



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), aantal toegekende uren, te late uitbetaling nota's
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020
Zaaknummer : 202001380
Zittingsdatum : 6 januari 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. G.R.J. de Groot, mr. H.A.J. Kroon en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 14 juni 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. Op 22 juli 2020 heeft hij per brief zijn verzoek uitgebreid. Verzoeker heeft eerst op 21 september 2020 het entreegeld van € 37,- voldaan, en op 2 oktober 2020 de ondertekende toestemmingsverklaring retour gezonden. Na ontvangst hiervan heeft de commissie het geschil verder in behandeling genomen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 november 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 11 november 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 7 december 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020048697) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 8 december 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 januari 2021 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 11 januari 2021 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 12 januari 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering, variant Restitutie, (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Zorg voor de Zorg + Extra 3 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft al jaren een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Omdat het eerdere PGB vv afliep, heeft hij bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor verlenging hiervan met ingang van 21 februari 2020.
- 3.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan van 21 februari 2020 over verzoeker verklaard:

"(...) Dhr. is niet in staat om zelf zijn maaltijden klaar te maken. Dit heeft te maken met de ziektebeelden van dhr. De partner van dhr. zorgt ervoor dat dhr. zijn maaltijden op het juiste moment

krijgt. (...) Dhr. is tgv de verschillende ziektebeelden niet in staat om zichzelf te verzorgen gedurende de dag. Dhr. ziet er dagelijks schoon en fris uit. Dhr. gaat 4x per week naar de fysio therapie, partner van dhr. brengt dhr. hier naar toe en zorgt er voor dat dhr. omgekleed wordt voor de fysio. (...) Tgv vitamine te kort word vit B12 geïnjecteerd. Tgv vergeetachtigheid is Dhr. niet in staat zijn medicatie in te nemen zonder hulp. Dhr. krijgt de juiste medicatie op het juiste moment. (...) Dhr. heeft last van smetplekken over zijn gehele lichaam. Dhr. heeft zo min mogelijk hinder van de smetplekken (...) Dhr. katheteriseert ip zichzelf, mantelzorger neemt dit over indien nodig/gewenst (...) Door de CVS/ ME heeft dhr. moeite met de stoelgang. De ene keer heeft dhr. last van diarree en de andere keer lukt het dhr. niet om ontlasting te krijgen waardoor de partner van dhr. moet darm spoelen (...)"

- 3.4. De indicerend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan van 4 juni 2020 over verzoeker verklaard:

"(...) Dhr. is niet in staat om zelf zijn maaltijden klaar te maken. Dit heeft te maken met de ziektebeelden van dhr. De partner van dhr. zorgt ervoor dat dhr. zijn maaltijden op het juiste moment krijgt. (...) Dhr. is tgv de verschillende ziektebeelden niet in staat om zichzelf te verzorgen gedurende de dag. Dhr. ziet er dagelijks schoon en fris uit. Dhr. gaat 4x per week naar de fysio therapie, partner van dhr. brengt dhr. hier naar toe en zorgt er voor dat dhr. omgekleed wordt voor de fysio. (...) Partner begeleid[t] Dhr. in de ochtend met het douchen, aankleden en scheren, en het aan doen van de steunkousen. (...) Gemiddeld 5-6x per dag word[t] dhr. verschoond van incontinentiemateriaal door zijn partner (...) In de avond ondersteun[t] de partner Dhr. bij het nachtklaar maken en het in bed stappen, en het uit doen van de steunkousen. (...) Partner ondersteun[t] Dhr. bij het naar bed gaan in de middag. Dhr. word[t] hierbij volledig omgekleed ivm de kledingintolerantie (...) Partner van dhr. gaat met dhr. 4x per week naar de fysio om dhr. te ondersteunen bij het omkleden. Dhr. draagt incontinentiemateriaal en een romper, daarnaast kan dhr. door evenwichtsstoornissen zijn balans niet houden, dit zorgt er voor dat dhr. dit niet zelfstandig kan. (...) Tgv vitamine tekort word[t] vit B12 geïnjecteerd. Tgv vergeetachtigheid is Dhr. niet in staat zijn medicatie in te nemen zonder hulp. Dhr. krijgt de juiste medicatie op het juiste moment. (...) Partner attendeert gedurende de dag Dhr. op de inname van zijn medicatie. Partner geeft zetpil op aanvraag van Dhr. (...) Dhr. heeft last van smetplekken over zijn gehele lichaam. Dhr. heeft zo min mogelijk hinder van de smetplekken. (...) Partner neemt katherisatie over indien Dhr. hiertoe niet in staat is. (...) Door de CVS/ME heeft dhr. moeite met de stoelgang. De ene keer heeft dhr. last van diarree en de andere keer lukt het dhr. niet om ontlasting te krijgen waardoor de partner van dhr. moet darm spoelen bij dhr. (...) Partner van dhr. verschoon[t] het incontinentie materiaal wanneer dhr. incontinent van ontlasting is. Wanneer dhr. een verstopping heeft spoelt de partner van dhr. de darm van dhr. (...)"

