

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. L. Ritzema, mr. drs. J.W. Heringa en mr. J.J.M. Linders

Zaaknummer: 202500945

Partijen

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

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 7 januari 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 30 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 10 april 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is, eveneens op 10 april 2026, aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 29 april 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026007910) aan de commissie meegedeeld in deze zaak geen adviesbevoegdheid te hebben. Een kopie hiervan is op dezelfde dag aan partijen gezonden.
- 1.4. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 juni 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Gemeentepakket Compleet en Gemeentepakket, Herverzekeren Eigen Risico (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster is bekend met een chronische hernia, epilepsie, angststoornissen en een vorm van autisme. Als gevolg daarvan heeft zij zorg nodig, die zij al enige tijd bekostigt met behulp van een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Omdat haar eerdere indicatie afliep, heeft een wijkverpleegkundige op 28 december 2024 bij haar een indicatie gesteld op basis van 15 uren en 10 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 1 januari 2025 tot en met 31 december 2025.

- 2.3. Met het 'Aanvraagformulier PGB' van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster op 16 januari 2025 een aanvraag ingediend voor verstrekking van een PGB vv op basis van het aantal door de wijkverpleegkundige geïndiceerde uren.
- 2.4. Bij brief van 27 maart 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de indicatie niet aan de richtlijnen voldoet, en dat aan de wijkverpleegkundige is gevraagd een nieuwe indicatie te stellen. Op dezelfde datum werd aan de indicerend wijkverpleegkundige een e-mailbericht van gelijke strekking gezonden.
- 2.5. Bij brief van 16 april 2025 heeft de indicerend wijkverpleegkundige de ziektekostenverzekeraar verzocht om heroverweging. Op 5 mei 2025 is aan de ziektekostenverzekeraar het gevraagde evaluatierapport gestuurd. Bij brief van 8 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag niet in behandeling wordt genomen.
- 2.6. Bij brief van 29 april 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld in deze zaak geen adviesbevoegdheid te hebben.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden haar alsnog een PGB vv te verstrekken op basis van 15 uren en 10 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 1 januari 2025 tot en met 31 december 2025.
- 3.2. Zij heeft hiertoe in haar brief aan de commissie van 7 januari 2026 verklaard dat de brief van de ziektekostenverzekeraar van 27 maart 2025 haar nooit heeft bereikt. Van de indicerend wijkverpleegkundige vernam zij dat deze telefonisch contact had gehad met een medewerker van de ziektekostenverzekeraar. Tijdens dit gesprek zou zijn gezegd dat de telefonische uitleg voldoende was en dat de aanvraag alsnog in behandeling zou worden genomen. Verzoekster beheert het PGB vv zelf met behulp van DiGiD en haar telefoon. Omdat zij niet beschikt over een computer, heeft zij maandelijks contact met een kennis die de nota's voor haar opstuurt naar de ziektekostenverzekeraar. Deze kennis heeft weliswaar toestemming van verzoekster om telefonisch vragen te stellen, maar over PGB-zaken bellen hij en verzoekster gezamenlijk. Alle nota's staan op een USB-stick die door verzoekster thuis wordt bewaard. De zorgaanbieder die de zorg aan verzoekster verleent, heeft nu zonder betaling gewerkt. Verzoekster moet de nota's hiervan nog voldoen. Zij is van mening dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden hiervoor een vergoeding te verlenen.
- 3.3. Ter zitting heeft verzoekster toegelicht dat de eerste wijkverpleegkundige die zij benaderde voor het stellen van een indicatie in verwachting was en niet kon garanderen dat zij de indicatiestelling op tijd kon afronden. Hierop heeft zij een andere wijkverpleegkundige ingeschakeld. Van de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster een brief gekregen met de mededeling dat alle benodigde informatie was ingeleverd en dat hij tot beoordeling zou overgaan. In de brief staat ook dat verzoekster gebruik mocht maken van haar gemachtigde bij het eindgesprek voor het PGB vv. Uiteindelijk bleek een verslag van de indicerend wijkverpleegkundige te ontbreken. Verzoekster vindt eigenlijk dat dit bij de betrokken wijkverpleegkundige thuis hoort. Op 16 april 2025 heeft een telefoongesprek plaatsgevonden met de ziektekostenverzekeraar. De gemachtigde van verzoekster heeft toen gebeld en er werd hem verteld dat een evaluatie ontbreekt. Dit was verzoekster niet bekend. De gemachtigde heeft hierop gevraagd of alsnog een evaluatie mocht worden gestuurd. Dit was akkoord en er werd gezegd: stuur ook de nodige formulieren mee. Dit alles is gebeurd. Hierna zou de zaak meteen geregeld worden. Verzoekster ging daarom ervan uit dat het goed in orde was. Maar vervolgens werd gezegd dat het niet in behandeling zou worden genomen. Dit is haar nooit per brief bevestigd.