



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen OHRA  
Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), aantal toegekende uren

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a t/m 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202100677

Zittingsdatum : 28 juli 2021

Geschillencommissie Zorgverzekeringen ( H.A.J. Kroon, L. Ritzema en M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

---

1. Partijen

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

OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 18 maart 2021 heeft verzoekster per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. Verzoekster heeft het entreegeld betaald op 6 april 2021, waarop de commissie het geschil in behandeling heeft genomen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 4 juni 2021 per brief aan de commissie meegedeeld alsnog een PGB vv toe te kennen op basis van 23 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 14 uren Verpleging per week. Een kopie van deze brief is op 8 juni 2021 aan verzoekster gezonden, met de vraag of hiermee het geschil is opgelost. Op 18 juni 2021 heeft verzoekster meegedeeld dat het geschil niet is opgelost, zodat de procedure is voortgezet. Een afschrift van deze reactie is op 23 juni 2021 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.3. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar hebben op 29 juni 2021 respectievelijk 6 juli 2021 verklaard niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 6 juli 2021 tevens verklaard voor de Persoonlijke Verzorging 28 uren toe te kennen. Een afschrift van deze brief is op 9 juli 2021 aan verzoekster gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoekster heeft van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Uitgebreid en OHRA Gezond (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering).  
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft al jarenlang een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Zij ontvangt zorg van haar echtgenoot. Omdat de eerdere indicatie afliep, heeft verzoekster op 26 augustus 2020 een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend voor verlenging van het PGB vv.

3.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in de Nanda diagnoselijst 1.0 van 26 augustus 2020, voor zover hier van belang, over verzoekster verklaard:

*"(...) Mw. heeft diabetes type 1. Hierdoor heeft mw. neuropathie in de handen en voeten. Mw. [heeft] in de handen tot aan de ellebogen en in de voeten tot net onder de knie geen gevoel. Mw. kan voorwerpen zeer moeizaam vastpakken, kan geen brood smeren of snijden, kan geen rits of knopen dicht doen.*

*Mw. heeft een nierfunctie stoornis wat maakt dat zij veel medicijnen niet [mag] hebben in de behandeling voor de diabetes, reuma en pijn.*

*Mw. heeft reumatoïde artritis in haar handen en voeten, polsen. Mw. heeft hier veel pijn van en heeft vergroeiingen in de vingers. Mw. heeft een brace voor beide handen om pijn [en] verdere vergroeiingen in de vingers te beperken. Mw. draagt deze 2 tot 4 uur per dag en doet deze meerdere malen aan en af naar behoefte.*

*Mw. heeft een frozen-shoulder links. De diagnose [is] moeilijk te stellen omdat er mogelijk ook deels sprake is van reuma. Heeft meerdere therapieën gehad zonder succes. Een operatie is mogelijk echter vanwege de gezondheid van mw. wordt hier vanaf gezien. Mw. kan de linker arm niet verder dan 30 graden omhoog bewegen.*

*Mw. heeft een maagontledigingsstoornis, Mw. kan kleine beetjes eten en moet vaak braken. Door deze stoornis is de diabetes snel ontregeld. Mw. moet vaak kleine beetjes eten en 8 tot 10 keer per dag de glucose meten. Mw. spuit haar insuline na de maaltijd omdat er dan duidelijk is hoeveel mw. binnen heeft gehouden.*

*Medische voorgeschiedenis vanuit de episodelijst huisarts:*

- \* Diabetische retinopathie*
- \* Diabetes mellitus type 1*
- \* Depressie*
- \* Hypertensie*
- \* Reumatoïde artritis*
- \* DM nefropathie*
- \* Diabetische neuropathie*
- \* Botox voor maagontledigingsstoornis (...)*

*Mw. heeft hulp nodig bij:*

- \* Het wassen en kleden*
- \* Hulp bij het uit / aankleden en de hygiëne na de toiletgang*
- \* Mond en gebitsverzorging*
- \* Hand en voet verzorging*
- \* Haar verzorging*
- \* Hulp bij klaar maken van eten en drinken*
- \* Hulp bij het aanreiken van de medicatie*
- \* Brace omdoen aan beide handen*
- \* Insuline spuiten (4 x dgs), mw. moet bij een hyper bij spuiten, dit gebeurt zeker om de dag. 3 x kort werkende insuline en voor de nacht langwerkende insuline.*
- \* Glucose meting via vingerprikjes. De glucose waarde wordt 10 keer per dag gemeten, vanwege de maagontledigingsstoornis en wisselde glucose waardes hierbij. (...)*

*De Partner van mw. levert mantelzorg en verleent ook de zorg vanuit het PGB. Wisselende personen uit de familie helpen met het huishouden. De partner van mw. maakt alle maaltijden. Dhr. is bakker van beroep, heeft een eigen bakkerij gehad, heeft dit overgedragen om voor mw. te kunnen zorgen. (...)"*

De indicierend wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld op basis van 16 uren en 20 minuten Verpleging en 43 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week.

3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 29 oktober 2020 per brief aan verzoekster meegedeeld dat een PGB vv wordt toegekend op basis van 10 uren en 30 minuten Verpleging per week en 16 uren en 55 minuten Persoonlijke Verzorging per week.

