

Anoniem Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

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

Zaaknummer: 202201954

Partijen

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

en

OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid U.A. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de door de wijkverpleegkundige geïndiceerde uren in verband met wondverzorging aan hem toe te kennen. Volgens hem is de wond open en bloedt deze regelmatig. Dit volgt ook uit verklaringen van een arts en een andere wijkverpleegkundige. De ziektekostenverzekeraar heeft de geïndiceerde uren niet toegekend omdat hij van mening is dat niet kan worden vastgesteld dat chronische en intensieve wondzorg met een vaste frequentie per dag nodig is. Hij heeft zich hierbij onder andere gebaseerd op informatie van de behandelend arts en de huisarts. De indicerend wijkverpleegkundige kon niet meer worden benaderd, omdat zij niet meer werkzaam is voor de thuiszorgorganisatie.
- 1.2. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar bij de beoordeling van de aanvraag de juiste procedure heeft gevolgd en in redelijkheid tot zijn beslissing heeft kunnen komen de in verband met de wondzorg geïndiceerde uren af te wijzen. De commissie sluit hiermee aan bij het voorlopig advies van het Zorginstituut van 6 september 2023, dat is bevestigd in het advies van 8 november 2023.
- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft op 26 mei 2023 telefonisch aan een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen meegedeeld dat hij een uitspraak wenst van de Geschillencommissie

Zorgverzekeringen (hierna: de commissie). Verzoeker heeft op 30 mei 2023 zijn verzoek telefonisch toegelicht. Op 19 juni 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 7 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 8 augustus 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 6 september 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023033702) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 7 september 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. 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 ziektekostenverzekeraar zijn op 11 oktober 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.
- 2.5. Tijdens de hoorzitting heeft verzoekster een nader stuk in gebracht. De ziektekostenverzekeraar is na afloop van de hoorzitting in de gelegenheid gesteld hierop te reageren, wat hij bij e-mailbericht van 31 oktober 2023. Een kopie hiervan is op 1 november 2023 ter kennisname aan verzoeker gestuurd.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 1 november 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 6 september 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 8 november 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Zeker Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Utrecht-Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft al enige tijd de beschikking over een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Omdat zijn eerdere indicatie afliep, heeft hij door een indicierend wijkverpleegkundige een nieuwe indicatie laten stellen. De indicierend wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld op basis van 3 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 2 uren en 20 minuten Verpleging per week. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een PGB vv op basis van 2 uur en 40 min. Persoonlijke Verzorging per week.
- 3.3. Bij brief van 5 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat met ingang van 30 november 2021 een PGB vv wordt toegekend op basis van 4 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 26 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld de toekenning aan te passen. Bij brief van 27 augustus 2022 heeft hij deze beslissing gespecificeerd. Voor de periode van 30 november 2021 tot en met 24 maart 2022 wordt aan verzoeker een PGB vv toegekend op basis van 2 uren en 20 minuten Verpleging per week en 4 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Met ingang van 25 maart 2022 vervalt de aanspraak op Verpleging en loopt het PGB vv door op basis van 4 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week, met een einddatum van 29 november 2023.

3.5. Bij brief van 6 september 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3.6. Bij brief van 8 november 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is ook over de periode van 25 maart 2022 tot en met 29 november 2023 2 uren en 20 minuten Verpleging per week toe te kennen in het kader van het PGB vv.

4.2. Verzoeker heeft hiertoe bij brief van 15 november 2022 aangevoerd dat bij hem sprake is van een wond die chronisch is. De wond wordt verzorgd door zijn dochter, en hij betaalt dit vanuit het PGB vv. De indicatie is enkele keren verlengd, maar de laatste verlengingsaanvraag was een probleem. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou de wond namelijk dicht zijn, maar dat is zeker niet het geval. De wond is nog open en bloedt. Verzoeker kan hieraan, vanwege zijn leeftijd, niet worden geopereerd. De behandelend arts heeft hem verteld dat de wond goed moet worden verzorgd, omdat het anders "de verkeerde kant op gaat".

4.3. De ziektekostenverzekeraar heeft getracht contact op te nemen met de indicierend wijkverpleegkundige, die echter niet meer werkzaam bleek bij de thuiszorgorganisatie. Verzoeker kan hier niets aan doen. Inmiddels is er een andere wijkverpleegkundige bij hem langs geweest, die de wondverzorging ook noodzakelijk vindt.

4.4. Verzoeker heeft in de procedure een verklaring van een nieuwe arts overgelegd en een deel van een nieuw zorgplan. Hieruit blijkt volgens hem ook dat de wondverzorging noodzakelijk is. Dit blijkt daarnaast uit het feit dat hij verbandmiddelen heeft moeten aanschaffen.

4.5. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zijn dochter hem al jaren verzorgt, en vanaf het begin vond zij het raar verlopen. Zij had de aanvraag ingediend, en na een tijdje kreeg zij te horen dat er een handtekening, volledige naam en uren ontbraken. Deze informatie heeft zij aangeleverd, en na een paar weken bleek er weer een naam van de schoonzoon te ontbreken. Dit heeft zij ook doorgegeven, en toen werd later weer een verklaring gevraagd van de arts. Daar is het misgegaan. De eigen arts van verzoeker bleek niet meer bij het ziekenhuis te werken. Dit was hem niet bekend. Daarop is hij terecht gekomen bij een andere arts, die is gevraagd om een verklaring dat de wond chronisch is. De arts heeft alles gezien, en in de middag kon het papiertje worden opgehaald. De arts belde later met de mededeling dat dit niet zo werkte, want de ziektekostenverzekeraar moest haar eerst bellen. Uiteindelijk heeft de arts gebeld naar de ziektekostenverzekeraar met de opmerking dat de wond gesloten is. De dochter van verzoeker heeft hierover gebeld, en haar werd verteld dat de arts er niets mee te maken wilde hebben. Zij was hier boos over. Verzoeker was ook bekend bij een andere arts, en pas veel later heeft hij hiervan ook een verklaring gekregen. Deze arts zegt ook niet te begrijpen hoe dit heeft kunnen gebeuren. Hij heeft nu een nieuwe verklaring opgesteld, waarop wel een datum staat, namelijk 21 september 2023. Deze is nog niet eerder opgestuurd. De arts verklaart hierin: *"Wederom bloeding uit wond. Dochter zorg[t] voor vader dagelijks, wond (...) wordt gespoeld en verbonden. Af en toe paar dagen geen productie, daarna openspringen en bloederige wondvocht productie. Niet ziek, geen koorts en geen buikpijn (...)"*.