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op een PGB vv. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de commissie van 10 april 2026 aangevoerd dat conform artikel 5.2 onder a van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement) iedere indicatie moet worden opgesteld volgens de normen voor het indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving. In de voorliggende indicatie ontbreekt de verplichte evaluatie in het zorgplan. Daarmee voldoet de indicatie niet aan het Normenkader van V&VN. Op grond van norm 4 van het Normenkader vindt besluitvorming binnen het indicatieproces plaats op basis van het volledige verpleegkundig proces. Dit proces omvat: gegevensverzameling (anamnese), het stellen van verpleegkundige diagnoses, het formuleren van gewenste zorguitkomsten, het bepalen en uitvoeren van interventies, én de evaluatie. De evaluatie (stap 6) houdt in dat interventies en zorguitkomsten regelmatig, samen met de zorgvrager en/of diens steunsysteem, worden beoordeeld en schriftelijk vastgelegd. Deze evaluatie vormt de basis voor een eventuele aanpassing van het zorgplan. Daarnaast volgt uit norm 5 van het Normenkader dat de verslaglegging moet voldoen aan de V&VN-richtlijn Verslaglegging. Deze richtlijn bepaalt dat de evaluatie van behaalde zorguitkomsten onderdeel moet zijn van het zorgplan. Ook artikel 8.5 onder b van het reglement bevestigt dat monitoring én evaluatie integraal deel uitmaken van het proces van indicatiestelling.
- 4.2. Het zorgplan is gedateerd op 16 januari 2025, maar de aanvraag is pas op 10 februari 2025 ontvangen. Omdat de ingediende herindicatie van het PGB vv niet voldoet aan de vereisten uit het Normenkader, heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster hierover geïnformeerd bij brief van 27 maart 2025. Op die dag is ook de wijkverpleegkundige per e-mail geïnformeerd dat de aanvraag niet in behandeling wordt genomen. Hierbij is expliciet aangegeven dat het onderdeel 'Evaluatie van zorg en behaalde zorgdoelen' ontbreekt. Een dergelijke evaluatie is essentieel om inzicht te geven in de mate waarin eerder gestelde zorgdoelen zijn behaald en vormt een verplicht element bij een herindicatie. De ziektekostenverzekeraar heeft de wijkverpleegkundige daarom verzocht een nieuwe, volledige indicatie op te stellen. Op 10 april 2025 heeft de indicierend wijkverpleegkundige telefonisch contact opgenomen. Uit de geregistreerde telefoonnotities blijkt dat de wijkverpleegkundige heeft meegedeeld dat zij moeite had met het opstellen van de evaluatie, omdat de situatie van verzoekster volgens haar chronisch van aard is. De ziektekostenverzekeraar heeft haar tijdens dit gesprek nadere uitleg gegeven. Op 16 april 2025 heeft de indicierend wijkverpleegkundige een schriftelijke reactie ingediend, waarin zij bezwaar maakt tegen de beoordeling van de herindicatie van verzoekster. Zij stelt dat zij reeds eerder telefonisch contact met de ziektekostenverzekeraar heeft opgenomen om haar bezwaar toe te lichten en de situatie verder te bespreken, en dat de ziektekostenverzekeraar hiermee niets heeft gedaan. Dit is echter niet juist. Uit de aanwezige telefoonnotities blijkt dat de ziektekostenverzekeraar tijdens het gesprek van 10 april 2025 juist uitleg heeft gegeven over de vereisten ten aanzien van het opstellen van de evaluatie. Verder voert verzoekster in haar brief aan de commissie van 7 januari 2026 aan dat de indicierend wijkverpleegkundige telefonisch contact zou hebben gehad met de ziektekostenverzekeraar en dat daarbij zou zijn bevestigd dat de gegeven telefonische toelichting voldoende was en zou worden geaccepteerd. Volgens haar zou het daarom in strijd zijn met deze telefonische afspraken dat de aanvraag niet in behandeling is genomen. Uit de telefoonnotities blijkt echter niet dat een dergelijk gesprek met de indicierend wijkverpleegkundige heeft plaatsgevonden, noch dat door de ziektekostenverzekeraar is bevestigd dat de telefonische toelichting voldeed of dat de aanvraag als compleet zou worden aangemerkt. Van enige toezegging is dan ook geen sprake. Uit de notities volgt juist het tegenovergestelde.
- 4.3. Daarnaast voert de indicierend wijkverpleegkundige aan dat zij in de herindicatie reeds een evaluatie heeft opgenomen van de actuele situatie van verzoekster en dat deze volgens haar voldoet aan de professionele richtlijnen. Zij verzoekt de ziektekostenverzekeraar daarom zijn besluit te heroverwegen en de aanvraag alsnog goed te keuren. De herindicatie voldoet echter niet

