



# ANONIEM BINDEND ADVIES

- Partijen : De erven van A, vertegenwoordigd door B te C, tegen Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist
- Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), verhoging aantal toegekende uren, termijn afwikkeling aanvraag
- Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.26a tot en met 2.26c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019
- Zaaknummer : 202001092
- Zittingsdatum : 6 januari 2021

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

---

1. Partijen

De erven van A, hierna te noemen: erflaatster, vertegenwoordigd door B te C, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

- 1) Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht, en
- 2) Achmea Zorgverzekeringen N.V. te Zeist,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 27 maart 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 september 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 10 september 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 6 januari 2021 gehoord.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Erflaatster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering BasisBudget (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Aanvullend twee sterren (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Bij erflaatster werd voor de vierde keer kanker geconstateerd. In verband daarmee had zij veel zorg nodig, die zij ontving van haar echtgenoot, dochter, zoons en schoondochter. Op 19 juni 2019 heeft zij bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv).
- 3.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het 'aanvraagformulier persoonsgebonden budget verpleging en verzorging' over erflaatster verklaard:

*"(...) mevr. heeft voor de 4e keer kanker. Het gezwel zit in het bekken/spieren. Is niet operabel. Mevr. wordt behandeld met chemokuren. Sinds kort zijn de nieren ook aangetast. (...) Wassen, douchen, aankleden, uitkleden, in en uit bed, toiletgang, medicatie en oefeningen (...) fysiotherapie (...) Mevr. is immobiel, verzwakt en vermoeid. Mevr. ligt veel op bed. Mevr. heeft last van oedeemvorming. (...) fam. doet de ADL zorg voor mevr. Mevr. heeft hulp nodig bij wassen, douchen, aankleden, uitkleden, in en uit bed helpen, medicatie bereiden, aanreiken en op toezien dat ze het inneemt, hulp bij lieskousen aan en uitdoen, hulp bij stomazorg (...) Buurtzorg neemt stomazorg voor rekening ZIN (...)"*

De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld van 46 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week.

3.4. Bij brief van 30 juli 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflaatster meegedeeld dat nog geen PGB vv werd toegekend, omdat het zorgplan te algemeen was. Bij brief van 19 augustus 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan erflaatster meegedeeld dat nog geen PGB vv werd toegekend, omdat de aanvraag niet compleet was. De ziektekostenverzekeraar miste deel 1 en 2 van het aanvraagformulier. Bij brief van 11 november 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de erven meegedeeld dat nog geen PGB vv werd toegekend, omdat het zorgplan nog steeds te algemeen was.

3.5. Erflaatster is op 24 september 2019 overleden.

3.6. In het laatste zorgplan, afgedrukt op 10 januari 2020, heeft de wijkverpleegkundige, voor zover hier van belang, over erflaatster verklaard:

*"(...) Mw heeft ieder[e] dag hulp nodig bij wassen/douchen, aankleden/uitkleden en tandenpoetsen. Heeft daarnaast ook hulp nodig bij de verzorging van de haren. Mw krijgt iedere dag hulp bij naar bed gaan, mbt pyjama aantrekken.*

*Mw is conditioneel snel moe, is slecht ter been vanwege de tumor in het bekken. Dhr geeft mw volledige ondersteuning hierbij. Mevr heeft krachtverlies, heeft pijn en is vermoeid. Dhr neemt de zorg geheel over. Dit neemt veel energie van mevr waardoor de pers. verzorging in een rustig tempo gedaan moet worden. [’s] Middags gaat mevr even rusten op bed. Dhr begeleid[t] mevr. Na het rustmoment frist dhr mevr op ivm overmatige transpiratie. [’s A]vonds wordt mevr weer even gewassen en klaargemaakt voor de nacht. Tand en gepoetst en de nachtkleding aan. Dhr helpt mevr in bed. (...)*

*Door krachtverlies en pijn kan mevr niet zelfstandig haar transfers doen. Ze heeft bij elke transfer, gedurende de hele dag hulp nodig van dhr. Dit gelden de transfers van bed-rolstoel en terug. Van rolstoel-toilet en weer terug. (...)*

*Dhr geeft hulp bij alle transfers gedurende de dag en nacht. [T]e denken valt aan transfer bedstoel, stoel bed, naar toilet, naar buiten. Als mevr een goed moment heeft kan ze enkele stappen lopen met de rollator. [O]ok hier ondersteuning bij ivm wankel evenwicht, krachtverlies. Continue in de nabijheid zijn is gewenst.*

*Mw krijgt fysiotherapie van (...). De fysiotherapeut komt iedere week. Mw heeft oefeningen gekregen welke mw thuis moet uitvoeren 2x daags. Dit lukt niet altijd vanwege de pijn. Dhr helpt mw bij deze oefeningen, dit om de conditie (...) op peil te houden. Heel soms worden er extra oefeningen gedaan. Te denken valt aan op de hometrainer fietsen, of een trapje af. Ook hier continue ondersteuning nodig. Doel is het behouden van de stafunctie hoe deze nu is. Verbetering is geen doel meer. (...)*