3.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 19 januari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.6. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het aangepaste zorgplan, waarop geen datum is vermeld, over verzoekster verklaard:

*"(...) Als ik terug kijk naar mijn indicatiestelling zou ik in de diagnoseslijst (anamnese) en het zorgplan uitgebreider uitwerken. Hierbij zou ik o.a. meer en duidelijker in gaan op de noodzaak van de hulp bij de maaltijden. Daarbij is de zorg die onder netwerkzorg valt (hulp bij toiletgang, medicatie en uiterlijke verzorging) altijd een discussiepunt binnen de indicatiestelling. Bij mevrouw heb ik de zorg grotendeels wel geïndiceerd omdat er sprake is van een grote zorgvraag waarbij er een hoog risico is op overbelasting van de mantelzorger (echtgenoot). Ook dit had ik duidelijker in mijn indicatiestelling moeten omschrijven. Zie hieronder mijn huidige standpunt / argumentatie in een tabel verwerkt waarin [ik] ook de argumentatie van de wijkverpleegkundige van OHRA heb verwerkt.*

*Wanneer ik alles bereken wat ik wel zou aanpassen kom ik op een indicatie voor Persoonlijke verzorging op 27.20uur en verpleging op 16.20uur. Met minder dan dit ga ik dus niet akkoord. (...)*

*Mw. wil zich graag omkleden zodat zij een goede middagrust heeft dus dan is hier hulp bij nodig. In mijn mening mag je als verpleegkundige niet voor iemand bepalen dat het omkleden niet nodig is. (...)*

*Tijdens mijn huisbezoek voor de indicatiestelling heb ik begrepen dat mw. inderdaad sproeiers heeft maar dan alsnog hulp nodig heeft bij de hygiëne en het uit en aankleden. Om deze reden 10 min per keer geïndiceerd. \* Dit is echter interpretatie gevoelig en ik begrijp [het] als er minder tijd gerekend wordt. (...)*

*Uiterlijke verzorging is vaak een discussiepunt omdat dit eigenlijk bijna altijd onder netwerkzorg valt. Gezien de grote zorgvraag van mw. had ik dit wel bij de indicatie gezet. \* Ik zou akkoord gaan met een vermindering naar 1 x 10 min. (...)*

*Wanneer de handeling correct wordt uitgevoerd kost dit zeker 10 minuten. De handen moeten worden schoongemaakt, de apparatuur moet worden klaargelegd, de vingerprik moet worden gezet, het druppeltje bloed moet worden opgevangen, dan moet er worden gewacht op de uitslag en moet alles genoteerd, opgeruimd en z.n. schoongemaakt worden. Ik begrijp dat de echtgenoot handigheid heeft gekregen in de handeling maar ik indiceer de tijd zoals die nodig is om de handeling correct uit te voeren en in mijn mening is dat 10 minuten. (...)*

*Hulp bij de maaltijden*

*10 x per dag 10 min (...) Hulp bij het drinken 8 x per dag 5 min (...) Over dit punt ben ik het absoluut niet eens. Dit omdat mw. (zeer) hoog risico heeft op geneeskundige zorg en er geen sprake is van een stabiele situatie: Mw. heeft diabetes type 1 waarbij zij volledig insuline afhankelijk is.*

*Doordat mw. een maagontledigingsstoornis heeft geeft zij geregeld eten/drinken terug. Het is voor mw. van levensbelang dat zij de haar eten en drinken inneemt op basis van haar bloedglucose waarden en hierbij de juiste hoeveelheid insuline spuit. Dit luistert zeer nauw. Wanneer mw. eten uitbraakt zal haar bloedsuikerspiegel snel dalen en moet er nogmaals eten/drinken voor mw. worden klaargemaakt.*

*\* Ik zou ermee akkoord gaan als de hulp bij het drinken niet wordt toegekend omdat dit klaargezet kan worden.*

*\* Ik blijf van mening dat de hulp bij de maaltijden binnen de zorgverzekeringswet valt en ik dit niet ruim heb geïndiceerd. Ik ga dus niet akkoord dat hier minder tijd voor gerekend wordt. De echtgenoot is meer tijd kwijt aan de hulp bij de maaltijden dan ik heb geïndiceerd. In mijn indicatiestelling heb ik er al rekening mee gehouden dat dhr. ook voor zichzelf eten maakt 3 a 4 keer per dag.*

*\* OHRA benoemde dat dit niet kan worden toegekend omdat het ook met formele zorg niet georganiseerd zou kunnen worden. Hier ben ik het niet mee eens. Er kan namelijk aan het begin, tijdens en na het zorg moment (voor bijv. de adl-zorg) hulp worden geboden bij het klaarmaken van de maaltijden. Gezien mw. een grote zorgvraag heeft zou formele zorg zeker 4 keer per dag aanwezig zijn waardoor dit wel te organiseren zou zijn. Begrip 2 in het begrippenkader indiceren van V&VN schrijft dat de zorgbehoefte met hoog risico op geneeskunde zorg onder de zorgverzekeringswet valt. Bij mw. is er geen stabiele situatie en zeker hoog risico op geneeskunde zorg waardoor bij mw. de hulp bij het bereiden van de maaltijden onder de zorgverzekeringswet valt. (...) Medicatie 3 x per dag 5 min (...) Over dit punt ben ik het eens, hier zou ook nog een medicatiedispenser voor kunnen worden ingezet. (...)"*

#### 4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is aan haar een PGB vv te verstrekken voor alle geïndiceerde uren (met uitzondering van de extra tijd voor de toiletgang en de tijd voor het aanreiken van de medicatie), voor de duur van twee jaren.