aan het Normenkader. Op grond van de professionele normen voor indiceren moet bij een herindicatie worden geëvalueerd op basis van de eerder geformuleerde (SMART) zorgdoelen: in hoeverre zijn de gestelde doelen behaald, hoe hebben de interventies uitgewerkt en welke veranderingen hebben plaatsgevonden? In de door de indicerend wijkverpleegkundige opgestelde herindicatie wordt weliswaar beschreven wat de aanleiding is van de somatische problematiek, welke hulpmiddelen worden gebruikt en wat de ervaren effectiviteit van de zorg is, maar er ontbreekt een duidelijke en toetsbare koppeling tussen zorgvraag, doelstelling, interventie en evaluatie. De herindicatie is daarmee gebaseerd op een beschrijving van de gebruikelijke zorg, zonder dat sprake is van een aantoonbare herbeoordeling conform de stappen van het verpleegkundig proces. Om deze reden voldoet de herindicatie niet aan de professionele richtlijnen van het Normenkader van V&VN.

- 4.4. Op 28 april 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar de klacht van verzoekster, gedateerd 24 april 2025, ontvangen. Hierin geeft zij aan het niet eens te zijn met de wijze waarop haar aanvraag voor een PGB vv is afgehandeld. Bij haar klacht heeft zij opnieuw een aanvraag voor een PGB vv gevoegd, alsmede een document met de titel 'Evaluatie van zorgdoelen 2024'. Deze stukken voldoen echter wederom niet aan de vereisten van het Normenkader. In het e-mailbericht van 27 maart 2025 aan de indicerend wijkverpleegkundige heeft de ziektekostenverzekeraar reeds uiteengezet dat de eerder ingediende indicatie niet voldeed aan het Normenkader, omdat de verplichte evaluatie ontbreekt waardoor een nieuwe, volledige indicatie moet worden opgesteld. Een dergelijke evaluatie vormt immers altijd een onlosmakelijk onderdeel van het verpleegkundig proces om tot een herindicatie te komen. Desondanks heeft de wijkverpleegkundige geen nieuwe indicatie opgesteld, maar uitsluitend een document aangeleverd met de titel 'Evaluatie van zorgdoelen 2024'. Het enkel toesturen van een evaluatie is niet voldoende. De eerder opgestelde indicatie van 16 januari 2025 voldoet nog steeds niet aan het Normenkader, omdat de evaluatie van de zorgdoelen ontbreekt. Bovendien is deze indicatie op het moment van ontvangst van de klacht, op 28 april 2025, ouder dan drie maanden en daarmee niet langer geldig. Conform artikel 3.1 van het reglement is één van de voorwaarden voor toegang tot een PGB vv dat de indicatie op het moment van ontvangst van de aanvraag niet ouder mag zijn dan drie maanden. Het is de verantwoordelijkheid van de indicerend wijkverpleegkundige om op duidelijke en navolgbare wijze te motiveren of en in welke mate aanspraak bestaat op verpleging en verzorging op grond van de Zorgverzekeringswet. In dit geval ontbreekt een indicatie die voldoet aan de vereisten van het Normenkader en is de aangeleverde indicatie bovendien verlopen.
- 4.5. In de brief van 8 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster tevens erop gewezen dat het niet is toegestaan dat een kennis haar ondersteunt bij de uitvoering van de taken en verplichtingen die verbonden zijn aan het beheer van het PGB vv. Verzoekster heeft aan deze persoon een machtiging naastenverstrekking verleend. Met de machtiging wordt toestemming gegeven om namens haar persoonlijke- en gezondheidsgegevens in te zien en te laten wijzigen. Deze strekt zich echter niet uit tot het uitvoeren van taken die behoren tot het formele beheer van het PGB vv. Op grond van artikel 4.11 van het reglement is uitsluitend de (wettelijk) vertegenwoordiger, een bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad, of de echtgenoot/(geregistreerd) partner bevoegd de verzekerde te ondersteunen bij de taken die onderdeel zijn van het PGB-beheer. Deze beperking is eveneens expliciet opgenomen in de begripsomschrijving van 'Vertegenwoordiger' in het Reglement. De betreffende persoon valt niet binnen de genoemde categorieën en kan daarom niet worden aangemerkt als vertegenwoordiger in de zin van het reglement. Hij is om die reden niet bevoegd verzoekster bij te staan bij het uitvoeren van administratieve of beheertaken die samenhangen met het PGB vv. Hoewel verzoekster stelt dat deze persoon haar enkel faciliteert door het beschikbaar stellen van zijn computer, blijkt uit verschillende telefonische contactmomenten dat hij actief PGB-zaken voor haar heeft behandeld. Daarnaast heeft verzoekster in haar brief van 7 januari 2026 aan de commissie toegelicht dat de kennis haar declaraties indient via zijn computer. Deze vorm van ondersteuning is volgens het reglement niet toegestaan. Verzoekster is hierover geïnformeerd om

