het moment van het stellen van de indicatie, omdat deze vanaf dat moment rechtmatig is. De regel dat het PGB vv later moet ingaan is in strijd met de zorgplicht. De zorgverzekeraar had hier in ieder geval coulant moeten betrachten vanwege het feit dat het een moeilijke situatie betrof. Na de indicatiestelling is er discussie geweest over de indicatie, en hierover is er ook contact geweest met de zorgverzekeraar. De indicatie is daarna door de wijkverpleegkundige bijgesteld. De reden hiervan is dat de indicatiesteller het normaal vond dat verzoekster 20 keer per dag moest worden geholpen bij de toiletgang, hetgeen mantelzorg zou zijn. Dit is later aangepast. Daarmee is ook de datum van ondertekening verschoven. De wijkverpleegkundige is echter op 18 mei 2022 langs geweest om de indicatie te stellen. Deze datum staat ook in het zorgplan. De datum van de ondertekening was dus later vanwege de discussie die over de gestelde indicatie ontstond. Verzoekster mist de reden dat het reglement belangrijker is dan de zorgplicht. De aanspraak op zorg start op de dag dat de indicatie ingaat, en niet op het moment dat de aanvraag door de verzekeraar is ontvangen en aan de regels is voldaan.

- 4.6. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. Standpunt zorgverzekeraar

- 5.1. De zorgverzekeraar heeft bij brief van 1 mei 2023 verklaard dat een PGB vv wordt toegekend conform de door de indicerende wijkverpleegkundige gestelde indicatie. Eerder is een PGB vv toegekend op basis van 2 uren en 25 minuten Verpleging per week. Deze fout is gecorrigeerd, waarna een PGB vv is toegekend op basis van 2 uren en 55 minuten Verpleging per week. Dit heeft ook geleid tot een correctie in de betalingen. De laatste betaling werd geweigerd omdat het maximale bedrag van de machtiging was bereikt. Dit is intussen niet meer het geval, zodat ook de laatste declaratie is uitgekeerd aan verzoekster.

Met betrekking tot de ingangsdatum wordt de ontvangstdatum van de complete aanvraag op 9 juli 2022 aangehouden, een en ander op basis van artikel 6.1 van het 'Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' (hierna: het reglement). De indicatie is gesteld op 21 juni 2022. De zorg is vervolgens aangevraagd met terugwerkende kracht tot 18 mei 2022. Omdat de ingevulde en ondertekende aanvraag niet is ontvangen binnen vier weken na de ingangsdatum van de geldende herindicatie, wordt de ingangsdatum van artikel 6.1 van het reglement aangehouden.

- 5.2. In 2022 had de zorgverzekeraar te maken met een lange doorlooptijd. Dit hield verband met een hoge werkvoorraad en personeelstekorten. In de contacten is dit uitgelegd aan verzoekster en zijn hiervoor excuses aangeboden. In november 2022 is de aanvraag met spoed opgepakt.

Het is altijd de verantwoordelijkheid van de budgethouder om tijdig een herindicatie aan te vragen, zodat deze op tijd door de zorgverzekeraar wordt ontvangen. Zoals in artikel 8.5a van het reglement is bepaald, moet bij een gewijzigde zorgvraag per direct een nieuwe indicatie worden gesteld en een nieuwe aanvraag voor een PGB vv worden ingediend. Als door omstandigheden een indicatiestelling niet tijdig kan worden gedaan, kan contact worden opgenomen met de zorgadviseurs van de zorgverzekeraar om hulp te krijgen bij het vinden van een beschikbare indicatiesteller, zodat de aanvraag op tijd kan worden ingediend.

De zorgverzekeraar is van mening dat hij de zorgplicht niet heeft geschonden. Het aanvragen van een PGB vv is een keuze, omdat ook zorg in natura kan worden ingezet. De zorgverzekeraar moet zorgen dat tijdige, bereikbare en kwalitatief goede zorg beschikbaar is. Meer uitleg over de zorgplicht is te vinden in de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw (TH/BR-025).