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

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker met ingang van 25 maart 2023 geen aanspraak meer heeft op een PGB vv in het kader van Verpleging. Hij heeft hiertoe, in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 3 maart 2023, aangevoerd dat de indicierend wijkverpleegkundige in de aanvraag die in november 2021 door hem werd ontvangen, voor wondzorg 2 uren en 20 minuten Verpleging heeft aangevraagd. De looptijd van deze indicatie was 10 november 2021 tot en met 10 november 2023.
- Uit door de chirurg van het Diaconessenziekenhuis op 25 maart 2022 telefonisch verstrekte informatie heeft de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar opgemaakt dat de buikwond van verzoeker inmiddels was gesloten. Het litteken zou naar zeggen eenmaal daags worden behandeld met Betadine. Volgens de chirurg zou dit een beperkte handeling zijn, die samen met de ADL kon worden uitgevoerd, dus als onderdeel van de ADL. Deze telefonisch verstrekte informatie is op 25 maart 2022 en vervolgens op 19 april 2022, beide keren per e-mail, voorgelegd aan de destijds indicierend wijkverpleegkundige van Careyn. Pas tijdens de klachtbehandeling, toen de betrokken wijkverpleegkundige nogmaals per e-mail werd gevraagd om te reageren op de eerder gestelde vragen, werd vernomen dat zij niet meer bij Careyn werkzaam was. De adviserend wijkverpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar heeft toen nog wel telefonisch overleg gehad met een andere wijkverpleegkundige van Careyn, maar die gaf aan verder niets over de gestelde indicatie te kunnen zeggen omdat zij verzoeker niet zelf had gezien.
- 5.2. In het kader van de klachtbehandeling heeft de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar op 8 juni 2022 de chirurg gevraagd schriftelijk te bevestigen wat zij op 25 maart 2022 telefonisch had verklaard. Dat heeft de behandelaar in de volgende bewoordingen gedaan: *"Mw. heeft mij verteld dat zij dagelijks de wond behandel[t] met Betadine, ten tijde van de poli was dit inderdaad een gesloten wond."*
- Op 27 juni 2022 heeft de dochter van verzoeker de klacht over de afwijzing van de aangevraagde uren voor wondzorg mondeling toegelicht. Zij gaf toen aan dat de wond stinkt, er zwart uitziet en dat er pus uit komt. Op 1 augustus 2022 ontving de ziektekostenverzekeraar van de dochter van verzoeker een afschrift van de door de huisartsenpraktijk opgestelde episodelijst. Daarin was een notitie opgenomen van de chirurg, waarin stond dat tijdens het bezoek aan de poli op 14 juni 2022 het litteken rustig was. Er was geen aanleiding voor standaard controles van het litteken en als er nieuwe klachten waren, dan zou verzoeker daarvoor eerst de huisarts moeten benaderen. Gelet op onder andere de (telefonische) informatie van de chirurg, de episodelijst en het feit dat er in de periode van 2018 tot en met in ieder geval augustus 2022 door de apotheek geen middelen voor wondzorg aan verzoeker werden verstrekt, was er voor de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar geen aanleiding om over te gaan tot een herbeoordeling van de indicatie.
- 5.3. Na de klachtafhandeling eind augustus 2022 heeft de dochter van verzoeker opnieuw contact opgenomen. Tijdens een telefoongesprek op 5 september 2022 gaf zij aan dat zij de wond van verzoeker op dat moment drie dagen niet had verzorgd en dat deze bloedde. Hierop heeft zij per e-mail kopiefoto's van de wond toegezonden. Deze zijn ter beoordeling voorgelegd aan de adviserend verpleegkundige. Deze heeft vervolgens, samen met een collega-verpleegkundige - een ervaringsdeskundige op wondgebied - de foto's beoordeeld. Beiden kwamen tot het oordeel dat - los van een klein plekje met een korst - de wond dicht, schoon en niet ontstoken was. Ook deze foto's gaven daarom geen aanleiding om tot een herbeoordeling van de indicatie over te gaan. Volgens de adviserend verpleegkundige is er bij verzoeker sprake van een fors litteken. Zij sluit niet uit dat het litteken op een kwetsbare plek soms (deels) open kan gaan. Maar dat betekent niet dat het litteken chronisch en intensief moet worden verzorgd. De verzorging van het litteken zou volgens de berichtgeving van de chirurg een beperkte handeling zijn die samen met de ADL kan worden uitgevoerd. Dat is (ook) volgens de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar in de situatie van verzoeker passende zorg.