te voorkomen dat een toekomstige aanvraag zou worden afgewezen wegens onjuist PGB-beheer. Deze waarschuwing is echter niet de reden geweest om haar recente aanvraag niet in behandeling te nemen. De aanvraag is niet verder behandeld omdat ingediende indicatie niet voldeed aan het Normenkader.

- 4.6. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop verklaard dat het PGB vv in januari 2025 afliep. Op 10 februari 2025 is door hem een herindicatie ontvangen. Voor toekenning van een PGB vv moet de (her)indicatie op de juiste wijze tot stand zijn gekomen, aan de hand van het Normenkader van V&VN. Dit vereist dat het verpleegkundig proces is gevolgd. Met name bij een herindicatie is de evaluatie een verplicht onderdeel. Dit stuk ontbrak en daarmee was geen sprake van een volledig doorlopen proces. Om die reden voldoet de indicatie niet aan het Normenkader. Het belang van het volgen van het Normenkader wordt ook onderstreept in de brief van het Zorginstituut. Volgens het Zorginstituut moet het Normenkader ook worden betrokken bij de indicatiestelling. Als er niet is voldaan aan het Normenkader volgt contact met de indicierend wijkverpleegkundige. Op 27 maart 2025 is verzoekster per brief, en de wijkverpleegkundige per e-mail, geïnformeerd dat niet is voldaan aan het Normenkader. Deze brief is gestuurd naar het bij de ziektekostenverzekeraar bekende adres van verzoekster. Daarbij is aan beiden meegedeeld dat een nieuwe indicatie moest worden gesteld, waarbij het proces juist werd doorlopen. Later is ook nog telefonisch contact gezocht met de indicierend wijkverpleegkundige, waarbij zij in de gelegenheid is gesteld een en ander te herstellen. In de brief van 10 april 2026 aan de commissie heeft de ziektekostenverzekeraar al uiteengezet dat de aanvraag niet in behandeling kan worden genomen omdat de vereiste indicatie volgens het Normenkader ontbreekt. Op 28 april 2025 is een afzonderlijk evaluatiedocument aangeleverd, maar dit herstelt het gebrek niet; het stuk moet namelijk integraal deel uitmaken van de indicatiestelling. Deze samenhang is van belang, omdat de verschillende stappen samen leiden tot de indicatie. In het geval van verzoekster is sprake van een indicatie die niet voldoet aan de normen en daarom ontbreekt de basis om de aanvraag goed te kunnen beoordelen. Er is voldoende gelegenheid geboden om een indicatie te stellen. Er is gekeken of aan de voorwaarden was voldaan zodat een beoordeling kon plaatsvinden. Omdat niet aan de voorwaarden werd voldaan, is de aanvraag niet verder in behandeling genomen. Omdat de indicatie niet volledig was, was een nieuwe nodig die wél voldeed aan het Normenkader. Het ging dus niet om een afwijzing.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In zijn brief van 29 april 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“Voor geschillen met betrekking tot een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging beoordeelt het Zorginstituut of sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden', of de zorg wordt geleverd 'in de eigen omgeving' van de verzekerde en of de zorg samenhangt met een 'behoefte aan geneeskundige zorg' (ook wel de geneeskundige context genoemd).