*Mevr kan zelf niet haar stoma verzorgen*

*Elke ochtend: materialen klaarzetten, mal knippen, oude stomamaterialen verwijderen, stoma verzorgen en drogen, nieuwe plak plakken. Ook wordt er poeder en pasta gebruikt wanneer dit nodig is, dit is meestal het geval. De stoma lekt regelmatig zodat de verzorging weer opnieuw nodig is. Daarnaast helpt dhr mw bij het begeleiden naar de wc en bij het legen van het zakje. Zie ook neuro/musculair/skelet functie. Dit gebeurt een aantal keren per dag (...)*

*compressiemiddelen (zoals aantrekken en/of uittrekken van steunkousen*

*Elke ochtend trekt dhr aan het rechter been een 2 delige kous. Als mevr s middags naar bed gaat, weer uit, en later op de middag doet dhr de kous dan weer aan. Elke avond verwijdert dhr deze. Ook smeert dhr dan mw haar benen in met cr[è]me. (...)"*

3.7. De ziektekostenverzekeraar heeft op 7 februari 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat een PGB vv wordt toegekend op basis van 45 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Dit PGB vv heeft een ingangsdatum van 19 juni 2019 en een einddatum van 24 september 2019.

3.8. Verzoeker is het niet eens met het aantal toegekende uren PGB vv, en heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 16 april 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat een verhoging van het PGB vv niet mogelijk is. De toekenning van 7 februari 2020 blijft daarom in stand.

#### 4. Geschil

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv toe te kennen op basis van een hoger aantal uren dan 45 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week, ten laste van de zorgverzekering.

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 18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

#### 6. Beoordeling

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

#### Standpunt verzoeker

6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij op 7 januari 2019 voor de eerste keer namens erflaatster een aanvraag heeft ingediend voor het PGB vv. Dit heeft hij gedaan naar aanleiding van oedeem dat plotseling optrad aan de voet van erflaatster. Haar voet werd tweemaal zo dik in ongeveer een uur tijd. Haar mobiliteit werd minimaal en zij kwam tijdelijk in een rolstoel terecht. Na zes tot acht weken had verzoeker nog steeds geen reactie van de ziektekostenverzekeraar, en heeft hij telefonisch contact opgenomen. Hem werd gezegd dat de aanvraag niet was ontvangen, en dat deze opnieuw moest worden ingediend. Dit heeft verzoeker gedaan, maar het proces was zodanig vertraagd dat de thuiszorgorganisatie opnieuw een beoordeling moest uitvoeren en de formulieren moest invullen. Deze stukken zijn op 26 maart 2019 verstuurd. Uiteindelijk is op basis hiervan een PGB vv toegekend.

6.3. In mei 2019 ging erflaatster erg achteruit, en heeft verzoeker een nieuwe aanvraag ingediend voor een PGB vv. Zij had chemokuren gehad en een ileostoma gekregen, omdat bij de vierde chemokuur haar dunne darm was gescheurd. Deze aanvraag is diverse keren afgekeurd, omdat er volgens de ziektekostenverzekeraar niet de juiste formulieren bij zaten. De eerste keer ontbrak een aanvraagformulier, later miste medische informatie van de huisarts. Toen deze werd opgestuurd bleek het toch weer niet genoeg te zijn. Verzoeker werd verteld dat hij alles opnieuw moest insturen, omdat alles in één keer moest worden ontvangen. Dit heeft verzoeker gedaan, terwijl erflaatster steeds zieker werd. Weer kreeg verzoeker bericht dat de formulieren niet goed waren ingevuld. De indicierend wijkverpleegkundige heeft daarop contact gezocht met de ziektekostenverzekeraar. Inmiddels was het eind augustus, terwijl halverwege juni 2019 met deze aanvraag was gestart. De aanvulling van de wijkverpleegkundige heeft verzoeker aan de ziektekostenverzekeraar gemaaild,

maar dit bleek weer niet genoeg te zijn. Erflaatster overleed op 24 september 2019; de aanvraag was toen nog steeds niet goedgekeurd.


- 6.4. Uiteindelijk ontving verzoeker op 7 februari 2020 een goedkeuring. Hij heeft hierop telefonisch met de ziektekostenverzekeraar besproken dat inmiddels meer uren zorg nodig waren dan op 19 juni 2019 waren aangevraagd. Hem werd gezegd te wachten met een nieuwe aanvraag tot de eerste was afgehandeld. Dit is ook door de ziektekostenverzekeraar meegedeeld aan Buurtzorg en de indicierend wijkverpleegkundige. Maar dat bleek niet meer mogelijk, omdat erflaatster intussen was overleden. Verzoeker en zijn dochter hebben veel meer uren zorg geleverd dan zijn toegekend. Door de gang van zaken waren zij niet meer in de gelegenheid een nieuwe aanvraag in te dienen. Verzoeker is van mening dat dit de ziektekostenverzekeraar kan worden aangerekend, zodat deze gehouden is een hoger aantal uren toe te kennen.