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.22. 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 verzoekster

6.2. Verzoekster heeft, voor zover hier van belang, het volgende aangevoerd. Verzoekster heeft een complex ziektebeeld in verband waarmee zij zorg nodig heeft. Zij ontvangt hiervoor al ruim tien jaar lang een PGB vv. Tot voor kort had zij aanspraak op 4 uren en 40 minuten Verpleging per week en 45 uren en 34 minuten Persoonlijke Verzorging per week. In de afgelopen vijf jaren is zij regelmatig bezocht door een verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar, die steeds tot de conclusie kwam dat de indicatie passend was. De zorg wordt aan verzoekster verleend door haar echtgenoot. Vanwege de intensiteit van de zorg aan verzoekster was het voor hem niet mogelijk deze te combineren met zijn baan. Hij heeft deze daarom opgezegd.

- 6.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld op basis van 16 uren en 20 minuten Verpleging per week en 43 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens een verpleegkundige van de Toetsingspraktijk ingeschakeld. De verpleegkundige van deze praktijk heeft op 6 oktober 2020 telefonisch contact opgenomen met verzoekster. Vanwege de maatregelen ter bestrijding van COVID-19 heeft geen huisbezoek plaatsgevonden. Het gesprek ging in hoofdzaak over het feit dat de zorg wordt geleverd door de echtgenoot van verzoekster. Verzoekster heeft het gesprek als onprettig ervaren, aangezien de verpleegkundige liet weten onderdelen van de indicatie van verzoekster "belachelijk" te vinden.
- 6.4. De indicierend wijkverpleegkundige heeft nadien contact gezocht met zowel de verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar als met die van de Toetsingspraktijk. Dit heeft geleid tot een aangepast zorgplan. Hierin is toegelicht op welke punten de indicierend wijkverpleegkundige het niet eens is met de verlaging van het aantal uren. Op twee punten heeft de wijkverpleegkundige haar indicatie bijgesteld, namelijk met betrekking tot de extra hulp bij de toiletgang en het aanreiken van de medicatie. Voor het overige handhaaft zij haar indicatiestelling. Verzoekster merkt op dat de indicatiestelling van de indicierend wijkverpleegkundige leidend is. Zij wordt ook geacht in deze indicatiestelling mee te nemen wat redelijkerwijs van het netwerk van een verzekerde kan worden verwacht.
- 6.5. Verzoekster heeft bij brief van 18 juni 2021 aanvullend verklaard dat de nieuwe toekenning door de ziektekostenverzekeraar niet navolgbaar is. De oorspronkelijke indicatie kwam uit op 16 uren en 20 minuten Verpleging en 43 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week. De vermindering van de Verpleging kan verzoekster volgen, maar anders ligt dit voor de Persoonlijke Verzorging. De forse vermindering van de uren wordt niet verklaard in de brief van de ziektekostenverzekeraar van 4 juni 2021. Tot slot is verzoekster het niet eens met de bekorting van de looptijd van het PGB vv. Het is onredelijk verzoekster te belasten met een korte doorlooptijd, alleen omdat er een "landelijke discussie" plaats zou vinden over netwerkzorg. Verzoekster verwijst naar een bindend advies van de commissie van 20 november 2020, waarin is besloten dat de ziektekostenverzekeraar ten onrechte de indicatie terugbracht naar één jaar, terwijl er geen reden was op dit punt van de aanvraag af te wijken.

#### Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat bij de beoordeling of iemand aanspraak heeft op een PGB vv, ook moet worden gekeken naar vergroting van de zelfredzaamheid. Bijvoorbeeld door de inzet van hulpmiddelen, het kunnen aanleren van bepaalde (zelf)zorg en de ondersteuning door het eigen netwerk. Dit vloeit voort uit het verpleegkundig proces. De Toetspraktijk heeft de situatie van verzoekster beoordeeld, en kwam tot de conclusie dat de indicierend wijkverpleegkundige te ruim heeft geïndiceerd.
- 6.7. Zo is bijvoorbeeld volledige hulp bij de toiletgang geïndiceerd, terwijl verzoekster alleen hoeft te worden geholpen met het omlaag en weer omhoog doen van de kleding. Ook is zij in staat zelf haar tanden te poetsen, en was hiervoor hulp geïndiceerd. De ziektekostenverzekeraar kijkt ook naar de zorg waarvoor een wijkverpleegkundige in de praktijk langs zou komen. Bij aanwezigheid van een netwerk komt een wijkverpleegkundige bijvoorbeeld doorgaans niet langs om te helpen bij het tanden poetsen. Verder is zorg geïndiceerd voor de hulp bij maaltijden. Het bereiden van eten en drinken valt echter nooit onder wijkverpleging ten laste van de zorgverzekering. Voorts is zorg geïndiceerd voor het aanreiken van medicatie. Deze zorg valt alleen onder wijkverpleging indien zij samenhangt met geneeskundige zorg of een verhoogd risico daarop, bijvoorbeeld in geval van een speciale bereiding, het in de gaten houden van ernstige (directe) bijwerkingen of ernstig verslikingsgevaar. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige deze geneeskundige context voldoende te onderbouwen. Hierin is zij niet geslaagd. De ziektekostenverzekeraar heeft besloten de indicatie te verlagen en een PGB vv toe te kennen op basis van 10 uren en 30 minuten Verpleging per week en 16 uren en 55 minuten Persoonlijke Verzorging per week.