- 5.3. Ter zitting heeft de zorgverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat voorop staat dat de budgethouder zelfstandig in staat moet zijn het PGB vv te beheren. Dan moet hij zich ook houden aan de verplichtingen uit het reglement, waaronder het tijdig indienen van een aanvraag. Er is niet voldaan aan de voorwaarden van artikel 6.2, omdat er meer dan twee maanden zitten tussen de aanvraag en het indienen ervan. De zorgverzekeraar erkent dat door hem onvoldoende rekening is gehouden met de volledige context. Dit kan wel een rol spelen en hiervoor biedt de zorgverzekeraar excuses aan. De datum waarop de aanvraag is ondertekend, namelijk 21 juni 2022, moet daarom als ingangsdatum worden beschouwd. In dat geval zitten er minder dan vier weken tussen de ingangsdatum en het indienen van de aanvraag, en kan het PGB vv reeds op 21 juni 2022 ingaan. De ingangsdatum kan echter niet worden vervroegd naar 18 mei 2022, omdat de verzekeringsvoorwaarden leidend zijn en er door verzoekster geen omstandigheden zijn aangevoerd die maken dat toepassing van artikel 6.1 leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. Er was inderdaad een lange wachttijd, en hiervoor zijn maatregelen getroffen. Dat is bij verzoekster helaas niet snel genoeg gelukt.
- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de zorgverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. Bevoegdheid van de commissie

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

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over het PGB vv en de zorgplicht alsmede die uit de Beleidsregel toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars Zvw TH/BR-025 en de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten TH/NR-022 van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), 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.
- 7.2. Het staat vast dat de hoogte van het PGB vv niet langer in geschil is. Door de zorgverzekeraar is in de loop van de procedure het aantal uren gecorrigeerd en is de hierbij behorende aanvullende vergoeding verleend. Partijen zijn thans uitsluitend nog verdeeld over de ingangsdatum van het PGB vv. De - hogere - indicatie is gesteld op 21 juni 2022 en zou volgens het aanvraagformulier moeten ingaan met terugwerkende kracht tot 18 mei 2022. De complete aanvraag voor een PGB vv is op 9 juli 2022 door de zorgverzekeraar ontvangen. De zorgverzekeraar heeft in eerste instantie besloten het PGB vv te laten ingaan op laatstgenoemde datum, maar heeft ter zitting

verklaard de ingangsdatum te vervroegen naar 21 juni 2022. Volgens verzoekster dient de ingangsdatum op 18 mei 2022 te worden gesteld. De commissie overweegt hierover als volgt.

Ingangsdatum PGB vv

- 7.3. In artikel 6.1 van het reglement is bepaald dat het PGB vv ingaat op de datum waarop de zorgverzekeraar de compleet ingevulde en ondertekende aanvraag heeft ontvangen. Op verzoek kan het PGB vv ook later ingaan. Artikel 6.2 bepaalt dat in afwijking van artikel 6.1 bij een herindicatie de ingangsdatum de datum van de geldende herindicatie is, als is voldaan aan een aantal voorwaarden. Daarvoor is het noodzakelijk dat:
- a) op grond van de voorgaande indicatie een PGB vv was toegekend;
 - b) de ingangsdatum van de geldende herindicatie niet later ligt dan de dag volgend op de datum van beëindiging, en
 - c) de zorgverzekeraar de compleet ingevulde en ondertekende aanvraag voor het PGB vv heeft ontvangen binnen vier weken na de datum van de geldende herindicatie.
- Door de zorgverzekeraar is gesteld, en door verzoekster is niet bestreden, dat de compleet ingevulde aanvraag door hem is ontvangen op 9 juli 2022. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan de ingangsdatum van de indicatie op 18 mei 2022 gesteld. Deze datum moet worden gezien als de datum van de geldende herindicatie en ligt niet binnen vier weken voor de ontvangstdatum van 9 juli 2022. De ingangsdatum van het PGB vv is, gelet op artikel 6.1 van het reglement, door de zorgverzekeraar in eerste instantie juist bepaald op 9 juli 2022.