#### Standpunt ziektekostenverzekeraar


- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat hij de indicatiestelling en het zorgplan mag beoordelen op rechtmatigheid en doelmatigheid, om te bepalen of een verzekerde aanspraak heeft op de aangevraagde zorg. Uit de aanvraagformulieren en opgestelde zorgplannen blijkt dat de zorg aan erflaatster is verleend door haar echtgenoot, dat wil zeggen één informele zorgverlener. Een zorgverlener mag niet meer zorg verlenen dan 40 uren per week. Dit is aan verzoeker meegedeeld in de brief van 30 januari 2020.
- 6.6. Op 29 januari 2020 heeft de indicierend wijkverpleegkundige een e-mailbericht gestuurd aan de adviserend verpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar. Zij heeft hierin meegedeeld dat het onderdeel Verpleging is komen te vervallen en dat nog 45 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging noodzakelijk zijn. Deze zorg werd verleend door de dochter, zoons en schoondochter van erflaatster. De ziektekostenverzekeraar heeft deze indicatie gevolgd en heeft over de periode van 19 juni 2019 tot en met 24 september 2019 dit aantal uren zorg toegekend in de vorm van een PGB vv. Verzoeker is hiervan in kennis gesteld met de brief van 7 februari 2020.
- 6.7. Volgens verzoeker is hem door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar aangeraden te wachten met een nieuwe aanvraag voor meer uren zorg totdat op de eerste aanvraag was beslist. Uit de telefoonregistratie van de ziektekostenverzekeraar blijkt hier evenwel niet van, zodat het beroep op de gestelde mededeling niet kan slagen. Bijzondere omstandigheden kunnen aanleiding geven van deze regel af te wijken. Van deze bijzondere omstandigheden is naar de mening van de ziektekostenverzekeraar niet gebleken.

#### Beoordeling

- 6.8. Tussen partijen is niet in geschil dat erflaatster behoorde tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld, als omschreven in artikel 2 van het 'Reglement Zorgverzekeringwet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). Partijen zijn verdeeld over de vraag op basis van hoeveel uren het PGB vv moet worden toegekend. De ziektekostenverzekeraar gaat hierbij uit van een e-mailbericht van de indicierend wijkverpleegkundige, waarin deze een indicatie noemt van 45 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 6.9. In artikel 6, vierde lid, van het reglement is bepaald dat de ziektekostenverzekeraar bij de vaststelling van de hoogte van het PGB vv uitgaat van de door de wijkverpleegkundige aangevraagde uren. Het dossier bevat geen aanvraag voor meer dan 45 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Dat de ziektekostenverzekeraar zijn toekenning hierop heeft gebaseerd, strookt daarom met het bepaalde in het reglement.
- 6.10. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij en zijn gezinsleden meer uren zorg aan erflaatster hebben verleend dan was geïndiceerd. De reden dat geen nieuwe aanvraag is ingediend, is er volgens



hem in gelegen dat de ziektekostenverzekeraar erg lang deed over het beslissen op de eerdere aanvraag. Daarnaast zou hem door een medewerker van de ziektekostenverzekeraar zijn gezegd te wachten met een nieuwe aanvraag totdat op de eerdere aanvraag was beslist. Het is juist dat de ziektekostenverzekeraar niet snel op de aanvraag heeft beslist. De oorzaak hiervan was echter mede het feit dat de zorgplannen die door de wijkverpleegkundige waren opgesteld, niet voldeden aan de hiervoor geldende voorwaarden. Bovendien was aanvankelijk sprake van één (informele) zorgverlener die meer dan 40 uren per week zorg zou verlenen. Dat onder het kopje “vervanging” de naam van de dochter vermeld stond, maakt niet dat voor de ziektekostenverzekeraar duidelijk had moeten zijn dat er geen sprake was van één zorgverlener. Hierdoor waren meerdere contacten over en weer nodig en ging er nog meer tijd overheen voordat op de aanvraag kon worden beslist. In het reglement is niet bepaald dat moet worden gewacht met een nieuwe aanvraag totdat is beslist op een eerder ingediende aanvraag. Integendeel, in het reglement staat in artikel 8, vierde lid, dat als de zorgvraag wijzigt, een nieuwe indicatie moet worden gevraagd aan een wijkverpleegkundige. Niet gebleken is dat een nieuwe indicatie is gesteld of dat een nieuwe aanvraag is ingediend. De telefoongesprekken waaraan verzoeker refereert, zijn niet schriftelijk vastgelegd, zodat niet is na te gaan wat er is besproken. Daarom kunnen deze niet leiden tot een ander oordeel.