- 6.8. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 4 juni 2021 verklaard alsnog, zonder tussenkomst van de Toetspraktijk, contact te hebben opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige om de indicatie door te nemen. De adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar heeft samen met haar het indicatieproces en het normenkader dat bij de indicatiestelling moet worden gevolgd, helemaal nagelopen. Dit gesprek is voor de indicierend wijkverpleegkundige aanleiding geweest de indicatie van 31 augustus 2020 te herzien. Zij komt nu uit op een indicatie van 23 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 14 uren Verpleging per week. De ziektekostenverzekeraar heeft daarop besloten een PGB vv op basis van dit aantal uren zorg toe te kennen. Later is gebleken dat het aanreiken van drinken wel is opgenomen in het zorgplan, maar abusievelijk niet is besproken met de indicierend wijkverpleegkundige. Omdat dit in de risicosfeer van de ziektekostenverzekeraar ligt, is besloten de toe te kennen uren Persoonlijke Verzorging hiermee te verhogen, zodat voor dat deel wordt uitgekomen op 28 uren per week. Bij een volgende aanvraag zullen hierover wel vragen worden gesteld aan de indicierend wijkverpleegkundige.

#### Overwegingen

- 6.9. Niet in geschil is dat verzoekster behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld, als omschreven in artikel 2 van het 'Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). Wat partijen verdeeld houdt, is (i) op basis van hoeveel uren zorg het PGB vv moet worden vastgesteld en (ii) voor welke duur de gestelde indicatie moet gelden.
- 6.10. Ten aanzien van de eerste vraag merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar ten tijde van de onderhavige procedure contact heeft gezocht met de indicierend wijkverpleegkundige. In samenspraak met haar is de ziektekostenverzekeraar uitgekomen op een toe te kennen PGB vv op basis van 23 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 14 uren Verpleging per week. Aangezien de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met dit aantal toe te kennen uren, moet van de juistheid hiervan worden uitgegaan. Dat zij eerder een indicatie heeft gesteld op basis van een (veel) hoger aantal uren, brengt hierin geen verandering. Als verzoekster het niet eens is met de gestelde - lagere - indicatie, dient zij zich met haar klacht hierover te wenden tot de indicierend wijkverpleegkundige dan wel een nieuwe indicatie te laten stellen door een andere wijkverpleegkundige. Hierbij moet worden aangetekend dat een andere wijkverpleegkundige enkel iets kan zeggen over de situatie zoals deze nu is, en dus niet met terugwerkende kracht tot het moment waarop de eerdere indicatie is gesteld. Het voorgaande leidt ertoe dat verzoekster op grond van de gestelde indicatie aanspraak heeft op een PGB vv op basis van 23 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 14 uren Verpleging per week. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen alsnog 28 uren Persoonlijke Verzorging toe te kennen. Hoewel de indicierend wijkverpleegkundige hiervoor niet expliciet akkoord heeft gegeven, is dit aantal uren wel opgenomen in het eerder door haar opgestelde zorgplan. Bovendien is de verhoging in het voordeel van verzoekster. De commissie zal in deze beslissing van de ziektekostenverzekeraar daarom niet treden.
- 6.11. Rest de vraag voor welke periode de gestelde indicatie geldt. Uit de aanvraag van 26 augustus 2020 volgt dat deze is gedaan voor een PGB vv met een ingangsdatum van 26 augustus 2020 en een einddatum van 26 augustus 2022. Deze aanvraag is in lijn met artikel 6.3 van het reglement, waarin is bepaald dat een PGB vv wordt toegekend voor de duur van maximaal twee jaren. De ziektekostenverzekeraar heeft een PGB vv toegekend voor de duur van een jaar. Aangezien in het reglement is bepaald dat een PGB vv wordt toegekend voor *maximaal* twee jaren, mag de ziektekostenverzekeraar, eventueel in afwijking van de aanvraag, besluiten een kortere looptijd te bepalen. Hij dient dan wel te motiveren waarom hij afwijkt van de aanvraag en waarom geen PGB vv kan worden toegekend voor de duur van twee jaren. De ziektekostenverzekeraar heeft dit, in het geval van verzoekster, nagelaten. Niet valt in te zien waarom de aanvraag niet kan worden gevolgd, zeker indien hierbij wordt betrokken dat een eventuele tussentijdse wijziging in de zorgvraag moet worden gemeld, welke melding kan leiden tot een aanpassing van het PGB vv. Uitgangspunt is daarom dat de gestelde indicatie geldt voor de duur van twee jaren.



6.12. Aangezien het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, acht de commissie gronden aanwezig te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het entreegeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden.



6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.



7. Bindend advies



7.1. De commissie beslist dat:

(i) verzoekster aanspraak heeft op een PGB vv conform de verlaagde indicatie, dat wil zeggen op basis van 23 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week en 14 uren Verpleging per week;

(ii) de ziektekostenverzekeraar dit PGB vv heeft verhoogd naar 28 uren Persoonlijke Verzorging per week en 14 uren Verpleging per week;

(ii) dit PGB vv een looptijd kent van twee jaren, namelijk van 28 augustus 2020 tot 28 augustus 2022; en

(iii) de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster het entreegeld van € 37,-- moet vergoeden.



Zeist, 30 juli 2021,



H.A.J. Kroon





# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (vastgesteld volgens multidisciplinaire diagnostiek conform de FENAC-richtlijnen). Dit is het geval indien:

- o de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren;
- o de taalontwikkelingsstoornis primair is, dus dat andere problematiek (psychiatrisch, fysiologisch, neurologische) ondergeschikt is aan de taalontwikkelingsstoornis.

- De zorg kan bij u thuis plaatsvinden.