De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld van 3 uren en 20 minuten Verpleging per week en 23 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week.

- 3.5. Verzoeker is het niet eens met de gang van zaken rondom het PGB vv, en heeft bij de ziektekostenverzekeraar een klacht ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 juni 2020 aan verzoeker meegedeeld dat als de aanvraag, de indicatiestelling en de informatie van de huisarts zijn ontvangen, de aanvraag verder zal worden beoordeeld. De datum waarop het gevraagde wordt ontvangen zal de ingangsdatum van het PGB vv zijn, aldus de ziektekostenverzekeraar.
- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft op 14 juli 2020 per brief een overzicht gestuurd aan verzoeker. Met ingang van 1 juni 2020 wordt aan hem een PGB vv wordt toegekend op basis van 3 uren en 15 minuten Verpleging per week en 19 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Tevens wordt aan hem met terugwerkende kracht over de periode van 21 februari 2020 tot en met 31 mei 2020 een extra budget op basis van 15 minuten per week toegekend.
- 3.7. Op 7 december 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"(...) In het dossier zijn twee PGB vv aanvragen en de daarbij behorende zorgplannen aanwezig, de geïndiceerde zorg is in beide aanvragen gelijk. Ook bevat het dossier medische informatie.

Maaltijdondersteuning

De zorg rondom het bereiden van maaltijden is slechts in zeer beperkte gevallen zorg die kan vallen onder de Zvw. De gezondheidsrisico's die daarvoor noodzakelijk zijn lijken te ontbreken in deze casus. De geneeskundige context is onvoldoende onderbouwd.

Omkleden bij de fysiotherapeut en medicatie inname

Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om vast te stellen of deze zorg redelijkerwijs verwacht mag worden van het netwerk van verzoeker. Voor dat toegekomen wordt aan deze vraag moet vast staan dat sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context. De onderbouwing voor deze zorg ontbreekt echter in het zorgplan.

Conclusie

De geneeskundige context van de zorg met betrekking tot de maaltijdondersteuning is onvoldoende onderbouwd. Voor het omkleden bij de fysiotherapeut en de medicatie inname is onvoldoende onderbouwd dat sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een geneeskundige context. Verzoeker kan daarom voor deze zorg geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering.

Overige opmerking

Verweerder heeft het aantal geïndiceerde minuten zonder verdere onderbouwing afgerond. Het Zorginstituut merkt op dat het aan de indicierend wijkverpleegkundige is om te beoordelen hoeveel tijd er nodig is voor de geïndiceerde zorg.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op een PGV vv ten laste van de basisverzekering voor de geïndiceerde zorg met betrekking tot de maaltijdondersteuning, de medicatie inname en het omkleden bij de fysiotherapeut. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat:

- (i) de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv toe te kennen op basis van het aantal door de wijkverpleegkundige geïndiceerde uren; en
- (ii) de ziektekostenverzekeraar declaraties die hij doet ten laste van het PGB vv ten onrechte niet binnen tien werkdagen na ontvangst van de declaratie aan hem uitkeert;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar hem een schadevergoeding van € 100,- moet verlenen vanwege de extra tijd die hij aan deze zaak heeft moeten besteden.

4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

6.1. 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.