6.11. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies



7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 15 januari 2021,



H.A.J. Kroon

# BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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



## 29 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel 18, 30 en 31 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen' staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen en landelijk kwaliteitskader van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

U heeft recht op verpleging en verzorging als deze verband houdt met de behoefte aan de geneeskundige zorg of een hoog risico daarop bestaat.

Voor kinderen tot 18 jaar kan verpleging en verzorging ook geleverd worden in een medisch kinderdagverblijf of kindershospice.

**Let op!** Voor bepaalde doelgroepen is het mogelijk om een persoonsgebonden budget (Zvw-pgb) aan te vragen, waarmee u zelf uw verpleging en verzorging voor in de eigen omgeving kunt inkopen. Voor welke doelgroepen dit geldt en welke voorwaarden hieraan verbonden zijn, leest u in het Reglement Zvw-pgb. Dit reglement maakt deel uit van deze polis en kunt u vinden op onze website of bij ons opvragen.

### Voorwaarden voor het recht op verpleging en verzorging in de eigen omgeving

- 1a Voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door een BIG-geregisteerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld.
- b Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde. De kinderarts of medisch specialist blijft hierbij eindverantwoordelijk voor de behandeling. Als blijkt dat het om intensieve kindzorg gaat dan dient de HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie Intensieve Kindzorg (BIKZ). Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op de arbeidsmarkt, kan er contact met ons worden opgenomen om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen. De indicatie dient gesteld te worden in aanwezigheid van uzelf in de thuissituatie. Een BIG-geregisteerde HBO-verpleegkundige moet voor de start van de zorglevering een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Met het stellen van een indicatie bedoelen wij het proces waarbij door de wijkverpleegkundige en in samenspraak met u wordt bepaald welke zorg u nodig heeft gezien uw individuele situatie en welke resultaten men wil bereiken. Binnen de indicatiestelling valt ook het vastleggen van de gemaakte afspraken in een zorgplan en het vertalen van de behoefte aan zorg in uren verpleging en verzorging. In het zorgplan legt de BIG-geregisteerde HBO-verpleegkundige de zorgvraag en zorglevering vast. Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt in het aantal uur verzorging en het aantal uur verpleging. De indicatie moet zijn opgesteld volgens de 6 normen uit het document 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving'.
- 2 Bij palliatief terminale zorg is er een verklaring nodig van de behandelend arts. Uit de verklaring moet blijken dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden. De aard, inhoud en omvang van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan. De uitvoering moet plaatsvinden conform de inzichten uit de Zorgmodule palliatieve zorg (landelijk vastgesteld in 2013) of het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- 3 Voor gespecialiseerde verpleging moet vooraf een uitvoeringsverzoek worden opgesteld door een medisch specialist. De gespecialiseerde verpleging moet worden verleend door een BIG-geregisteerde verpleegkundige die bevoegd en bekwaam is voor de zorg die nodig is voor de aandoening. De aard, omvang en inhoud van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan.

### Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft:

- a u heeft volgens dit artikel geen recht op kraamzorg. Dat wordt vergoed via artikel 34 van de 'Verzekerde zorg basisverzekeringen';
- b u heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
- c u heeft geen recht op gebruikelijke zorg. Onder gebruikelijke 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.

### Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

**Let op!** Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel 4 van de 'Algemene voorwaarden basisverzekeringen'.

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [www.zk.nl/zorgzoeker](http://www.zk.nl/zorgzoeker) of neem contact met ons op. Een lijst met de (indicatieve) hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde zorgverleners vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

**Let op!** Binnen de wijkverpleegkundige zorg constateren wij dat er sprake is van grote kwaliteitsverschillen in levering van zorg. Kwalitatief goede zorg vinden wij belangrijk. Om die reden zien wij strikt toe op de kwaliteitseisen die wij stellen aan onze gecontracteerde zorgverleners. Om te borgen dat ook de zorg die wordt geleverd door zorgverleners die wij niet contracteren voldoet aan onze eisen, hebben wij een machtigingsprocedure ingericht. Voor klanten die gebruik (willen) maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener gelden de onderstaande aanvullende voorwaarden. Wij willen u er op wijzen dat wanneer u gebruik maakt van niet gecontracteerde zorgverleners de afhandeltijd van nota's langer duurt. Wij wijzen u erop dat we in alle regio's ruim voldoende zorgaanbieders hebben gecontracteerd.

### Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener

- 1 Maakt u gebruik van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener? Dan moet u vooraf toestemming bij ons aanvragen. Voor het aanvragen van toestemming dient u gebruik maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg' welke u kunt vinden op onze website. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u het volgende opsturen:
  - de indicatie en het zorgplan (opgesteld conform de bovengenoemde voorwaarden);
  - het diploma van de BIG-geregisteerde HBO-verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld;
  - en in het geval van palliatief terminale zorg de verklaring, waaruit blijkt dat de ingeschatte levensduur minder dan 3 maanden bedraagt.Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.
- 2 U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.