### Zorgverlener

De zorg wordt in multidisciplinair verband verleend door zorgverleners die in een instelling voor zintuiglijk beperkten werkzaam zijn. De werkzaamheden van de zorgverleners beperken zich tot de zorg zoals omschreven in artikel 2.5a Besluit zorgverzekering en de eisen en voorwaarden die daarbinnen aan zorg voor zintuiglijk beperkten worden gesteld.

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

### Verwijzing

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

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

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als verblijf langer duurt dan 1 jaar. De zorginstellingen die dit verblijf bieden, weten wanneer u in aanmerking komt voor verblijf en wanneer een akkoordverklaring nodig is.

### Tarieven

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

## B.26. Wijkverpleging

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

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

Wijkpleging is voor alle leeftijden en omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement.

### Integrale zorg

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

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg mag niet gepaard gaan met verblijf in een instelling, tenzij het om Intensieve Kindzorg gaat. Als Intensieve Kindzorg gepaard gaat met verblijf in een instelling, dan kunt u deze zorg niet met een PGB inkopen.
- De zorg betreft geen kraamzorg. Kijk voor kraamzorg in artikel B.7.
- De zorg omvat geen zorg die bekostigd kan worden uit de Wlz.
- Als het gaat om zorg bij kinderen jonger dan 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), dan valt die zorg onder de Jeugdwet; de zorg vindt dan niet in geneeskundige context plaats.
- Eigen risico is niet van toepassing.

### Voorwaarden

#### Algemeen

- U moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. De te verlenen zorg, ook de indicatiestelling, moet doelmatig zijn.
- Verpleegkundige handelingen en verzorgingshandelingen worden zoveel mogelijk gecombineerd uitgevoerd in één bezoek aan u. Indien de zorg voor u slechts bestaat uit het uitvoeren

van verzorgingshandelingen, dan heeft u regelmatig contact met de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, om na te gaan of uw situatie gewijzigd is en eventueel de indicatie en het zorgplan aan te passen. Wij verwachten van u dat u naar beste kunnen medewerking verleent aan de zorgverleners, zodat zij hun werk veilig en naar behoren kunnen uitvoeren.

- Bepaalde zorgvormen moeten verleend worden door gespecialiseerde verpleegkundigen (bijvoorbeeld bepaalde verpleegtechnische handelingen en casemanagement dementie). Ons Zorgteam kan u helpen een passende zorgverlener te vinden.
- De zorg wordt verleend in uw eigen omgeving. “Intensieve Kindzorg” kan ook in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderspice verleend worden.

### Persoons Gebonden Budget

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

### Zorgverlener

#### Algemeen

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

De zorgverlener die de zorg verleent en declareert moet beschikken over een AGB-code wijkverpleging en over gekwalificeerd personeel. De zorgverlener heeft daarom de beschikking over ten minste één persoon met een AGB-code “Verpleegkundige niveau 5” die duurzaam verbonden is aan de zorgverlener. Of er meer verpleegkundigen niveau 5 beschikbaar moeten zijn is afhankelijk van welke zorg wordt geleverd. U kunt bij ons navragen of de zorgverlener aan deze voorwaarden voldoet.

### Indicatiestelling

De indicatie voor wijkverpleegkundige zorg wordt gesteld door de verpleegkundig specialist (artikel

14, wet BIG, hbo-master) of een verpleegkundige niveau 5 (artikel 3, wet BIG, hbo-bachelor). Bij de indicatiestelling wordt gebruik gemaakt van een digitaal classificatiesysteem. Inhoudelijk moet de indicatiestelling voldoen aan het normenkader van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). De indicatiestelling wordt vermeld in het zorgplan.

### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring van ons is niet nodig als u naar een zorgverlener die wij voor deze zorg hebben gecontracteerd. De zorgverlener beoordeelt dan namens ons of de zorg valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. U kunt deze zorgverleners vinden op onze website.

Als de behandeling wordt gedaan door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is wel een akkoordverklaring van ons nodig (zie artikel A.18.).

### Tarieven

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

## B.27. Kortdurend verblijf in een instelling

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat kortdurend verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met huisartsenzorg. Het verblijf is gericht op herstel en terugkeer naar huis. De verwachting is dat terugkeer naar huis en herstel op korte termijn zorginhoudelijk mogelijk is (tenzij sprake is van zorg vanwege de palliatief terminale fase).

Er moet vaststaan dat:

- er per direct een aantoonbaar risico bestaat op gezondheidsverlies. Uw persoonlijke (thuis) situatie neemt uw huisarts mee in overweging; en
- een ziekenhuisopname niet noodzakelijk is; en
- er geen structurele behoefte is aan verblijf;

Onder de zorg valt:

- Verblijf voor medisch noodzakelijke zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- Geneeskundige zorg. Hierbij is ook de eerste lijns diagnostiek inbegrepen;
- Paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit kortdurend verblijf.