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar sinds begin 2020 niet meer in staat is declaraties ten laste van het PGB vv tijdig uit te betalen. Volgens de voorwaarden van de zorgverzekering moet dit gebeuren binnen tien dagen na ontvangst van de declaratie. Dit is diverse keren later gebeurd, en de ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor geen goede reden genoemd.
- 6.3. Verder heeft verzoeker een klacht over het PGB vv dat hij heeft aangevraagd met ingang van 21 februari 2020. De ziektekostenverzekeraar heeft ten onrechte een PGB toegekend voor minder uren dan door de wijkverpleegkundige zijn geïndiceerd. Verzoeker heeft de aanvraag hiervoor tijdig ingediend, maar de ziektekostenverzekeraar heeft meer dan twee maanden nodig gehad hierop te reageren. Vervolgens ontving verzoeker op 1 mei 2020 een brief met een oudere datum, met het verzoek vóór 7 mei 2020 een verklaring van de huisarts aan te leveren. Na telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar is deze termijn verlengd naar 21 mei 2020. Vanwege persoonlijke omstandigheden heeft verzoeker niet goed opgelet of hij de verklaring van de huisarts tijdig kreeg. Deze is uiteindelijk op 28 mei 2020 door de ziektekostenverzekeraar ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker vervolgens meegedeeld dat hij alleen nog een nieuwe aanvraag kon indienen, en dat de wijkverpleegkundige opnieuw moest langskomen. Dit is gebeurd, en zij heeft een nieuw zorgplan opgesteld.
- 6.4. Verzoeker is van mening dat de vertraging in de afhandeling van de aanvraag volledig aan de ziektekostenverzekeraar is te wijten, en hem niet kan worden tegengeworpen. De ziektekostenverzekeraar had zijn toestemming de informatie rechtstreeks op te vragen bij de huisarts, maar heeft dit nagelaten. Een eventuele werkvoorraad bij de ziektekostenverzekeraar kan verzoeker niet worden tegengeworpen. Verzoeker vordert een schadevergoeding ter hoogte van € 100,- voor de extra tijd die in deze zaak is gaan zitten.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.5. Met betrekking tot de stelling van verzoeker dat declaraties te laat worden uitbetaald, merkt de ziektekostenverzekeraar op dat volgens zijn gegevens in het laatste half jaar alle declaraties goed zijn verlopen. Deze zijn binnen tien werkdagen uitbetaald, althans indien een declaratie correct werd ingediend. Over de maand april is er een correctie geweest op de declaraties. Omdat het gedeclareerde bedrag hoger lag dan het maximaal in rekening te brengen tarief, werd een declaratie automatisch afgewezen.
- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat aan verzoeker een PGB vv is toegekend op 18 juni 2020. Deze toekenning, met een ingangsdatum van 1 juni 2020 en een einddatum van 31 mei 2021, sluit aan op het vorige PGB vv. De toekenning ziet op 3 uren en 15 minuten Verpleging per week en 19 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging per week. De betreffende aanvraag werd ontvangen op 21 februari 2020.
- 6.7. Iedere aanvraag wordt apart beoordeeld, en een eerdere toekenning geeft geen zekerheid ten aanzien van verlenging. Tijdens de beoordeling van de aanvraag van 21 februari 2020 kwam de ziektekostenverzekeraar tot de conclusie dat hij onvoldoende informatie had waaruit bleek dat bij verzoeker een zelfzorgtekort bestaat. In het zorgplan wordt gesproken over 'verschillende ziektebeelden', maar hieruit is niet op te maken om welke ziektebeelden het precies gaat en of hieruit somatische klachten voortvloeien die leiden tot een zelfzorgtekort. Daarom is bij verzoeker gevraagd om een verklaring van de huisarts, waarin deze onderbouwt wat de medische context is waardoor overname van zorg bij verzoeker noodzakelijk is. Verzoeker heeft desgevraagd uitstel gekregen deze informatie aan te leveren.
- 6.8. De aanvullende informatie werd uiteindelijk ontvangen op 10 juni 2020, waarna de aanvraag met spoed opnieuw in behandeling is genomen. Daarop is besloten het PGB vv te verlengen. Omdat

verzoeker met terugwerkende kracht recht had op 15 minuten per week méér over de periode van 21 februari 2020 tot en met 31 mei 2020, en omdat zijn budget al volledig op was, heeft de ziektekostenverzekeraar 15 minuten per week extra toegekend over de periode 21 februari tot en met 31 mei 2020. Dit extra toegekende budget staat los van de nieuwe toekenning over de periode van 1 juni 2020 tot en met 31 mei 2021.

Ten aanzien van de hulp bij de maaltijdvoorziening is de ziektekostenverzekeraar van mening dat dit niet valt onder de Zvw. Het omkleden bij de fysiotherapeut en het aanreiken van medicatie rekent de ziektekostenverzekeraar tot de zorg die door het eigen netwerk kan worden verleend en daarom niet onder een PGB vv valt. Om die reden is het geïndiceerde aantal uren verlaagd.