# Reglement Zorgverzekeringswet Persoonsgebonden Budget (Zvw-pgb)

Ingangsdatum 1 januari 2019

Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. inclusief Pro Life, ZieZo,  
Interpolis Zorgverzekeringen N.V. en OZF Zorgverzekeringen N.V.  
FBTO Zorgverzekeringen N.V.  
Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V.

## Artikel 1 Over het reglement

### 1.1 Waarom een reglement?

In de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering staat waarop u recht heeft, maar niet tot in detail. Voor verpleging en verzorging in de eigen omgeving is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om voor deze zorg een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna te noemen Zvw-pgb) aan te vragen waarmee u zelf uw zorg kunt inkopen. In dit reglement vindt u meer informatie over het Zvw-pgb, de voorwaarden om hiervoor in aanmerking te komen, hoe u dit kunt aanvragen en informatie over de toekenning en het declareren van het Zvw-pgb. Dit reglement maakt onderdeel uit van uw polisvoorwaarden.

Bij tegenstrijdigheden tussen de polisvoorwaarden en het PGB-reglement heeft dit PGB-reglement voorrang.

### 1.2 Hoe is het reglement tot stand gekomen?

U heeft recht op verpleging en verzorging zoals deze is opgenomen in de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering, onder artikel 29 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal). Dit recht vloeit voort uit de meest recente versie van:

- a) De Zorgverzekeringswet;
- b) het Besluit zorgverzekering;
- c) de Regeling zorgverzekering;
- d) de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- e) interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- f) de 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.

Wij hebben deze nadere voorwaarden vastgesteld in dit reglement. Deze nadere voorwaarden zijn ontleend aan het gewijzigde artikel 2.15a van het Besluit.

### 1.3 Waarop is dit reglement van toepassing?

Het reglement Zvw-pgb is van toepassing, als u een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft, bij:

- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Basis Zeker, Basis Exclusief, Basis Budget, ZieZo Basis en ZieZo Selectief;
- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), onder de naam Pro Life: Principe Polis, Principe Polis Budget en Principe Polis Restitutie;
- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), onder de naam OZF: OZF Zorgpolis;
- Interpolis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Interpolis ZorgActief en Interpolis ZorgCompact;
- FBTO Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Leeuwarden): FBTO Zorg basisverzekering naturapolis en FBTO Zorg basisverzekering restitutiepolis;
- Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): ZorgPlan Restitutie, ZorgPlan Natura en ZorgPlan Selectief;
- Volmacht van Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), die onder naam en voor rekening van Avéro Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), basisverzekeringen uitvoert. Dat is One Underwriting Health B.V. (statutair gevestigd te Eindhoven);
- Achmea Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Zeist).

Hierna te noemen: uw Zorgverzekeraar.

Dit reglement kan tussentijds aangepast worden indien er zwaarwegende omstandigheden zijn die hiertoe aanleiding geven, zoals wijzigingen in wet- en regelgeving, overheidsmaatregelen of andere zaken.

## Artikel 2 Doelgroep Zvw-pgb

U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb als u:

- 1 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.

**Let op!** Onder 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, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op 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 ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden.

## Artikel 3 Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

- 1 u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en/of verzorging zoals benoemd in artikel 2.1 van dit reglement die niet ouder is dan 3 maanden (hierbij gaan wij uit van de ontvangstdatum van uw pgb-aanvraag of -wijziging);

- 2 u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met behulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. Hiervan is in ieder geval geen sprake in de volgende situaties:
  - a u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
  - b u was binnen een periode van 5 jaar voorafgaand aan het indienen van de 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-rgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
  - d u heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal 4 maanden;
  - e u bent aangemeld bij het CAK (Centraal Administratie Kantoor) vanwege een premieachterstand, of er sprake is van opschorting van de premiebetaling bij het CAK;
  - f u valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend;
  - g u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard.
- 3 dat u naar ons oordeel in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het Zvw-rgb verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Dit houdt onder andere in contracten afsluiten met zorgverleners en taken verrichten zoals werving van personeel, het opstellen van uurroosters, het toezicht houden op nakoming zorgovereenkomsten. Zie hiervoor ook artikel 8 Verplichtingen;
- 4 dat u naar ons oordeel in staat bent op eigen kracht of met hulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger de zorgverleners waar u een overeenkomst mee heeft gesloten op zo'n manier aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat er sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
- 5 dat u naar ons oordeel op eigen kracht of met behulp van uw (wettelijk) vertegenwoordiger kunt motiveren dat u de zorg via een Zvw-rgb geleverd wil en kan krijgen. Dit moet blijken uit uw aanvraag en het daarbij behorende budgetplan.

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-rgb verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan u dient te voldoen om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-rgb.