Toelichting:

Zorg kan niet altijd thuis geleverd worden, bijvoorbeeld omdat een periode van aaneengesloten

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

**Geldig vanaf 1 januari 2020**

Het vorige reglement Zvw-pgb is hiermee vervallen

# Inhoud

---

Begripsbepaling .....	1
Artikel 1: Inleiding .....	2
Artikel 2: Doelgroep Zvw-pgb.....	2
Artikel 3: Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb .....	3
Artikel 4: Weigeringsgronden .....	4
Artikel 5: Aanvraag Zvw-pgb .....	5
Artikel 6: Akkoordverklaring.....	6
Artikel 7: Declareren van zorg .....	7
Artikel 8: Verplichtingen.....	9
Artikel 9: Herziening of intrekking.....	11
Artikel 10: Beëindigen van het Zvw-pgb .....	11
Artikel 11: Terugvordering .....	12

# Begripsbepaling

---

## **Bewuste-keuze gesprek**

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

## **Herbeoordeling**

Het vragen van een toetsing van de geldende indicatie, dan wel het vragen van een advies over de geldende indicatie aan een tweede, onafhankelijke wijkverpleegkundige. 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. Deze beoordeelt vervolgens of de herbeoordeling tot aanpassing van de indicatie leidt en moet dit ook kunnen onderbouwen.

## **Partner**

Uw echtgeno(o)t(e), geregistreerd partner, of andere levensgezel.

## **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 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.

## **Zorg in Natura**

Bij zorg in natura levert en organiseert de zorgverlener de zorg en regelt de administratie daaromheen.

## **Zorgverlener**

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

# Artikel 1: Inleiding

---

## **1.1 Waarom een reglement?**

Dit reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging dient als toelichting op artikel B.26. Wijkverpleging van de verzekeringsvoorwaarden. Voor verpleging en verzorging is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna te noemen Zvw-pgb) aan te vragen waarmee u zelf uw zorg kunt inkopen. Dit budget wordt door ons vastgesteld op basis van geïndiceerde uren (verpleging en verzorging). Deze uren zijn leidend. In dit reglement vindt u meer informatie over het Zvw-pgb, de voorwaarden om hiervoor in aanmerking te komen, hoe u dit kunt aanvragen en informatie over de wijze van declaratie en toetsing. Dit reglement maakt onderdeel uit van uw verzekeringsvoorwaarden.

## **1.2 Wat is de basis voor dit reglement?**

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

Artikel 13a van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de basis voor het toekennen van een Zvw-pgb. Wij kunnen dit reglement tussentijds aanpassen, bijvoorbeeld als gevolg van wetswijzigingen. Wij informeren u dan hierover.

## **1.3 Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb.**

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

---

2.1 U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb als u behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.

Onder de zorg vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die alleen gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Deze zorg valt onder de Jeugdwet.

Daarnaast dient u:

2.2 Langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf;

2.3 Op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen te zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden

## Artikel 3: Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

---

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

3.1 U bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging, zoals benoemd in artikel 2.1. van dit reglement. Op het moment dat de aanvraag is ontvangen bij de zorgverzekeraar, mag de indicatie niet langer dan drie maanden geleden gesteld zijn.

3.2 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 onder meer mee in onze beoordeling:

- a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
- b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de Zvw-pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
- c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
- d. u heeft 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.

Als 1 van de situaties onder a t/m f van toepassing is, krijgt u geen pgb.

3.3 U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde en kwalitatief goede zorg; Verantwoord wil zeggen dat de situatie in huis veilig is. Er is bijvoorbeeld voldoende toezicht van mantelzorgers en de zorg sluit goed aan bij de zorgbehoefte. Van kwalitatief goede zorg is sprake als de zorg veilig, effectief (goed resultaat) en doelmatig (niet te duur) is. De zorg is cliëntgericht: U krijgt de zorg op het juiste moment en de zorg sluit aan bij wat u nodig hebt

3.4 U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een PGB geleverd wil en kan krijgen.

Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het Zvw-pgb verlenen, dan wel aanvullende eisen stellen waaraan moet 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:

4.1 U voldoet niet aan de voorwaarden in artikel 2 en/of artikel 3 van dit reglement.

4.2 U bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;

4.3 U beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;

4.4 Uw vrijheid is u rechtens ontnomen;

4.5 U verleent geen medewerking (meer) aan een 'bewuste-keuze gesprek' en/of huisbezoek dat eventueel door ons wordt georganiseerd;

4.6 Uit uw aanvraagformulier of het bewuste-keuze gesprek 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;

4.7 Uw (wettelijke) 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 (wettelijke) 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), of er is een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling 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.

4.8 U beschikt over meer dan één indicatie voor de zorg zoals beschreven in artikel 2.1. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven zoals in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord.

4.9 Er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door het eigen (cliënt) netwerk (voorheen genoemd: gebruikelijke zorg) en voor wat de verzekerde en zijn naasten zelf kunnen doen. De indicatiesteller houdt hier volgens het begrippenkader V&VN bij de indicatiestelling al rekening mee. Onder deze zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten, tot wie gerekend worden: de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie cliënt duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

## Artikel 5: Aanvraag Zvw-pgb

---

5.1 Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen (deel I: het verpleegkundige deel en deel II: het verzekerden deel). Een Bewuste-keuze gesprek maakt onderdeel uit van de aanvraagprocedure, tenzij wij hier vanaf zien. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3 van dit reglement, krijgt u een akkoordverklaring voor een Zvw-pgb. U vindt het Zvw-pgb-aanvraagformulier op onze website; ook kunt u het Zvw-pgb-aanvraagformulier telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen.

5.2 Voor de indicatiestelling Zvw-pgb maken wij het volgende onderscheid:

a Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar bent u in het bezit van een door een BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld;

b Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een door een BIG geregistreerde hbo-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist kindergeneeskunde die werkzaam is bij een bij de BINKZ (Branchevereniging Integrale Kindzorg) aangesloten zorgverlener, die deze indicatie stelt conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging. De indicatie dient gesteld te worden in de thuissituatie in aanwezigheid van uzelf (het kind) en de wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor). 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.