Schending zorgplicht

- 7.4. Verzoekster heeft aangevoerd dat de bepalingen van het reglement haar niet kunnen worden tegengeworpen. Enerzijds heeft zij in dit verband gesteld dat de ingangsdatum van de gestelde indicatie 18 mei 2022 is, en dat haar geen wettelijke tekst of regel bekend is die afwijking hiervan rechtvaardigt. Anderzijds heeft zij verwezen naar de op de zorgverzekeraar rustende zorgplicht, waaruit, volgens verzoekster, voortvloeit dat deze ervoor moet zorg dragen dat in haar - vanaf 18 mei 2022 bestaande - zorgbehoefte wordt voorzien.
- De commissie volgt verzoekster hierin niet. De zorgverzekering heeft nadrukkelijk het karakter van een private verzekeringsovereenkomst. In dat kader kunnen partijen bij de overeenkomst nadere afspraken maken, zoals ten aanzien van de ingangsdatum van het PGB vv. Dit is gebeurd via de verzekeringsvoorwaarden, waarvan het reglement deel uitmaakt. Ook de verwijzing naar de zorgplicht treft geen doel. Verzoekster gaat hiermee voorbij aan het gegeven dat de wetgever bepaalde verplichtingen en verantwoordelijkheden bij de houder van een PGB vv heeft neergelegd. Zo is in artikel 2.15c, onder a tot en met d, Bzv bepaald:

*“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.”*

De commissie is van oordeel dat uit het gestelde onder a en b voortvloeit dat de budgethouder zelf dient te letten op de continuïteit van de zorg. Het tijdig aanvragen van een (her)indicatie en het tijdig indienen van een (nieuwe) aanvraag bij de verzekeraar zijn aspecten van het op verantwoorde wijze uitvoeren van de taken en verplichtingen die aan het PGB vv zijn verbonden.

- 7.5. Iets anders is dat verzoekster heeft gesteld dat de zorgverzekeraar de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden door niet tijdig, dat wil zeggen niet binnen de door hem genoemde termijn van zes weken, op de aanvraag voor het PGB vv te beslissen. De zorgverzekeraar heeft erkend dat er op enig moment vanwege een hoge werkvoorraad en personeelstekorten achterstanden waren ontstaan, maar hij heeft de gestelde schending van de zorgplicht bestreden. De zorgverzekeraar heeft in dat kader verwezen naar een beleidsregel van de NZa (TH/BR-025). In deze beleidsregel is onder andere opgenomen binnen welke termijn een verzekerde voor bepaalde zorg bij een zorgaanbieder terecht moet kunnen. Voor verpleging en verzorging is deze termijn in artikel 10.7 gesteld op zes weken. De commissie overweegt dat de zorgplicht is omschreven in artikel 11 Zvw. Het gaat hierbij om de levering van de zorg of de overige diensten waaraan de verzekerde behoefte heeft (natura) dan wel de vergoeding van de kosten hiervan en, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. In dit geval is de verzekerde prestatie verpleging en verzorging, waarbij de financieringsvorm het PGB vv is. Dat de geïndiceerde verpleging en verzorging niet (tijdig) in natura bij een gecontracteerde zorgaanbieder beschikbaar was, is weliswaar door verzoekster ter zitting gesteld, maar dit is niet komen vast te staan. Voorts is gesteld noch gebleken dat verzoekster de zorgverzekeraar heeft gevraagd naar deze zorg te bemiddelen, zodat deze ook niet de mogelijkheid heeft gekregen eventuele problemen op dit gebied te verhelpen. Verzoekster heeft ervoor gekozen de zorgverlening door haar echtgenoot voort te zetten, en uiteindelijk zijn de desbetreffende declaraties op grond van het PGB vv ook vergoed vanaf 21 juni 2021. De zorgplicht is daarom door de zorgverzekeraar niet geschonden voor zover aanspraak bestond op het PGB vv. Zoals hiervoor is geconcludeerd was dit laatste niet het geval tussen 18 mei 2021 en 21 juni 2021. Die vertraging blijft, uitgaande van de voorwaarden van de zorgverzekering en het reglement, geheel voor rekening en risico van verzoekster.