In geschil is of de indicatie op de juiste wijze tot stand is gekomen, niet of bij verzoekster sprake is van verzekerde zorg. Verweerder geeft in het nader commentaar van 10 april 2026 aan dat de aanvraag is afgewezen, omdat de ingediende indicatie niet voldoet aan het V&VN normenkader (het Normenkader). Het Normenkader is een richtinggevend document en beschrijft onder andere het verpleegkundig proces en de begrippen die hierin aan de orde komen. Het Normenkader moet worden gevolgd, maar het Zorginstituut kan niet specifiek beoordelen of een indicatie voldoet aan (één van) de normen van het Normenkader.

Nu niet in geschil is of bij verzoekster sprake is van verzekerde zorg, heeft het Zorginstituut geen adviesbevoegdheid en brengt het in dit geschil geen advies uit.”

6. Bevoegdheid van de commissie

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

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 7.2. De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld in artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het PGB vv is een financieringsvorm die nader is uitgewerkt in het reglement. Verzoekster 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.
- 7.3. De indicierend wijkverpleegkundige stelt de indicatie voor verpleging en verzorging, die in beginsel leidend is. De zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar 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 zorgverzekeraar en de wijkverpleegkundige geen akkoord, dan motiveert de verzekeraar waarom hij van de gestelde indicatie afwijkt.
- 7.4. Als de zorgverzekeraar 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.
- 7.5. In het onderhavige geval heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 27 maart 2025 aan de indicierend wijkverpleegkundige meegedeeld dat de indicatiestelling volgens hem niet voldeed aan het Normenkader omdat een evaluatie van de zorg en de behaalde zorgdoelen ontbrak. De indicierend wijkverpleegkundige heeft hierop bij brief van 16 april 2025 verzocht om heroverweging. Op 28 april 2025 heeft zij een document aan de ziektekostenverzekeraar gezonden met de titel 'evaluatie van zorgdoelen 2024'. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop zijn afwijzing gehandhaafd op de grond dat de wijkverpleegkundige geen nieuwe indicatie heeft gesteld. Het enkel toesturen van een evaluatie is volgens hem niet voldoende. De eerder gestelde indicatie van 16 januari 2025 voldoet nog steeds niet aan het Normenkader, omdat de evaluatie van de zorgdoelen ontbreekt. Bovendien was deze indicatie op het moment van ontvangst van de klacht, op 28 april 2025, ouder dan drie maanden en daarmee niet langer geldig, aldus de ziektekostenverzekeraar.

- 7.6. De commissie overweegt dat de ziektekostenverzekeraar de wijkverpleegkundige uitsluitend een voldongen feit heeft meegedeeld, namelijk dat zij moest komen met een nieuwe indicatie, omdat de gestelde indicatie volgens hem niet voldeed aan de voorwaarden. Daarmee is hij eraan voorbijgegaan dat het primaat voor de indicatiestelling bij de wijkverpleegkundige ligt, zoals wordt bevestigd in de jurisprudentie. De hiervoor beschreven procedure heeft als achtergrond dat een zorgverzekeraar, geconfronteerd met een indicatiestelling die volgens hem niet navolgbaar is – bijvoorbeeld omdat is afgeweken van het Normenkader van de V&VN – door de indicierend verpleegkundige nog kan worden aangepast of ingetrokken. Die mogelijkheid is hier echter niet geboden. Hoewel de ziektekostenverzekeraar ter zitting heeft aangevoerd dat de brief van 27 maart 2025 aan verzoekster en het e-mailbericht van gelijke datum aan de indicierend wijkverpleegkundige niet kunnen worden gezien als een afwijzing, is dit niet in lijn met de heroverweging van 8 mei 2025. Hierin staat namelijk: *“U bent het niet eens met de afwijzing van de aanvraag voor een pgb”*. Aangezien niet is gebleken dat in de tussenliggende periode andere brieven zijn verzonden, moeten de berichten van 27 maart 2025 worden gezien als een afwijzing van de aanvraag. De wijkverpleegkundige heeft – daaraan voorafgaand - niet de mogelijkheid gekregen binnen vier weken te reageren op het voornemen de aanvraag af te wijzen. Dit is in strijd met het bepaalde in artikel 5, negende lid, van het reglement. Hierin is bepaald dat als zorg is geïndiceerd die niet onder de aanspraak valt of niet voldoet aan het Normenkader, de ziektekostenverzekeraar contact opneemt met de indicierend wijkverpleegkundige waarbij wordt gevraagd om een nadere uitleg en onderbouwing. Waarom dit in de onderhavige situatie is nagelaten, is door de ziektekostenverzekeraar niet onderbouwd.
- 7.7. Gelet op het voorgaande is de procedure door de ziektekostenverzekeraar niet op de juiste wijze gevolgd, zodat hij is gehouden het aangevraagde PGB vv alsnog aan verzoekster toe te kennen. Gesteld noch gebleken is dat dit laatste naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn.
- 7.8. Aangezien het verzoek hiermee wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar ook het door verzoekster in deze procedure betaalde klachtgeld van € 37,-- aan haar te vergoeden.