5.3 Bij de indicatiestelling moet de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg hanteren bij het bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk.

5.4 Indien sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, moet u aan kunnen tonen hoe u er voor zorgdraagt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen te verrichten.

5.5 Indien u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient uit de indicatie en/of het zorgplan te blijken dat er afstemming is geweest met de (huis-)arts.

5.6 De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn uw (wettelijke) vertegenwoordiger en of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn. Ook mag de indicatie niet gesteld worden door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan u gaat leveren, tenzij dit een door ons voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.

5.7 Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Als wij bepaalde zorg niet doelmatig vinden, nemen wij hierover contact op met de indicerend wijkverpleegkundige. Vinden wij bepaalde zorg na dat contact nog steeds niet doelmatig, dan kennen wij voor die zorg geen Zvw-pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij om een herbeoordeling van de indicatie vragen. Het is ook mogelijk dat u om een herbeoordeling van de indicatie vraagt, maar dit kan alleen met goedkeuring van ons.

5.8 Indien u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, moet u tevens aangeven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw

zorgbehoefte gaat voorzien in geval (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins.

5.9 Verblijft u in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw dan wel in een voorziening voor Kortdurend verblijf (Eerstelijns Verblijf) dan kunt u weer gebruik maken van uw geldende indicatie zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd.

Een nieuwe aanvraag is nodig als u langer dan 60 dagen in een Wlz-instelling of ziekenhuis verblijft of langer dan 60 dagen gebruik maakt van Kortdurend Verblijf in een instelling zoals bedoeld in artikel B.27 van de verzekeringsvoorwaarden.

5.10 Als u voor verpleging en verzorging naast een Zvw-pgb ook gebruik wilt maken van verpleging en verzorging zonder pgb, dan moet u dit kenbaar maken op het aanvraagformulier. De verpleegkundige moet hiervoor één indicatie opstellen waarin zowel de zorg vanuit het Zvw-pgb als de verpleging en verzorging die u niet uit het pgb wilt laten betalen, zijn opgenomen. Ook moet u de wijkverpleegkundige die de indicatie stelt en de zorgverleners die de zorg leveren hierover informeren. Heeft u van ons geen akkoord voor de vergoeding van Zorg in Natura in combinatie met Zvw-pgb? Dan vergoeden wij de kosten van Zorg in Natura niet.

## Artikel 6: Akkoordverklaring

---

6.1 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.

6.2 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.

6.3 In de schriftelijke akkoordverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw Zvw-pgb vast. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en zolang u een geldige indicatie heeft. Wilt u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb ontvangen, dan kunt u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5. Beschikt u reeds over een akkoordverklaring met een looptijd van 5 jaar, dan blijft deze geldig tenzij de zorgvraag wijzigt.

6.4 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.

6.5 Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld.

6.6 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). Indien u meer zorg

gedeclareerd hebt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel uitgekeerde terug te betalen.

6.7 De toekenning, beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.

6.8 Heeft u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al zorg in natura of heeft u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg op het moment dat u een aanvraag voor een Zvw-pgb indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het Zvw-pgb, zoals opgenomen in de akkoordverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.

## Artikel 7: Declareren van zorg

---

### 7.1 Voorwaarden voor declareren

7.1.1 U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw akkoordverklaring staat vermeld.

7.1.2 Voor het indienen van uw declaraties dient u gebruik te maken van het declaratieformulier formele zorgverlener of het declaratieformulier informele zorgverlener. U kunt deze vinden op onze website. U kunt het declaratieformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Voor formele zorgverleners en voor informele zorgverleners bestaat een apart declaratieformulier.

7.1.3 De nota's die u ontvangt van de zorgverleners, waar u op basis van uw Zvw-pgb een overeenkomst mee heeft gesloten, controleert u en dient u bij ons in. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, Zvw-pgb aanvraag en akkoordverklaring mag gedeclareerd worden.

7.1.4 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.

7.1.5 Declareren van een vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten (afgerond op eenheden van 5 minuten) mag worden gedeclareerd.

7.1.6 Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is bij ons te declareren. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.

7.1.7 Indicatiestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in artikel 2.1 beschreven, casemanagement en verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg worden niet vergoed uit van het Zvw-pgb. Deze zorg zal afhankelijk van uw polis als zorg in natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed vanuit de reguliere wijkverpleging.

## 7.2 Hoogte en omvang declaratie

7.2.1 Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

Soort zorg	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	€ 38,28	€ 3,19
Verpleging	€ 56,64	€ 4,72

7.2.2 Voor informele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

Soort zorg	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	€ 23,52	€ 1,96
Verpleging	€ 23,52	€ 1,96

7.2.3 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 art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
- c. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorg verlenende organisatie in het Handelregister.

7.2.4 Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in art. 7.2.1.genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.

7.2.5 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

7.3.1 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.

7.3.2 Wij zijn gerechtigd om controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgverleners die u hebt gecontracteerd en in lijn is met uw indicatiestelling. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen. Indien van toepassing, kunnen wij u adviseren hoe deze zorg doelmatiger ingezet kan worden.

7.3.3 Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.

7.3.4 Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het budget verpleging en verzorging wordt overschreden wordt niet door ons vergoed.

7.3.5 Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de algemene verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg.

7.3.6 Indien u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgverlener(s) inhuren, dan dient u dit schriftelijk vooraf bij ons te melden. Na onze schriftelijke toestemming, mag u de nota's van buitenlandse zorgverlener(s) declareren.