Redelijke termijn beslissing

- 7.6. In een andere beleidsregel van de NZa (TH/NR-022) is in artikel 13 bepaald dat een afwijzing op een aanvraag goed moet worden onderbouwd. In de toelichting is geregeld dat dit ook tijdig moet gebeuren. Het is voor de verzekerde echter eveneens van belang dat tijdig wordt beslist op een aanvraag die resulteert in toekenning van de zorg. Verzoekster had in het kader van haar PGB vv-aanvraag belang bij een tijdige beslissing, aangezien de geïndiceerde zorg pas bij haar echtgenoot kon worden ingekocht als zij de beschikking had over een budget daarvoor. In dit geval is de aanvraag door de zorgverzekeraar ontvangen op 9 juli 2022. De aanvraag was op dat moment compleet en er was geen aanvullende informatie van verzoekster nodig. De eerste beslissing op deze aanvraag dateert van 12 december 2022. Een termijn van vijf maanden om te beslissen op een complete aanvraag kan niet worden gezien als een redelijke termijn. Op zichzelf zijn aan deze constatering echter geen gevolgen te verbinden voor de ingangsdatum van het PGB vv.

Toepassing bepaling onaanvaardbaar naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid?

- 7.7. Verzoekster heeft verder aangevoerd dat toepassing van artikel 6.1 van het reglement onder de gegeven omstandigheden leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, zodat zij hieraan niet kan worden gehouden. De commissie overweegt hierover als volgt.
Het staat vast dat de indicatie is gesteld op 18 mei 2022 en dat het aantal geïndiceerde uren niet (meer) ter discussie staat. De vraag rijst dan wat er zou zijn gebeurd indien de indicatiestelling de zorgverzekeraar tijdig had bereikt. Volgens de zorgverzekeraar zou in dat geval direct zorg in natura zijn geboden, als daarvoor door verzoekster was gekozen. Zoals onder 7.6. is vastgesteld, beliep de termijn voor het beoordelen van een aanvraag voor een PGB vv daarentegen vijf maanden. Uitgangspunt is dat het indiceren van Verpleging en Verzorging op dezelfde wijze plaatsvindt, dus ongeacht de financiering in de vorm van zorg in natura dan wel in de vorm van een PGB vv. De beoordeling of een verzekerde in staat is het budget te kunnen beheren - zeker in het geval van een bestaande budgethouder - kan het verschil in doorlooptijd evenmin

verklaren. Zaken als werkdruk en personeelstekorten, die door de zorgverzekeraar als oorzaak van de vertraging zijn benoemd, overtuigen niet, aangezien deze niet direct gerelateerd zijn, althans niet zouden mogen zijn, aan de financieringsvorm van de zorg.

De commissie concludeert dat ook in geval van tijdige indiening van de aanvraag voor het PGB vv de zorgverzekeraar de door hem gestelde indicatieve termijn van zes weken ruimschoots zou hebben overschreden. Onder deze omstandigheden - waarbij de zorgverzekeraar zelf ernstig tekortschiet in de tijdige nakoming van de op hem rustende verbintenis - leidt onverkorte toepassing van artikel 6.1 van het reglement - met name door de wederpartij de termijn van maximaal vier weken terugwerkende kracht tegen te werpen - naar het oordeel van de commissie tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is, ook na wijziging van de ingangsdatum naar 21 juni 2022. De zorgverzekeraar dient daarom, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, de ingangsdatum van het PGB vv te bepalen op 18 mei 2022. Omdat het verzoek hiermee wordt toegewezen, is de zorgverzekeraar gehouden verzoekster het entreegeld van € 37,- te vergoeden.

Slotsom

7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie beslist dat de zorgverzekeraar:
- (i) de ingangsdatum van het PGB vv van verzoekster moet bepalen op 18 mei 2022; en
 - (ii) aan verzoekster het entreegeld van € 37,- moet vergoeden.

Zeist, 3 oktober 2023,

H.A.J. Kroon

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 ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering

Artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

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).

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

U heeft voor verpleging en/of verzorging een indicatie nodig en er moet een zorgplan zijn opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een hbo-verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig heeft in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

De indicatie voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt gesteld door een hbo-kinder-verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

Persoonsgebonden budget (pgb)

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

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

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

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 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 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen 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 van deze voorwaarden.