- 5.4. In het nader commentaar van 7 augustus 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat ook de verklaring van de tweede arts niet leidt tot een ander oordeel. Uit de informatie van beide artsen blijkt dat herhaaldelijk sprake is geweest van een gesloten huid en dat de verzorging van de wond (spoelen, schoonmaken, Betadine aanbrengen en/of verbinden) een beperkte handeling is die samen met, en als onderdeel van de ADL kan worden uitgevoerd. De beschrijving in het nieuwe deel van de OMAHA aanleiding van de nieuwe wijkverpleegkundige van Careyn, laat naar het oordeel van de medische afdeling van de ziektekostenverzekeraar onverlet dat sprake is (geweest) van een gesloten wond, althans dat de wond meermaals gesloten is geweest, en dat de wondbehandeling gecombineerd met de ADL kon en kan worden uitgevoerd. Naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar kan ook uit het nieuwe deel van de OMAHA aanleiding - mede gezien in het licht van alle andere beschikbare informatie - niet worden geconcludeerd dat chronische en intensieve wondzorg met een vaste frequentie per dag nodig is. Uit de door verzoeker overgelegde informatie ten tijde van dit geschil blijkt dat door hem weliswaar wondverzorgingsmateriaal is afgenomen, maar dit betreft geen materiaal voor intensieve wondzorg. Het betreffende materiaal wordt ingezet ter bescherming van de kwetsbare huid (Mepitel en eilandpleister). Dit bevestigt opnieuw dat er geen noodzaak is (geweest) voor chronische wondzorg met een vaste frequentie per dag.
- 5.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop dat het niet zo is dat de hij vindt dat verzoeker liegt over de wondverzorging. Deze wond wordt door zijn dochter goed genoeg verzorgd. Voor het overige heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar de stukken. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.
- 5.6. Bij e-mailbericht van 31 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat het nagekomen stuk is beoordeeld door de medische afdeling. Dit stuk brengt geen verandering in de eerdere bevindingen en conclusies. Naar het oordeel van de medische afdeling blijft verzoeker redelijkerwijs niet aangewezen op chronische wondverzorging. De medische afdeling heeft geconcludeerd dat er sprake is (geweest) van een gesloten wond, althans dat de wond meermaals gesloten is geweest en dat de wondbehandeling eenmaal daags gecombineerd uitgevoerd kon en kan worden met de ADL.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 6 september 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In geschil is de weigering van verweerder om vanaf 25 maart 2022 PGB vv toe te kennen voor wondverzorging.

In het dossier zijn de PGB-aanvraag van 18 november 2021, de bijbehorende Omaha-aanleiding, het zorgplan en foto's van de buikwond aanwezig. Tevens bevat het dossier een aanvulling op de Omaha-aanleiding die uitsluitend gaat over de wondzorg. Deze is echter ongedateerd en het is niet duidelijk wie deze heeft opgesteld. In het dossier is ook correspondentie van de specialist aan de huisarts, een episodelijst en een medicatieoverzicht aanwezig. Daarnaast bevat het dossier een brief van de nieuwe behandelend specialist van verzoeker, deze is echter ook ongedateerd en in concept. Een duidelijk wondbehandelplan ontbreekt in deze brief, dit geldt ook voor het zorgplan en de beide Omaha-aanleidingen.

Uit de informatie van de behandelend specialist blijkt dat in ieder geval vanaf 25 maart 2022 sprake is van een rustig litteken, dat er geen reden is voor standaardcontroles van het litteken en dat bij bijzonderheden contact opgenomen moet worden met de huisarts. Uit het dossier blijkt niet

dat dit laatste is gebeurd. De overgelegde foto's laten weliswaar een groot litteken zien, maar niet een onrustig litteken. Bovendien mag je bij een wond die al zo lang bestaat verwachten dat een wondverpleegkundige betrokken is en dat er een wondbehandelplan aanwezig is in het zorgplan. Dat is hier niet het geval. Gezien het voorgaande is de motivering van verweerder om geen tijd toe te kennen voor wondverzorging te volgen.

Conclusie

Uit de stukken blijkt niet dat verzoeker vanaf 25 maart 2022 redelijkerwijs is aangewezen op een persoonsgebonden budget voor wondverzorging.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan vanaf 25 maart 2022 geen aanspraak maken op een PGB-vv ten laste van de basisverzekering voor wat betreft de wondverzorging."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 4.6.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 8.2. De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld in artikel 27 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het PGB vv is een financieringsvorm die nader is uitgewerkt in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (hierna: het reglement). Verzoeker heeft aanspraak op verpleging en verzorging voor zover het gaat om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Verder moet sprake zijn van een geneeskundige context en dient de verzekerde op de zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs te zijn aangewezen. Tot slot kunnen partijen afspraken hebben gemaakt over de doelmatigheid.
- 8.3. De indicierend wijkverpleegkundige stelt de indicatie voor verpleging en verzorging, die in beginsel leidend is. De verzekeraar mag hiervan afwijken als niet aan eerdergenoemde voorwaarden is voldaan. Uit de contractuele verhouding tussen partijen volgt dat hij in dat geval een zorgvuldige procedure moet volgen. De commissie heeft in eerdere bindende adviezen deze procedure beschreven:
 - a) de verzekeraar neemt contact op met de wijkverpleegkundige over de gestelde indicatie, en legt de inhoud van een eventueel telefoongesprek schriftelijk vast;
 - b) de wijkverpleegkundige krijgt ten minste vier weken de tijd hierop schriftelijk te reageren;
 - c) bereiken de verzekeraar en de wijkverpleegkundige geen akkoord, dan motiveert de verzekeraar waarom hij van de gestelde indicatie afwijkt.
- 8.4. Als de verzekeraar de hiervoor beschreven procedure niet heeft gevolgd, moet de indicatie van de wijkverpleegkundige als uitgangspunt worden genomen voor het toekennen van het aangevraagde PGB vv tenzij dit tot een uitkomst leidt die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.