## Artikel 8: Verplichtingen

---

8.1 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 van verzekerde;
- NAW-gegevens van de zorgverlener;
- relatie tussen verzekerde en de 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;
- de AGB-code indien het een formele zorgverlener betreft;
- ondertekening door verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger en zorgverlener.

Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op [www.svb.nl](http://www.svb.nl).

8.2 Wij vergoeden maximaal 40 uur per week voor zorg en verpleging geleverd door partner, bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad waarmee u een overeenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is. U moet er ook op letten dat deze zorgverlener in totaal niet meer dan 40 uur per week aan werkzaamheden verricht. Dit is inclusief eventuele andere werkzaamheden, al dan niet voor een pgb, die hij/zij verricht op grond van een eventuele andere arbeidsrelatie naast de aan u te leveren zorg. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 15 jaar.

8.3 U bent verplicht mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige, die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, bent u verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een Zvw-rgb aanvraagformulier in te vullen en in te dienen.

Bij een indicatiestelling die via een Zvw-rgb verzilverd wordt, is het verpleegkundig proces leidend.

8.4 U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoop. Uw zorgverzekeraar is niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.

8.5 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-rgb aanvraag indienen.

De verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, kan ook minstens 1 keer per jaar op eigen initiatief toetsen of de indicatie nog aansluit bij uw zorgbehoefte en dus nog correct is. Als er op basis van die toetsing een nieuwe indicatie volgt, moet u ook een nieuwe Zvw-rgb aanvraag indienen.

Bij een inventarisatie waaruit blijkt dat de zorgvraag meer dan 24 uur per week omvat, wordt er voorafgaande aan het afgeven van de indicatie altijd een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd door de wijkverpleegkundige, zodat de zorg wordt afgestemd met de verschillende professionals. Dit staat ook in de richtlijn verslaglegging V&VN.

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.

Wanneer u van zorgverlener(s) verandert, of er wijzigingen zijn in uw keuze of de zorgverlener Zorg in Natura of Zvw-pgb aan u levert, moet u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan, indien dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude Zvw-pgb wordt (her)berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 6.6 Het nieuwe Zvw-pgb wordt berekend per de ingangsdatum van dit nieuwe Zvw-pgb.

8.6 U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in overeenstemming is met de gestelde indicatie. Wij adviseren u dan ook om de geïndiceerde uren evenredig te verdelen over de looptijd van uw budget.

8.7 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 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.

8.8 U bent voorts verplicht om gegevens uit dit dossier zo spoedig mogelijk aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen. Ook als de Sociale Verzekeringsbank (SVB) aan uw zorgverleners betaalt, moet u zelf dit dossier beheren.

8.9 U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige en/of huisarts om uw (medische) gegevens omtrent de Zvw-pgb aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien, op het moment dat het nodig is voor een juiste uitvoering van uw verzekering. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur of verpleegkundig adviseur. Ook geeft u ons, of een door ons gecontracteerde partij, toestemming uw Zvw-pgb administratie in te zien en te controleren.

8.10 U bent verplicht mee te werken aan een Bewuste-keuze gesprek (BKG). Het Bewuste-keuze gesprek wordt gevoerd met de zorgvrager en/of diens wettelijke vertegenwoordiger.

8.11 Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw akkoordverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de (maximaal tot de vermelde einddatum van de indicatie) geldige akkoordverklaring over voor wat betreft het vermelde aantal uren voor verpleging en verzorging. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken omdat iedere zorgverzekeraar haar eigen tarieven hanteert. Wij adviseren u om deze akkoordverklaring te bewaren zolang hij geldig is. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen.

8.12 Als u alleen zorg inkoopt bij informele zorgverleners en het aantal uren verpleging en verzorging per week hoger is dan 24 uur dan kunnen wij de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een formele zorgverlener.

## Artikel 9: Herziening of intrekking

---

Uw 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 i.v.m. 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 bij u opvragen niet, dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
- i. U niet meewerkt aan een dossieronderzoek;
- j. Er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen;
- k. U het reglement niet naleeft;
- l. U gedurende de looptijd van het Zvw-pgb een nieuwe (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst, dan wel voor het eerst met een (wettelijk) vertegenwoordiger gaat werken en u met deze vertegenwoordiger, naar het oordeel van uw verzekeraar, niet in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren. U moet elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond doorgeven via het wijzigingsformulier Zvw-pgb, dat u kunt vinden op onze internetsite;
- m. U Zorg in Natura afneemt bij zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier hebt aangegeven.

## 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 Zorgverzekeringwet, zoals de Wet langdurige zorg (WLz) of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo);
- c. U failliet bent verklaard of de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr) op u van toepassing is verklaard;
- d. U blijkens de Basisregistratie niet meer beschikt over een woonadres;
- e. Rechtens uw vrijheid is ontnomen;
- f. U met uw Zvw-pgb uitsluitend nog zorg inkoopt bij zorgverleners waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft 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 De zorgverzekeraar kan 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 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. blijkt de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres;
  4. zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen;
  5. failliet is verklaard of op hem/haar de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) van toepassing is verklaard;
  6. anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
  7. uw zorgverlener 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 één van de situaties zoals beschreven in artikel 4 aan de orde is.

## Artikel 11: Terugvordering

---

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

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

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

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

## Artikel 11

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

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.10

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

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

---

## 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 € 23,52 per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.
5. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
  - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020, als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de zorgverlener niet is verleend;
  - b. deze niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
  - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
6. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het vijfde lid. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.

### 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.