Artikel 15. Verloskundige zorg en kraamzorg

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 kinderwens heeft, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11 punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan.
- Counseling
Als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, dan heeft u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. In dit gesprek ontvangt u informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt.
- De combinatie-test, de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek als u een medische indicatie heeft. U heeft ook recht op een NIPT als uit een combinatie-test blijkt dat u een aanmerkelijke kans heeft op een kind met een chromosoomafwijking.
- Invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) als uit een combinatie-test of NIPT blijkt dat u een aanmerkelijke kans heeft op een kind met een chromosoomafwijking (zoals het syndroom van Down).
- Twintig-weeken echo (SEO)
Met de twintig-weeken echo kunt u laten onderzoeken of uw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20e week van de zwangerschap.

Heeft u geen medische indicatie voor prenatale diagnostiek?

Dan kunt u voor eigen rekening een NIPT ondergaan.

Eigen risico

Voor verloskundige zorg geldt geen eigen risico. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico.

Voor het plaatsen en verwijderen van een spiraaltje door de verloskundige geldt geen eigen risico. Het eigen risico geldt wel voor het spiraaltje. Zie artikel 35 Geneesmiddelen en het Reglement hulpmiddelen voor de vergoeding van het spiraaltje.

Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Hier kunt u terecht

Bij een verloskundige of huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde. Integrale geboortezorg mag worden geleverd door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO).

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

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

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

Artikel 11

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

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

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

Artikel 2.15a

1. Met het Zvw-pgb kan worden vergoed verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.
2. De zorgverzekeraar kan in zijn modelovereenkomst opnemen dat met het Zvw-pgb tevens kan worden vergoed verblijf als bedoeld in artikel 2.12 voor zover gepaard gaande met verpleging en verzorging voor verzekerden tot achttien jaar.

Artikel 2.15b

Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, kunnen bij ministeriële regeling bedragen worden vastgesteld die ten hoogste met een Zvw-pgb worden vergoed.

Artikel 2.15c

1. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt een Zvw-pgb verstrekt indien:
 - a. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit,
 - b. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren,
 - c. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door hem verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg en
 - d. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat hij de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.
2. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt het Zvw-pgb geweigerd indien:
 - a. de verzekerde bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat is gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
 - b. de verzekerde blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
 - c. de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen;
 - d. de vertegenwoordiger van de verzekerde niet voldoet aan regels inhoudende beperkingen of eisen die bij ministeriële regeling aan de kring van vertegenwoordigers kunnen worden gesteld in het belang van de bescherming van de verzekerde of van het waarborgen van de hulp, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d.

3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst geen andere voorwaarden en weigeringsgronden op ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger dan vermeld in het eerste, tweede en vierde lid.
4. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden en weigeringsgronden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger.

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste € 26,52 per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.
5. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020, als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de zorgverlener niet is verleend;
 - b. deze niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
6. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het vijfde lid. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.
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 Zw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
- b. blijkt 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 Zw-pgb verbonden verplichtingen, of
- f. de hulp tegen betaling verleent.

Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2022 (Zvw-pgb)

Artikel 1. Inleiding

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 14, verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2022 van:

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

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 van de volgende voorwaarden:

1. U bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging zoals benoemd in artikel 2.1. van dit reglement. Deze indicatie is op het moment dat uw aanvraag door ons is ontvangen niet ouder dan 3 maanden;
2. U bent naar ons oordeel in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit;
3. U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. De volgende aspecten wegen wij mee in onze beoordeling:
 - a. U heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo, Zorgverzekeringswet of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b. U was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de Zvw-pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;

- c. Er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
 - d. U heeft of had het afgelopen jaar een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
 - e. U valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - f. U heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard.
4. U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
 5. U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.