#### **Artikel 4 Weigeringsgronden**

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

- 1 als blijkt dat u bij de eerdere verstrekking van een Zvw-rgb niet in staat bent geweest om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger u te houden aan de taken en verplichtingen van het Zvw-rgb;
- 2 u volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet beschikt over een woonadres;
- 3 uw vrijheid is ontnomen;
- 4 u geen medewerking (meer) verleent aan een (telefonisch) "bewuste keuze gesprek" en/of huisbezoek dat (eventueel) door ons wordt georganiseerd;
- 5 uit uw aanvraagformulier, het bewuste keuzegesprek en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-rgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
- 6 u zorg inkoopt bij uw (wettelijke) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (partner, bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad.);
- 7 u over meer dan één indicatie beschikt 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;
- 8 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/zij als hulppersoon of (wettelijke) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
  - b beschikt bijkens de basisregistratie personen niet over een woonadres;
  - c is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen;
  - d heeft binnen een periode van 3 jaar voorafgaand aan de pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnp) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;
  - e valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend;
  - f heeft surséance van betaling aangevraagd of verkeert in staat van faillissement of is failliet verklaard;
  - g biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het Zvw-rgb verbonden verplichtingen.
- 9 Er wordt geen Zvw-rgb verstrekt voor gebruikelijke zorg. Onder gebruikelijke 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-rgb**

- 1 Uw aanvraag voor een Zvw-rgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en (eventueel) een bewust keuze gesprek. U dient hiervoor de meest recente versie van het aanvraagformulier te gebruiken, dat u kunt vinden op onze website. U kunt dan in een persoonlijk gesprek uw Zvw-rgb aanvraag toelichten en wij kunnen u informeren wat de keuze voor een Zvw-rgb voor u betekent. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3 en niet voldoet aan de weigeringsgronden uit artikel 4, krijgt u toestemming voor een Zvw-rgb.
- 2 Als wij hierom vragen bent u verplicht nadere informatie te verstrekken (of uw verpleegkundige, dan wel huisarts te machtigen nadere informatie te verstrekken) aan onze medisch adviseur of zorginhoudelijk adviseur.

- 3 a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar bent u in het bezit van een door een BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld.
- b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een BIG-geregistreeerde HBO kinderverpleegkundige of een verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkundige, die werkzaam is bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie Intensieve Kindzorg (BIKZ). Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op de arbeidsmarkt, kan er contact met ons worden opgenomen om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen. De indicatie dient gesteld te worden in aanwezigheid van uzelf in de thuissituatie.
- 4 De benodigde uren van de indicatie zijn gebaseerd op de tijd die nodig is voor zorgverlening door een formele zorgverlener onder normale omstandigheden. Er wordt daarbij geen rekening gehouden met de persoonlijke omstandigheden van degene die de zorg daadwerkelijk verleent of de omgeving waarin de zorg wordt verleend.
- 5 Voor gespecialiseerde verpleging bent u in het bezit van een uitvoeringsverzoek van een medisch specialist. Met deze verklaring kan door een BIG-geregistreeerde HBO-verpleegkundige een indicatie worden opgesteld die voldoet aan de eisen van artikel 5.3.
- 6 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. U en wij hebben de mogelijkheid om gebruik te maken van een tolk bij het voeren van het bewuste keuzegesprek en/of huisbezoek.
- 7 Is er sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, dient u aan te kunnen tonen hoe u er voor zorgt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen te verrichten.
- 8 Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandeld arts toe te voegen, waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden. Indien een PTZ aanvraag verlengd moet worden is het vanaf 2 weken voor het einde van het aflopen van het bestaande Zvw-pgb mogelijk om een (her)indicatie te laten stellen. Wij raden u aan om na deze indicatiestelling de aanvraag zo spoedig mogelijk in te sturen.
- 9 De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn: uw (wettelijke) vertegenwoordiger, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn. Ook mag de indicatie niet gesteld worden door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons gecontracteerde zorgverlener is.
- 10 Als u of wij vragen hebben over de indicatiestelling dan kunt u of wij deze vraag stellen aan de indicerende verpleegkundige. En als het gaat om zorg die geïndiceerd is, maar niet onder verpleging en verzorging in de eigen omgeving valt, zoals dat beschreven staat in artikel 28 van uw basisverzekering, dan kunnen wij de indicerende verpleegkundige vragen deze indicatie aan te passen.
- 11 Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Voor de zorg die wij niet doelmatig vinden, kennen wij geen Zvw-pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij uw indicatie geanonimiseerd voor advies voorleggen aan een onafhankelijke derde partij.
- 12 Op het aanvraagformulier dient u 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(s) door ziekte, vakantie of anderszins.
- 13 Indien u heeft verbleven in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zorgverzekeringswet dan wel in een voorziening voor Eerstelijns Verblijf (ELV), kunt u weer gebruik maken van uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen, tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd. U heeft wel een nieuwe aanvraag nodig als u langer dan 60 dagen opgenomen bent in een Wlz-instelling, ziekenhuis of in een voorziening voor Eerstelijns Verblijf.
- 14 Indien u een combinatie wenst van Zorg In Natura (ZIN) en zorg via een Zvw-pgb dan is dat mogelijk. Daar stellen wij de volgende voorwaarden aan:
  - a De indicatie mag maar door 1 zorgverlener worden gesteld.
  - b Vanuit het Zvw-pgb moet minimaal 1 zorgverlener worden betaald die niet door ons is gecontracteerd.
  - c Zorg die aan u wordt geleverd door een door ons gecontracteerde aanbieder, wordt altijd rechtstreeks door de zorgverlener bij ons gedeclareerd en valt dus buiten uw Zvw-pgb. Het Zvw-pgb wordt hierop aangepast.