- 8.5. In de situatie van verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar getracht contact te krijgen met de indicierend wijkverpleegkundige over de door deze gestelde indicatie en om haar de reactie van de door de ziektekostenverzekeraar op 25 maart 2022 voor informatie benaderde chirurg voor te leggen. De aanleiding hiervoor was dat het ongebruikelijk is dat langer dan twee jaren wondverzorging nodig is. De desbetreffende wijkverpleegkundige bleek uiteindelijk niet meer werkzaam voor de thuiszorgorganisatie, en een geraadpleegde collega kon geen uitspraken doen over de gestelde indicatie, aangezien zij verzoeker niet zelf had gezien. Daarom heeft de ziektekostenverzekeraar op basis van de bij de chirurg ingewonnen informatie de beslissing van 5 mei 2022 genomen. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar op grond van deze informatie en de door de huisarts verstrekte informatie zijn beslissing van 27 augustus 2022 genomen. De ziektekostenverzekeraar heeft hiermee naar het oordeel van de commissie een zorgvuldige procedure gevolgd.
- Vervolgens dient de vraag te worden beantwoord of de ziektekostenverzekeraar in redelijkheid tot zijn beslissing heeft kunnen komen de uren die betrekking hebben op de wondverzorging met ingang van 25 maart 2022 niet langer toe te kennen. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verwezen naar de episodelijst van de huisarts. Hierin valt te lezen dat het litteken rustig is, dat er geen reden is voor standaard controles van het litteken, en dat verzoeker zich bij klachten weer kon wenden tot de huisarts. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar een verklaring van de chirurg tijdens een telefoongesprek op 25 maart 2022 met de ziektekostenverzekeraar, dat hij heeft vastgelegd in een e-mailbericht van 8 juni 2022. De chirurg heeft verklaard dat de wond ten tijde van het polibezzoek gesloten was.
- 8.6. Verzoeker heeft een tweede chirurg geconsulteerd, die wél van mening is dat de wond moet worden verzorgd. Hij heeft hiertoe een - ongedateerde - verklaring van deze chirurg (ondertekend maar in de aanhef voorzien van het woord 'concept') overgelegd. Daarna is ter zitting nog een verklaring van dezelfde arts met deze strekking overgelegd, gedateerd 21 september 2023. Verder heeft verzoeker verklaard dat er een andere wijkverpleegkundige van dezelfde thuiszorginstelling bij hem langs is geweest. Zij heeft op een ongedateerde OMAHA aanleiding verklaard dat wondzorg nodig is. De ziektekostenverzekeraar heeft hiertegen ingebracht dat ook uit deze verklaringen blijkt dat de wond herhaaldelijk dicht is geweest. Volgens de ziektekostenverzekeraar kan daarom niet worden geconcludeerd dat chronische en intensieve wondzorg met een vaste frequentie per dag noodzakelijk is. Het Zorginstituut heeft de informatie in het dossier bestudeerd en is van oordeel dat hieruit blijkt dat in ieder geval vanaf 25 maart 2022 sprake is van een rustig litteken, dat er geen reden is voor standaardcontroles van het litteken, en dat bij bijzonderheden contact opgenomen moet worden met de huisarts. Uit het dossier blijkt, zo overweegt het Zorginstituut, niet dat dit laatste is gebeurd.
- De overgelegde foto's laten weliswaar een groot litteken zien, maar niet een onrustig litteken. Bovendien mag bij een wond die al zo lang bestaat, worden verwacht dat een wondverpleegkundige betrokken is en dat er een wondbehandelplan aanwezig is in het zorgplan. Dat is hier niet het geval. Gezien het voorgaande is de motivering van de ziektekostenverzekeraar om geen tijd toe te kennen voor wondverzorging te volgen, aldus het Zorginstituut. Het Zorginstituut handhaaft dit advies in zijn definitief advies van 8 november 2023. De commissie ziet in hetgeen door verzoeker naar voren is gebracht geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken, en maakt de conclusie hiervan tot de hare. Dit leidt ertoe dat verzoeker geen aanspraak heeft op de aangevraagde uren Verpleging vanuit het PGB vv. Hierbij merkt de commissie nog op dat zij er goede nota van heeft genomen dat door de wijkverpleegkundige 3 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging zijn geïndiceerd en dat door de ziektekostenverzekeraar 4 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging zijn toegekend, zodat voldoende tijd beschikbaar is om binnen het kader van de ADL-zorg (ook) aandacht te besteden aan de verzorging van de wond.

Slotson

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 14 november 2023,

L. Ritzema

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. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Artikel 27 Verpleging en verzorging

27.1 Wijkverpleging

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De zorg houdt verband met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. De zorg gaat niet gepaard met verblijf 3 als bedoeld in artikel 2.11 Besluit zorgverzekering en betreft geen kraamzorg als bedoeld in artikel 7.

Wat zijn de voorwaarden?

- een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide verpleegkundige moet vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte op basis van 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN);
- voor verzekerden onder de 18 jaar moet een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide kinderverpleegkundige vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte;
- indicaties gesteld door andere professionals zijn geen verzekerde zorg;
- de zorg wordt geleverd door een verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of een helpende niveau 2. Zorg geleverd door een helpende niveau 2 moet in een organisatorisch verband onder eindverantwoordelijkheid van een BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige;
- u bent gehouden mee te werken aan een huisbezoek, een telefonisch of schriftelijk onderzoek om te controleren of declaraties kloppen;
- u kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. Dit is het geval als u naar een zorgaanbieder gaat waar Zorg en Zekerheid geen contract mee heeft. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen of een nota bij ons in te dienen. U moet de nota zelf bij ons indienen;
- bij een restitutenota dient u de indicatiestelling (naam indicatiesteller en aantal geïndiceerde uren) en de naam van de zorgverlener toe te voegen. Diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- verzorging bij kinderen tot 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Wanneer een kind binnen de intensieve kindzorg valt of wanneer er sprake is van palliatief terminale zorg, dan valt de totale zorg thuis in de vorm van verpleging en verzorging wel onder de basisverzekering;
- verpleging en verzorging als u een Wlz-indicatie heeft. Als de verpleging plaatsvindt onder directe aansturing van de behandelend medisch specialist is dit niet zo. Dan valt de zorg onder de basisverzekering;
- persoonlijke verzorging (in de zin van ADL-ondersteuning), als u niet voldoende zelfredzaam bent bijvoorbeeld in verband met een psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke of zintuiglijke handicap, die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid. Deze zorg is geregeld in de Wmo.