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

Artikel 4. Weigeringsgronden

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

1. U bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
2. U beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
3. Uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
4. U verleent geen medewerking (meer) aan een 'Bewust-keuzegesprek' en/of huisbezoek dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
5. Uit uw aanvraagformulier of het 'Bewust-keuzegesprek' en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
6. Uw (wettelijk) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):
 - a. Heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of (wettelijk) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b. Beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
 - c. Is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen;
 - d. Valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - e. Heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of is failliet verklaard;
 - f. Biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen;
 - g. De hulp tegen betaling verleent;
7. U beschikt over meer dan één indicatie voor de zorg zoals beschreven in artikel 2.1. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord;
8. U koopt zorg in bij uw (wettelijk) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (partner, bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad);
9. U bent failliet verklaard of, als de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden is failliet verklaard;
10. Het Zvw-pgb wordt geweigerd als u wordt geholpen door een andere vertegenwoordiger dan uw wettelijk vertegenwoordiger, een bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad of uw echtgenoot of (geregistreerde) partner;
11. Bij de indicatiestelling moet de wijkverpleegkundige volgens het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving' van de V&VN de afweging maken wat u en uw netwerk zelf kunnen doen. De afweging die de wijkverpleegkundige daarbij maakt, moet in de indicatie staan. Er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door uw netwerk en wat u en uw netwerk zelf kunnen doen. Onder deze zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen, en op basis van de belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen de zorgsituatie van de betrokkene, in redelijkheid mag worden verwacht. Onder netwerk wordt volgens het Begrippenkader van de V&VN verstaan: "naasten en mantelzorgers" zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden van verzekerde.

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-keuzegeprek' 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-geregistreerde hbo-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld;
 - b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een door een minimaal BIG geregistreerde hbo-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist kindergeneeskunde die werkzaam is bij een bij de BINKZ aangesloten zorgverlener gestelde indicatie. De indicatie wordt opgesteld volgens de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving in aanwezigheid van het kind en de wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor).
3. Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op arbeidsmarkt kan er contact worden opgenomen met ons om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen.
4. Bij de indicatiestelling dient de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg te hanteren bij het bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk.
5. Bij gespecialiseerde verpleging moet een uitvoeringsverzoek worden opgesteld door de behandelend arts als het gaat om een voorbehouden handeling. Wij kunnen dit uitvoeringsverzoek opvragen. Bij risicovolle handelingen moet aantoonbaar gemaakt worden dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd. Met deze verklaring kan door een minimaal BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige beter ingeschat worden of de zorg kwalitatief verantwoord plaats gaat vinden zodat een indicatie kan worden opgesteld die voldoet aan de eisen van artikel 5.2.
6. Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandelend arts toe te voegen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.
7. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn uw (wettelijk) vertegenwoordiger en of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn. Ook mag de indicatie niet gesteld worden door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.
8. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt, niet doelmatig is of dat de indicatiestelling niet voldoet aan het kader 'normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving (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-pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. 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.
9. Als u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, dient u tevens aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotse) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins.
10. Als u verbleef in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw, kunt u weer gebruikmaken van uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd. Een nieuwe aanvraag is nodig als u langer dan 60 dagen opgenomen bent in een Wlz-instelling, in een ziekenhuis verblijft of langer dan 60 dagen gebruikmaakt van eerstelijnsverblijf.

11. Als u voor verpleging en verzorging gebruik wilt maken van zorg in natura in combinatie met een Zvw-pgb, dan moet u dit kenbaar maken op het aanvraagformulier. De verpleegkundige moet hiervoor één indicatie opstellen waarin zowel de zorg in natura als zorg vanuit het Zvw-pgb zijn opgenomen. De door ons gecontracteerde zorgaanbieders leveren alleen zorg in natura en geen zorg vanuit een Zvw-pgb. Ook moet u de wijkverpleegkundige die de indicatie stelt, de instelling die de zorg in natura levert en degene die de Zvw-pgb zorg levert hierover informeren. Als u van ons geen akkoord heeft voor de vergoeding van zorg in natura in combinatie met Zvw-pgb, heeft dit gevolgen voor de vergoeding.

Artikel 6. Toekenningsverklaring

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

Artikel 7. Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

1. U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw toekenningsverklaring staat vermeld.
2. Voor een goede en snelle afhandeling van uw declaraties verzoeken wij u om ons declaratieformulier te gebruiken. U kunt het formulier vinden op onze website of telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Voor het declareren van zorg verleend door formele zorgverleners en voor het declareren van zorg verleend door informele zorgverleners bestaat een apart declaratieformulier. De nota's die u ontvangt van uw zorgverleners controleert u en neemt u over op ons declaratieformulier. U kunt het declaratieformulier zowel per post als via de Mijn-omgeving bij ons indienen. U hoeft de nota's niet mee te sturen. U moet de nota's wel bewaren. Deze kunnen wij later bij u opvragen. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, pgb-aanvraag en toestemming mag gedeclareerd worden.

3. Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Door inzending van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg.
4. Het declareren van vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten, afgerond op 5 minuten mag worden gedeclareerd.
5. Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.
6. Indicatiestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in artikel 2.1. beschreven, casemanagement, 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 informele zorgverleners kunt u maximaal € 24,12 per uur declareren voor persoonlijke verzorging en verpleging.
3. Onder informele zorgverleners vallen in ieder geval zorgverleners die:
 - a. Ouders, verzorgers, partner, 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. Geen verzorgende met opleidingsniveau 3 of hoger zijn en/of;
 - 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.
4. Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in artikel 7.2.1. genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.
 - a. Alleen de AGB-codes uit de categorieën 41 zzp-er wijkverpleging, 42 zorgaanbieders, 75 thuiszorginstellingen, 91 verpleegkundigen of 98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars worden geaccepteerd. Uw zorgverlener moet daarnaast beschikken over het juiste diploma (verzorgende/verpleegkundige) en aantoonbaar voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. Wij kunnen bij u het diploma van uw formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan wij kunnen controleren of uw zorgverlener bevoegd is tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief
 - b. Formele zorgverleners die bekend zijn als Extern Verwijzingsregister (EVR) gesignaleerde aanbieders of waarbij een ernstig vermoeden van fraude is, worden uitgesloten van een vergoeding vanuit het Zvw-pgb.
5. Zowel het formele als het informele tarief zijn 'all-in-tarieven'. Dit houdt in dat u naast dit tarief geen andere kosten kunt declareren, zoals werkgeverslasten, reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en hulpmiddelen.

7.3 Overige bepalingen t.b.v. declareren

1. U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van de door u gecontracteerde zorgverleners. Voor zover u niet tijdig aan uw contractuele betalingsverplichting voldoet, kunnen eventuele bijkomende kosten (bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente) niet vanuit het Zvw-pgb worden betaald.
2. Wij zijn gerechtigd om controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgverleners die u heeft gecontracteerd en in lijn is met 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 inkoop. 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 of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;
 - d. Bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);
 - e. Kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaratie;
 - f. Uw zorgplan en de administratie over de doelstellingen en evaluatiemomenten.
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.
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.

Artikel 9. Herziening of intrekking

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

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

Artikel 10. Beëindigen van het Zvw-pgb

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

- a. U niet langer behoort tot de in artikel 2. bedoelde specifieke doelgroep;
- b. De zorg waaraan u behoefte heeft, kan worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet, zoals de Wet langdurige zorg of de Wet maatschappelijke ondersteuning;
- c. U failliet bent verklaard of de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) op u van toepassing is verklaard;
- d. U blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres;
- e. Rechtens uw vrijheid is ontnomen;
- f. U met uw 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. Blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres;
 4. Zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen;
 5. Failliet is verklaard of op hem/haar de Wettelijke schuldsaneringsregeling (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. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt;
- e. Met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat de continuïteit van de te ontvangen zorg voldoende gewaarborgd is in situaties waarin uw zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins niet in staat zal zijn de benodigde zorg te verlenen;
- f. Met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing had geleid;
- g. Met ingang van de dag waarop alsnog een van de situaties zoals beschreven in artikel 4 aan de orde is.

Artikel 11. Terugvordering

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

Artikel 12. Begripsomschrijvingen

AGB-code

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

Bewust-keuzegesprek

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

BINKZ

Branchevereniging Integrale Kindzorg.

Bloed- en aanverwanten

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

Handelsregister

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

Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg

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

SBI codering

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

Wettelijk vertegenwoordiger

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

Vertegenwoordiger

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

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand:

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

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

WSNP

Wet schuldsanering natuurlijke personen.

Zorg in natura

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

Zorgverlener

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