## Artikel 6 Toekenningsverklaring

- 1 De ingangsdatum van een eerste toegekende Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb bij uw eerste aanvraag ook op een latere datum in laten gaan.
- 2 In afwijking van artikel 6.1 is bij een herindicatie de ingangsdatum van het Zvw-pgb de datum van ingang van de geldende herindicatie, als aan de volgende voorwaarden is voldaan:
  - a op grond van de voorgaande indicatie was u een Zvw-pgb toegekend;
  - b de ingangsdatum van de geldende herindicatie ligt niet later dan de dag volgend op de datum van beëindiging van de voorgaande indicatie;
  - c wij hebben uw aanvraag voor een Zvw-pgb ontvangen binnen 4 weken na de datum van ingang van de geldende herindicatie. Wanneer uit de herindicatie blijkt dat uw zorgvraag is veranderd, dan gaat de wijziging van het Zvw-pgb in, op de dag dat de wijkverpleegkundige de wijziging heeft vastgesteld.
- 3 In de schriftelijke toekenningsverklaring of bevestiging via elektronische weg, die wij u toesturen, leggen wij de periode van toekenning van het Zvw-pgb en de hoogte van het budgetbedrag dat over deze periode maximaal wordt vergoed 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. Als u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe indicatie aanvragen bij uw wijkverpleegkundige en vervolgens een nieuwe pgb-aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5. Beschikt u al over een toekenningsverklaring met een looptijd van 5 jaar, dan blijft deze geldig tenzij de zorgvraag wijzigt.
- 4 Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-pgb gaan wij uit van aangevraagde uren Zvw-pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.
- 5 Het budget wordt per kalenderjaar (of deel van een kalenderjaar) berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld. U ontvangt hierover automatisch een bericht van ons.

- 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 heeft gedeclareerd, dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel uitbetaalde pgb terug te betalen.
- 7 De toekenning of afwijzing van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.
- 8 Als u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al zorg in natura heeft of als u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg heeft op het moment dat u een aanvraag voor een Zvw-pgb indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het Zvw-pgb, zoals opgenomen in de toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u bij deze zorgverlener(s) uw zorg blijft afnemen.
- 9 Op ons besluit is de klachten- en geschillenregeling van de algemene polisvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing. Meer informatie hierover vindt u in artikel 18 van de algemene voorwaarden van uw basisverzekering. Tijdens de behandeling van uw klacht en tijdens de behandeling bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) zorgen wij, indien nodig in overleg met u, er voor dat u de benodigde zorg ontvangt. U houdt recht op verpleging en verzorging in de vorm zorg in natura of restitutie, zoals in artikel 28 verpleging en verzorging in uw polisvoorwaarden is beschreven.

## 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 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. Wij vergoeden alleen daadwerkelijke geleverde zorg die in lijn is met de indicatiestelling, pgb-aanvraag en toekenningsverklaring. Voor de declaratie van uw nota's gebruikt u de daartoe bestemde formulieren. U kunt deze formulieren vinden op onze website of bij ons opvragen. Als wij constateren dat de gedeclareerde zorg niet in lijn is met de indicatiestelling, pgb-aanvraag en toestemming, dan behouden wij ons het recht voor om deze gedeclareerde zorg achteraf alsnog af te wijzen.
- 3 Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Wij verlenen geen voorschot.
- 4 Door inzending van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg. In de algemene voorwaarden van uw zorgverzekering artikel 5.4 stellen wij verplichtingen als u zelf nota's declareert. Hier is omschreven waaraan een nota moet voldoen om in aanmerking te komen voor vergoeding
- 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 3 maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Hiermee kunt u een actueel beeld houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.
- 7 Indiciestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in art. 2.1. beschreven, casemanagement en verpleegkundige dagopvang en verblijf bij Intensieve KindZorg worden niet vergoed uit het Zvw-pgb. Deze zorg zal afhankelijk van uw basisverzekering als zorg in natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed op basis van artikel 28 verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal) van uw basisverzekering.