Heb ik een verwijzing nodig?

Voor verpleging en verzorging voor verzekerden onder de 18 jaar is een verwijzing nodig van een kinderarts.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid:

- als er meer zorg nodig is dan twaalf uur per etmaal. Het machtigingsformulier kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/wijkverpleging bij downloads;
- als u gebruik wenst te maken van een nieuw door ons gecontracteerde zorgaanbieder wijkverpleging. Het gaat om een zorgaanbieder die een contract heeft voor 2021, maar geen contract had in 2020. In de zorgzoeker kunt u vinden welke zorgaanbieders dit betreft. Het machtigingsformulier voor nieuw gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/wijkverpleging;
- als u gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

27.2 Vergoeding persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget. U heeft dan vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. Met dit budget kunt u zelf uw wijkverpleging inkopen. Naast de voorwaarden van art 27.1 is het Reglement persoonsgebonden budget wijkverpleging in dit geval van kracht. In dit Reglement vindt u onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Het reglement kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

27.3 Eerstelijns verblijf

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk verblijf in een Eerstelijns verblijf (ELV) instelling in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. De zorg bestaat uit:

- verblijf inclusief de daaraan onlosmakelijk gekoppelde verpleging en verzorging;
- generalistische geneeskundige zorg (zorg zoals huisartsen die plegen te bieden);
- psychologische hulp, niet zijnde (specialistische) geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, door een gedragskundige aan patiënten met (een vermoeden van) gedragsmatige en/of cognitieve problematiek op verzoek van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten;
- paramedische zorg voor zover dit onlosmakelijk verbonden is met de reden voor opname;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen voor zover deze onlosmakelijk verbonden zijn met de reden voor opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- de huisarts of medisch specialist heeft de indicatie gesteld en opname vindt plaats in overleg met de opnemende behandelaar ELV;
- de zorg wordt geleverd door een verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er) met minimaal niveau 3 onder toezicht van een hbo-verpleegkundige;
- bij de opname in een ELV-instelling is er zicht op herstel en terugkeer naar de eigen omgeving, tenzij er sprake is van palliatieve zorg;
- er is een Zorgplan opgesteld door een behandelaar in de ELV-instelling met een inschatting van de duur van het verblijf;
- de duur van ELV is tenminste 24 uur en in de regel niet langer dan 91 dagen. Na 1.095 dagen bestaat geen recht meer op ELV;
- de ELV-instelling beschikt over een toelating op basis van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi);
- bij het indienen van een restitutenota moet u de verwijzing van de huisarts of medisch specialist toevoegen. De diagnose-informatie op de verwijzing hoeft niet zichtbaar te zijn.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op ELV als:

- respijtzorg (Wmo/Wlz), crisiszorg (Wmo/Wlz) of (geriatrische) revalidatiezorg aangewezen is;
- er sprake is van een indicatie voor verblijf in een medisch-specialistische zorginstelling (bijvoorbeeld een ziekenhuisopname) of specialistische GGZ-zorginstelling.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor het voortzetten van een behandeling die (naar verwachting) langer duurt dan 91 dagen heeft u vooraf schriftelijk toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag moet uiterlijk twee weken voor het verstrijken van de 91 dagen ingediend zijn bij Zorg en Zekerheid.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 28 Gecombineerde leefstijlinterventie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), bestaande uit een behandelfase en een onderhoudsfase. Dit programma kent een doorlooptijd van maximaal 24 maanden;
- het programma is gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering;
- het programma bestaat uit een intake, individuele bijeenkomsten en groepsbijeenkomsten en een outtake;
- tijdens dit programma wordt u begeleid door een leefstijlcoach.

Wat zijn de voorwaarden?

- u heeft recht op de GLI vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR) volgens de indicatiecriteria uit de NHG-richtlijn Obesitas en de Zorgstandaard Obesitas en wanneer u intrinsiek gemotiveerd bent om aanpassingen te doen in uw leefstijl;
- u bent 18 jaar of ouder. Uitzondering hierop is als u 16 of 17 jaar bent en er sprake is van een matig verhoogd GGR (of hoger) en de behandelaar inschat dat de jeugdige baat kan hebben bij een GLI die op de leest voor volwassenen is geschoeid;
- de zorgverlener die het leefstijladvies biedt is kwaliteitsgeregistreerd voor de betreffende GLI. Registratie vindt plaats in het register van de BLCN of in het register van de eigen paramedische beroepsgroep. In dit laatste geval betreft dit een specifieke registratie als leefstijlcoach;



Reglement 2021

Persoonsgebonden Budget

Verpleging en Verzorging

Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2021

Begripsbepalingen	2
Artikel 1 Inleiding	3
Artikel 2 Doelgroep Zvw-pgb	3
Artikel 3 Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb	3
Artikel 4 Weigeringsgronden	4
Artikel 5 Aanvraag Zvw-pgb	4
Artikel 6 Toekenningsverklaring	5
Artikel 7 Declareren van zorg	6
Artikel 8 Verplichtingen	7
Artikel 9 Herziening of intrekking	8
Artikel 10 Beëindigen van het pgb	9
Artikel 11 Terugvordering	9

Begripsbepalingen

Algemeen Gegevens Beheer-code (AGB-code)

Unieke code per zorgverlener of zorgaanbieder, die opgenomen is in het AGB-register.

Bewuste-keuzegesprek

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. De medewerker stelt vragen over uzelf, uw zorgbehoefte en de in te kopen zorg. Ook kunt u zelf uw vragen aan ons stellen.

Herbeoordeling indicatie

Uw zorgbehoefte kan opnieuw beoordeeld worden. U kunt uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen, door een andere verpleegkundige. De basisverzekering vergoedt de herbeoordeling, maar alleen als wij daarvoor vooraf toestemming hebben gegeven. Wij kunnen deze andere verpleegkundige aanwijzen. Ook kunnen wij zelf uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen.