Slotsom

- 7.9. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

- 8.1. De commissie beslist dat:
- (i) de ziektekostenverzekeraar is gehouden verzoekster alsnog een PGB vv te verstrekken op basis van 15 uren en 10 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 1 januari 2025 tot en met 31 december 2025;
 - (ii) de ziektekostenverzekeraar het klachtgeld van € 37,-- aan verzoekster moet vergoeden.

Zeist, 1 juli 2026,

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 er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

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

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

§ 1a. Het Zvw-pgb

Artikel 2.15a

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

Artikel 2.15b

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

Artikel 2.15c

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

bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d.

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

Regeling zorgverzekering

§ 1.4a. Zvw-pgb

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste € 30,84 per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.
5. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020, als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de zorgverlener niet is verleend;
 - b. deze niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
6. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het vijfde lid. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.
7. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021, door de zorgverlener niet is verleend in verband met:
 - 1°. een besmetting van de verzekerde of de zorgverlener met Covid-19,
 - 2°. een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde of diens zorgverlener vanwege Covid-19,

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

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

Artikel 2.29c

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

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

Hoofdstuk 6a. Ondersteuning Zvw-pgb

Artikel 6a.1

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

Artikel 6a.2

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

Artikel 6a.3

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

Artikel 6a.4

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

Artikel 6a.5

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

Artikel 6a.6

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

Verwijsbrief nodig van

Huisarts, kinderarts, jeugdarts of hbo-jeugdverpleegkundige.

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

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

Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Hier kunt u terecht

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

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel

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

Verwijsbrief nodig van

Huisarts.

Artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

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

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

Let op

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

Persoonsgebonden budget (pgb)

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

Eigen risico

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

Indicatie nodig van

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

Hier kunt u terecht

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

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

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

Toestemming

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

Artikel 15. Verloskundige zorg en kraamzorg

15.1. Verloskundige zorg

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

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

Artikel 1. Inleiding

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

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

De voorwaarden en afspraken die wij opgenomen hebben in het Reglement zijn ontleend aan de meest recente bestuurlijke afspraken over uitgangspunten en inhoud van het Zvw-pgb die zijn overeengekomen door het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, V&VN en Per Saldo.

Artikel 2. Doelgroep Zvw-pgb

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

Daarnaast dient u:

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

Artikel 3. Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

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

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

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

Artikel 4. Weigeringsgronden

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

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

Artikel 5. Aanvraag Zvw-pgb

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

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

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

Artikel 6. Toekenningsverklaring

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

Artikel 7. Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

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

7.2 Hoogte en omvang declaratie

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

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

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

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

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

7.3 Overige bepalingen t.b.v. declareren

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

Artikel 8. Verplichtingen

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

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

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

Artikel 9. Herziening of intrekking

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

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

Artikel 10. Beëindigen van het Zvw-pgb

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

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

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

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

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

Artikel 11. Terugvordering

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

Artikel 12. Begripsomschrijvingen

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

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

BINKZ: Branchevereniging Integrale Kindzorg.

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

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

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

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

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

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

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

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

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand:

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

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

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

WSNP: Wet schuldsanering natuurlijke personen.

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

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