- 6.9. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij de afrondingsverschillen met terugwerkende kracht zal herstellen vanaf de ingangsdatum van het PGB vv en over de periode van 1 februari 2020 tot en met 31 mei 2020. Ook heeft hij verklaard dat de declaraties voor februari en april 2020 niet tijdig zijn uitbetaald.


Overwegingen


- 6.10. Naar de commissie begrijpt, is aan verzoeker met ingang van 1 juni 2020 een PGB vv toegekend, en werd zijn eerdere PGB vv beëindigd op 31 mei 2020. Verzoeker heeft zodoende doorlopend een PGB vv gehad. Het geschil kan dan ook enkel zien op het aantal toegekende uren vanaf 1 juni 2020. De aanvraag betrof 3 uren en 20 minuten Verpleging per week en 23 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Hiervan zijn door de ziektekostenverzekeraar 3 uren en 15 minuten Verpleging per week en 19 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging per week toegekend. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht welke uren hij in mindering heeft gebracht op de indicatie. Het gaat om hulp bij de maaltijdvoorziening, het omkleden bij de fysiotherapeut en het aanreiken van medicatie.




Gelet op het advies van het Zorginstituut van 7 december 2020 is de geneeskundige context van de hulp bij de maaltijdvoorziening in het zorgplan onvoldoende onderbouwd. Ten aanzien van het omkleden bij de fysiotherapeut en het aanreiken van de medicatie staat niet vast dat het hierbij gaat om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, terwijl daarnaast de onderbouwing van de geneeskundige context onvoldoende is. De ziektekostenverzekeraar mocht de hiervoor geïndiceerde uren daarom in mindering brengen op het totaal. Het Zorginstituut adviseert tot afwijzing van het verzoek. De commissie volgt dit advies, en maakt de conclusie hiervan tot de hare.

De commissie merkt hierbij nog op dat de ziektekostenverzekeraar zowel het aantal minuten Verpleging als de minuten Persoonlijke Verzorging zonder verdere onderbouwing met 5 minuten per week naar beneden heeft afgerond. Dit is niet toegestaan en moet worden gecorrigeerd. De commissie heeft goede nota genomen van de hieromtrent door de ziektekostenverzekeraar ter zitting gedane toezegging.

- 6.11. Verzoeker heeft nog aangevoerd dat declaraties die hij in 2020 heeft ingediend, niet tijdig, binnen tien werkdagen na ontvangst van de declaratie, door de ziektekostenverzekeraar aan hem worden uitbetaald. Hierdoor krijgt hij problemen bij het uitbetalen van zijn zorgverlener. Uit de verklaring ter zitting van de ziektekostenverzekeraar volgt dat dit juist is voor wat betreft de twee onder 6.9. bedoelde declaraties. Dat andere declaraties niet tijdig zijn betaald heeft verzoeker niet aannemelijk gemaakt en is de commissie ook anderszins niet gebleken.
- 6.12. Ten aanzien van de gevorderde schadevergoeding van € 100,- overweegt de commissie dat verzoeker deze niet nader heeft onderbouwd, zodat dit verzoek moet worden afgewezen. Hoewel de handelwijze van de ziektekostenverzekeraar niet de schoonheidsprijs verdient, kan dit niet leiden tot een ander oordeel. Het PGB vv is immers alsnog met terugwerkende kracht toegekend.
- 6.13. Aangezien de ziektekostenverzekeraar de indicatie ten onrechte heeft afgerond, en hij enkele nota's niet tijdig aan verzoeker heeft uitbetaald, is een deel van het verzoek gegrond. Dit vormt voor de commissie aanleiding te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,-- aan verzoeker te vergoeden.

 6.14. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

 7. Bindend advies

 7.1. De commissie:
(i) wijst het verzoek tot toekenning van een PGB op basis van het aantal door de wijkverpleegkundige geïndiceerde uren af;
 (ii) beslist dat de ziektekostenverzekeraar declaraties in 2020 ten laste van het PGB vv, behoudens de declaraties voor februari en april 2020, tijdig aan verzoeker heeft betaald;
(iii) beslist dat de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden;
 (iv) wijst het anders of meer gevorderde af.