Partner

Uw echtgeno(o)t(e), geregistreerd partner, of andere levensgezel waarmee u een duurzame huishouding voert.

Verpleging en verzorging

Dit betreft de zorg zoals omschreven in artikel 2.10 Besluit zorgverzekering (Bzv). Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

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

Voorbehouden handelingen

Voorbehouden handelingen zijn medische handelingen die onaanvaardbare risico's voor de gezondheid van een patiënt met zich meebrengen als ze door een ondeskundige worden uitgevoerd. Wie deze handelingen mogen uitvoeren, staat in de art. 35-39 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

Vertegenwoordiger

Een vertegenwoordiger is een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst uit uw familie (bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad) of die uw echtgenoot, uw geregistreerde partner of een andere levensgezel is 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. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard;
- f. die anderszins onvoldoende waarborg zal bieden voor het nakomen van de voor de budgethouder aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
- g. ook een organisatie of persoon die tegen een vergoeding uw Zvw-pgb beheert, wordt niet geaccepteerd als vertegenwoordiger.

Wettelijk vertegenwoordiger

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

Woonadres

Het adres op grond waarvan u bij de Basis Registratie Personen (BRP) bent ingeschreven.

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 waarmee u een overeenkomst heeft gesloten om zorg te verlenen. Een zorgverlener is daarmee gelijk aan een zorgaanbieder.

Artikel 1 Inleiding

Waarom een reglement?

In de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering staat waarop u recht heeft, maar niet tot in detail. Voor verpleging en verzorging is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om voor deze zorg een persoonsgebonden budget wijkverpleging (Zvw-pgb) aan te vragen waarmee u zelf uw zorg kunt inkopen. 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 declareren en toetsing. Dit reglement maakt onderdeel uit van uw polisvoorwaarden.

1.1 Waar is dit reglement op gebaseerd?

Het reglement Zvw-pgb is van toepassing als u een zorgverzekering bij Zorg en Zekerheid heeft. U heeft recht op verpleging en verzorging zoals deze is opgenomen in de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering. Artikel 13a van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de basis voor het toekennen van een Zvw-pgb. Als wijzigingen in artikel 13a Zvw en de daarmee samenhangende lagere regelgeving per 1 januari 2021 of latere datum in werking treden, dan kunnen wij in dit reglement wijzigingen aanbrengen die hier een direct gevolg van zijn. Ook kan dit reglement tussentijds aangepast worden, als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving, overheidsmaatregelen, of andere zaken, nader te bepalen. Wij informeren u hier dan over.

1.2 Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb

De voorwaarden en afspraken die wij opgenomen hebben in het reglement zijn mede 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 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.

Onder 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).

2. Daarnaast dient u:
 - a. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf;
 - b. op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen te 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 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. Op het moment dat de aanvraag is ontvangen bij de zorgverzekeraar, mag de indicatie niet langer dan drie maanden daarvoor gesteld zijn;
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 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 in de afgelopen twaalf maanden een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
 - e. u valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - f. u heeft surseance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard;
 - g. u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger is de Nederlandse taal zowel schriftelijk als mondeling machtig.
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, of stellen wij u aanvullende eisen 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 voldoet niet aan de voorwaarden opgenomen in artikel 2 en/of 3;
2. u bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht, of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
3. u beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
4. uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
5. u verleent geen medewerking (meer) aan een "Bewuste-keuzegesprek" en/of huisbezoek dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
6. uit uw aanvraagformulier of het Bewuste-keuzegesprek en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
7. uw (wettelijk) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):
 - a. heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budget(ten) 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 voor hem/haar is bij de rechtbank ingediend;
 - e. heeft surseance van betaling aangevraagd, of 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.
8. u beschikt over meer dan één indicatie voor de zorg zoals beschreven in artikel 2.1. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven zoals in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord;
9. er wordt ook geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door uw eigen netwerk (voorheen genoemd: gebruikelijke zorg) en de zorg die u en uw naasten 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 uw zorgsituatie, in redelijkheid mag worden verwacht van uw huisgenoten, tot wie gerekend worden: de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie u duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Artikel 5 Aanvraag Zvw-pgb

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 verzekerd deel). Een Bewuste-keuze gesprek 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. U vindt het Zvw-pgb-aanvraagformulier op onze website zorgenzekerheid.nl/brochures. U kunt het Zvw-pgb-aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Een onvolledig ingevulde aanvraagformulieren-set wordt niet in behandeling genomen.
2.
 - 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 en in uw aanwezigheid 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 Branchevereniging Integrale KindZorg (BINKZ) aangesloten zorgverlener, gestelde indicatie; die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving en in uw aanwezigheid (het kind) en de aanwezigheid van uw wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor) heeft opgesteld.
3. 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;
4. indien er sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, dient u aan te kunnen tonen hoe u er zorg voor draagt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen te verrichten. Bij risicovolle handelingen moet aantoonbaar gemaakt worden dat deze in opdracht van een arts wordt uitgevoerd. Met deze verklaring kan door een minimaal BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige een indicatie worden opgesteld die voldoet aan de eisen van artikel 5.2.

5. indien 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;
6. 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 de verzekeraar voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is;
7. het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Wij beoordelen de doelmatigheid door onder ander uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Voor de zorg die wij niet doelmatig vinden, kennen wij 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 om een herbeoordeling van de indicatie vragen. Het is ook mogelijk dat u om een herbeoordeling van de indicatie vraagt, maar dit kan alleen met goedkeuring vooraf van ons;
8. indien u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, dient u tevens aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins;
9. als u verbleef in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw danwel in een voorziening voor Eerstelijns Verblijf (ELV), kunt u 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 zestig dagen in een Wlz-instelling bent opgenomen of in een ziekenhuis verblijft of langer dan zestig dagen gebruik maakt van Kortdurend verblijf in een instelling zoals bedoeld in artikel 27 van uw polisvoorwaarden;
10. in deel II van het aanvraagformulier (verzekerden deel) geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan van welke zorgaanbieder(s) u gebruik wilt gaan maken. Ook geeft u in dit deel aan bij welke zorgaanbieder(s) u zorg in natura wenst af te nemen en welke zorgaanbieder(s) u zelf op basis van het Zvw-pgb wenst te contracteren. 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 verpleegkundige 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.

Artikel 6 Toekenningsverklaring

1. De ingangsdatum van het Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Het is niet mogelijk om uw Zvw-pgb met terugwerkende kracht in te laten gaan. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb ook op een latere datum in laten gaan;
2. als de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken, kunt u uw Zvw-pgb alleen behouden door opnieuw een Zvw-pgb aan te vragen. Uw nieuwe Zvw-pgb gaat op zijn vroegst pas in op de datum waarop wij het volledig ingevulde aanvraagformulier van u hebben ontvangen. Vraag daarom tijdig vóór het verstrijken van de geldigheidsduur van uw huidige toekenningsverklaring aan uw wijkverpleegkundige om het nieuwe aanvraagformulier met u in te vullen.
3. als er sprake is van een tussentijdse herindicatie, dan kunt u uw Zvw-pgb alleen behouden door opnieuw een Zvw-pgb aan te vragen. Uw nieuwe Zvw-pgb gaat op zijn vroegst in op de datum waarop wij het volledig ingevulde aanvraagformulier van u hebben ontvangen;
4. 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 twee 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 vijf jaar, dan blijft deze geldig tenzij de zorgvraag wijzigt;
5. 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;
6. het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld.
7. 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). Indien u meer zorg gedeclareerd heeft dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel 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). Indien u meer zorg gedeclareerd hebt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel terug te betalen;
8. de toekenning of beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt;

- 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.

Artikel 7 Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

- u kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw toekenningsverklaring staat vermeld;
- 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 op zorgzekerheid.nl/brochures (declaratieformulier Pgb Zvw). U kunt het declaratieformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Zowel voor formele zorgverleners als voor informele zorgverleners bestaat een apart declaratieformulier;
- 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 door ons afgegeven toekenningsverklaring mag gedeclareerd worden;
- 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;
- het declareren van vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten, afgerond op vijf minuten, mag worden gedeclareerd;
- 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;
- indicatiestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in artikel 2.1. beschreven, casemanagement en verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg worden niet vergoed uit 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.

7.2 Hoogte en omvang declaratie

- Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
 - persoonlijke verzorging: € 39,12 per uur (€ 3,26 per 5 minuten);
 - verpleging: € 56,76 per uur (€ 4,73 per 5 minuten).
- voor informele zorgverleners kunt u maximaal €23,52 per uur declareren voor persoonlijke verzorging en verpleging;
- onder informele zorgverleners vallen zorgverleners die:
 - ouders, verzorgers, partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad is en/of;
 - niet is ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
 - geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI-codes 86,87 of 88 staan geregistreerd als zorg verlenende organisatie in het Handelsregister.
- 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;
- alleen de AGB-codes van zorgverleners uit de categorieën 41 zzp-er wijkverpleging, 42 zorgaanbieders, 75 thuiszorginstellingen, 91 verpleegkundigen of 98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars worden als formele zorgverlener geaccepteerd. Uw zorgverlener moet daarnaast aantoonbaar beschikken over het juiste diploma (verzorgende/verpleegkundige) en aantoonbaar voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. Wij kunnen ter controle daarvan bij u het diploma van uw formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan wij kunnen controleren of uw zorgverlener voldoet aan de door ons gestelde eisen tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief;
- 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 hebt gecontracteerd en of die in lijn is met de door ons afgegeven toekenningsverklaring. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en rechtmatigheid 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 (op basis van aantal uren) 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 (een) buitenlandse zorgverlener(s) inhuren, dan dient u dit schriftelijk vooraf bij ons te melden;
7. a. de kosten van vervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf, indien medisch noodzakelijk in het kader van Intensieve Kindzorg, kunt u niet vanuit het Zvw-pgb declareren;
b. wanneer u tijdelijk in het ziekenhuis, een GGZ-instelling of een instelling voor Eerstelijns Verblijf (ELV), revalidatie of geriatrische revalidatie (GRZ) verblijft, dan kunt u in deze periode geen zorg inkopen en declareren met uw Zvw-pgb;
c. de kosten van de indicatiestelling vallen buiten het Zvw-pgb.

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:
 - a. naam, adres en woonplaats (NAW) gegevens van de verzekerde;
 - b. naam, adres en woonplaats (NAW) gegevens van de zorgverlener;
 - c. relatie tussen verzekerde en zorgverlener;
 - d. looptijd van de overeenkomst;
 - e. welke zorg zal worden geleverd;
 - f. het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten;
 - g. welk tarief u daarvoor zult betalen;
 - h. AGB-code indien het een formele zorgverlener betreft;
 - i. ondertekening door verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger en zorgverlener.

Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op zorgzekerheid.nl/brochures en op www.svb.nl.