 Zeist, 19 januari 2021,

 M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

Artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op vergoeding van de kosten van verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze 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 cliëntensysteem en casemanagement. U heeft ook recht op vergoeding van de kosten van 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 kinderzorghuis. Intensieve kindzorg (IKZ) is zorg aan kinderen tot 18 jaar waarbij sprake is van behoefte aan zorg zoals verpleegkundigen 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 alleen recht op vergoeding van de kosten van deze zorg als u een indicatie voor verpleging en/of verzorging heeft en er een zorgplan is 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.

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

Dit krijgt u vergoed

U heeft recht op vergoeding van de kosten van verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, zoals verloskundigen deze 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. Het gaat dan met name om de combinatietest en de twintig-weeken echo (SEO; Structureel Echoscopisch Onderzoek).
- De combinatietest, de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek als u een medische indicatie heeft. U heeft ook recht op vergoeding van de kosten van een NIPT als uit een combinatietest blijkt dat u een aanmerkelijke kans heeft op een kind met een chromosoomafwijking. U heeft recht op vergoeding van de kosten van invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) als uit een combinatietest of NIPT blijkt dat u een aanmerkelijke kans heeft op een kind met een chromosoomafwijking.
- 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.

Prenatale diagnostiek:

De combinatietest, NIPT en invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie)

Als uw behandelend zorgaanbieder vaststelt dat u een verhoogd risico heeft op een kind met het Downsyndroom of het syndroom van Edwards of Patau (Trisomie 21, 18 of 13), dan heeft u recht op prenatale diagnostiek.

Heeft u geen medisch indicatie?

Als u geen medische indicatie heeft, dan kunt u voor eigen rekening een combinatietest of NIPT ondergaan.

- Blijkt uit de combinatietest dat er een aanmerkelijke kans is op een kind met een chromosoomafwijking? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van een NIPT of invasieve diagnostiek.
- Blijkt uit de NIPT dat er een aanmerkelijke kans is op een kind met een chromosoomafwijking? Dan heeft u recht op vergoeding van de kosten van invasieve diagnostiek.

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

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

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

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 23 euro 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.

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.

Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2020 (Zvw-pgb)

Artikel 1. Inleiding

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 14, verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2020 van:

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

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 4.4 verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2020 van de Modelovereenkomst Zorgzaam.

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. Er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door het eigen (cliënt) netwerk (voorheen genoemd: gebruikelijke zorg) en wat de verzekerde en zijn 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 de zorgsituatie van de betrokkene, in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten. Het uitgangspunt voor de indicatiestelling is het Begrippenkader Indicatieproces V&VN. Onder huisgenoten verstaan wij de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie verzekerde duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

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 'Bewustkeuzegesprek' 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 BIG-geregistreeerde 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 BIG geregistreeerde 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-geregistreeerde 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 of niet doelmatig is. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. 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. Als wij bepaalde zorg niet doelmatig vinden, nemen wij hierover contact op met de indicierend wijkverpleegkundige. Vinden wij bepaalde zorg na dat contact nog steeds niet doelmatig, dan kunnen wij om een herbeoordeling van de indicatie vragen. Onder herbeoordeling wordt verstaan dat de verpleegkundige die de herbeoordeling uitvoert, overlegt met de verpleegkundige die de eerste indicatie heeft gesteld (intervisie) en na overleg past de eerste indicatiesteller eventueel de indicatie aan en deze wordt dan gevolgd.
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 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.
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 en verpleegkundige dagopvang 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 € 23,52 per uur declareren voor persoonlijke verzorging en verpleging.
3. Onder informele zorgverleners vallen zorgverleners die:
 - a. een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad zijn en/of;
 - b. 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;
 - c. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister.
4. Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in 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. 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.
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 uw indicatiestelling. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen. Indien van toepassing kunnen wij u adviseren hoe deze zorg doelmatiger ingezet kan worden.
3. Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.
4. Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het 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.
 - 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 gestelde indicatie.
8. U bent verplicht om een dossier te beheren en na het beëindigen van het Zvw-pgb voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste:
 - a. 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 declaraties.
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). Het Bewust-keuze gesprek wordt gevoerd met de zorgvrager en/of diens (wettelijke) vertegenwoordiger.
12. Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toekenningsverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de geldige toekenningsverklaring over (maximaal tot de vermelde einddatum van de indicatie): 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. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen.
13. Als u alleen zorg inkoop bij informele zorgverleners en het aantal uren verpleging en verzorging per week hoger is dan 24, 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. 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. wanneer 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 Pgb uitsluitend nog zorg inkoopt bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben 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 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 3.1. 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 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:

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

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

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.