2. U dient er als verzekerde op toe te zien dat uw partner en 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 partner of 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 voor deze zorgverlener niet meer dan 40 uur bedragen. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 18 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 Zvw-pgb-aanvraagformulier in te vullen en in te dienen.
4. U bent verplicht om mee te werken aan een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd door de wijkverpleegkundige.
5. Bij een indicatiestelling die via een Zvw-pgb verzilverd wordt is het verpleegkundig proces leidend.
6. U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoopt. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de zorgverleners waarmee u een overeenkomst heeft gesloten.
7. 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 één 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;
c. bij een inventarisatie waaruit blijkt dat de zorgvraag meer dan 24 uur per week omvat, kan er voorafgaande aan het afgeven van de indicatie een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd worden door de wijkverpleegkundige, zodat de zorg wordt afgestemd met de verschillende professionals;

- d. 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 een ander domein. De geldende indicatie komt hiermee te vervallen;
 - e. als er wijzigingen zijn in de combinatie van en de verhouding tussen zorg in natura en Zvw-pgb moet u een nieuwe Zvw-pgb-aanvraag indienen. Wanneer deze aanvraag wordt goedgekeurd, vindt er op basis van deze nieuwe aanvraag, indien dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude Zvw-pgb wordt (her)berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 6.7 van het Reglement Zvw-pgb 2021 met ingang van de datum van de nieuwe aanvraag.
8. U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in overeenstemming is met de door ons afgegeven toekenningsverklaring.
 9. U bent verplicht om een dossier (bij voorkeur digitaal, zoals via Nedap) te beheren en dit 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 uw wettelijk vertegenwoordiger dit van rechtswege is;
 - 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 declaraties;
 - f. uw zorgplan en de administratie over de doelstellingen en evaluatiemomenten.
 10. 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.
 11. 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 het nodig is voor een juiste beoordeling. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur of verpleegkundig adviseur.
 12. U bent verplicht mee te werken aan een Bewuste-keuzegesprek (BKG). Het Bewuste-keuzegesprek wordt gevoerd met u en/of uw wettelijke vertegenwoordiger.
 13. 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 conform het door ons opgestelde privacy statement, welke u kan vinden op onze website.
 14. Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toekenningsverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de (maximaal tot de vermelde einddatum van de indicatie) geldige toekenningsverklaring over met 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 toekenningsverklaring te bewaren zolang hij geldig is. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen.
 15. Als u alleen zorg inkoop bij informele zorgverleners en het aantal uren verpleging en verzorging per week hoger is dan 24 uur dan kunnen wij de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een formele zorgverlener.

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. één of meerdere weigeringsgronden (alsnog) voor u van toepassing blijken of door gewijzigde omstandigheden van toepassing worden;
- 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 in verband met zorg die ten laste komt van de basisverzekering;
- g. met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, 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;
- h. u de informatie die wij bij u vragen niet dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
- i. u niet meewerkt aan een dossieronderzoek;
- j. er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen;
- k. u het reglement niet naleeft;
- l. u gedurende de looptijd van het Zvw-pgb een nieuwe (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst, dan wel voor het eerst met een (wettelijk) vertegenwoordiger gaat werken en u met deze vertegenwoordiger, naar 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 dient elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond door te geven via het wijzigingsformulier Zvw-pgb, dat u kunt vinden op zorgenzekerheid.nl/brochures;
- m. wanneer u zorg in natura afneemt bij (een) zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier heeft aangegeven.

Artikel 10 Beëindigen van het pgb

10.1 Uw recht op 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 pgb uitsluitend nog zorg inkoop bij zorgverleners waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten tot het leveren van zorg;
- g. u om beëindiging van het pgb verzoekt;
- h. de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken;
- i. uw zorgverzekering eindigt.

10.2 De zorgverzekeraar kan uw recht op pgb ook beëindigen:

- a. met ingang van de dag waarop u niet langer in staat bent om op eigen kracht te voldoen aan alle 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 3.1 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 (Wsnp) van toepassing is verklaard;
 6. anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
 7. uw zorgverlener 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 pgb verbonden verplichtingen;
- d. met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat met het 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 van het Reglement Zvw-pgb aan de orde is.

Artikel 11 Terugvordering

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



[zorgenzekerheid.nl](https://www.zorgenzekerheid.nl)

Postbus 400, 2300 AK Leiden

T. (071) 5 825 825

F. (071) 5 825 011

K.v.K. 28050216

AFM nummer 12001019

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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 € 24,36 per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.
5. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook

vergoed indien:

- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020, als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de zorgverlener niet is verleend;
 - b. deze niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
- 6.** De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het vijfde lid. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.
- 7.** In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021, door de zorgverlener niet is verleend in verband met:
 - 1°. een besmetting van de verzekerde of de zorgverlener met Covid-19,
 - 2°. een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde of diens zorgverlener vanwege Covid-19, of
 - 3°. het niet kunnen verlenen overeenkomstig de maatregelen in verband met Covid-19 aan de budgethouder vanwege een beperking bij de budgethouder als bedoeld in artikel 6.6, tweede lid, onderdelen d en e, van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
- 8.** De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het zevende lid. In de registratie is opgenomen:
- a. ingeval van besmetting met Covid-19 van de verzekerde: een bewijsstuk waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting;
 - b. ingeval van een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de verzekerde en de zorgverlener overeengekomen afspraken, waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze quarantaine;
 - c. ingeval van besmetting met Covid-19 of noodzakelijke quarantaine van de zorgverlener in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de zorgverlener en de verzekerde overeengekomen afspraken waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting of noodzakelijke quarantaine;
 - d. ingeval van de in het tweede lid, onderdeel a, subonderdeel 3°, bedoelde situatie: een specificatie wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd.
- 9.** De verzekerde stelt, op verzoek van de zorgverzekeraar, de registratie, bedoeld in het achtste lid, ter beschikking.
- 10.** In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering door de zorgverlener als gevolg van het ontvangen van een vaccinatie voor Covid-19, voor ten hoogste twee uur, niet is verleend;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
- 11.** De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het elfde lid. In de eigen administratie

van budgethouder neemt budgethouder tevens een specificatie op van wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

Artikel 2.29c

1. Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:

- a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,
- b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,
- c. de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.

2. De verzekerde die door een vertegenwoordiger wordt geholpen kan het Zvw-pgb worden geweigerd indien een gegronde reden bestaat om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:

- a. bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
- b. blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres,
- c. zijn vrijheid is ontnomen,
- d. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard,
- e. anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor de verzekerde aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen, of
- f. de hulp tegen betaling verleent.