### 7.2 Hoogte en omvang declaratie

Voor de besteding van het budget, declaratie en vergoeding van de zorg worden verschillende tarieven gehanteerd voor formele zorgverleners en informele zorgverleners.

- 1 Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

Omschrijving	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	€ 34,20	€ 2,85
Verpleging	€ 53,04	€ 4,42

- 2 Voor informele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

Omschrijving	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	€ 23,00	€ 1,92
Verpleging	€ 23,00	€ 1,92

- 3 Onder **informele zorgverleners** vallen zorgverleners die:
  - a Een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad is en/of;
  - b niet is ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
  - 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 Handelsregister.
- 4 **Formele zorgverleners** zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in artikel 7.2.1 genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.
- 5 Zowel het formele als het informele tarief zijn "all-in tarieven". Dit betekent dat u naast het tarief geen andere kosten kunt declareren, zoals reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en andere werkgeverslasten.

### 7.3 Overige bepalingen ten behoeve van declareren

- 1 U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig uitbetalen 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 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.
- 3 Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw Zvw-pgb wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende budgetperiode.
- 4 Wij vergoeden geen nota's meer uit uw budget als de maximale hoogte van het toegekende jaarbudget of maximaal aantal toegekende uren uit uw Zvw-pgb is bereikt, of naar rato als het Zvw-pgb voortijdig wordt beëindigd. Eventueel te veel uitbetaalde declaraties worden door ons rechtstreeks bij u teruggevorderd.
- 5 In de algemene voorwaarden van uw zorgverzekering is opgenomen in artikel 6.10 en 7.10 dat wij openstaande bedragen aan verplicht of vrijwillig eigen risico mogen verrekenen met uw Zvw-pgb declaraties. Daarnaast is in artikel 9.2 opgenomen dat wij achterstallige premie mogen verrekenen met uw Zvw-pgb declaraties.
- 6 Als u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgverleners inhuren, is dat alleen mogelijk op basis van het informele tarief.
- 7 Wij betalen de nota's alleen uit aan het bij ons bekende rekeningnummer van u (verzekeringnemer). Wij betalen dus niet rechtstreeks uit aan zorgverleners e.a.

### 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 van u zelf
  - NAW gegevens zorgverlener
  - relatie tussen u 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
  - AGB-code indien het een formele zorgverlener betreft
  - ondertekening door u of uw (wettelijke) vertegenwoordiger en zorgverlenerWij kunnen deze overeenkomst(en) bij u opvragen. Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op onze website.
- 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 veertig uur in één week voor de verzekerde aan werkzaamheden verrichten. Op 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 zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoop. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.
- 4 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. U dient deel II van het aanvraagformulier Zvw-pgb op te sturen als:
  - u van zorgverlener(s) verandert,
  - er wijzigingen zijn in uw keuze van zorgverlener, of
  - als de zorgverlener Zorg in Natura en zorg via het pgb aan u levert.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. U bent verplicht om minstens eenmaal per jaar 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 dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, u verplicht bent om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een aanvraagformulier in te vullen en in te dienen.
- 5 U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in overeenstemming is met de gestelde indicatie.
- 6 U bent verplicht om een dossier Zvw-pgb te beheren en na het beëindigen van het Zvw-pgb voor minimaal 5 jaar te bewaren. Dit dossier bevat tenminste:
  - a de volledige pgb-aanvraagformulierenset inclusief bijlagen, indicatie en zorgovereenkomsten,
  - b facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat,
  - c bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB),
  - d kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties.
  - e een beschikking van de rechtbank als u een wettelijk vertegenwoordiger heeft.
- 7 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 U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige, huisarts of medisch specialist om uw (medische) gegevens omtrent de Zvw-pgb aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien, op het moment dat het nodig is voor een juiste uitvoering van uw verzekering. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur of zorginhoudelijk adviseur.

- 9 Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toekenningsverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de (maximaal tot de vermelde einddatum van de indicatie) geldige toekenningsverklaring over. U dient deze wel zelf op te sturen naar de nieuwe zorgverzekeraar. Het vermelde aantal uren voor verpleging, verzorging en MSVT blijft gelijk. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken omdat iedere zorgverzekeraar haar eigen tarieven hanteert. Wij adviseren u om deze toekenningsverklaring te bewaren zolang hij geldig is. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen. Na overstap gelden verder de voorwaarden uit het reglement van de nieuwe zorgverzekeraar.
- 10 U dient elke wijziging van (wettelijke) vertegenwoordiger aan ons door te geven via het aanvraagformulier Zvw-pgb deel II, die u kunt vinden op onze website of bij ons op kunt vragen.
- 11 U bent verplicht om mee te werken aan een huisbezoek (aangekondigd/onaangekondigd), als wij dat nodig vinden, bijvoorbeeld voor controledoelinden.
- 12 Als u alleen zorg inkoop bij informele zorgverleners en het aantal uren verpleging en verzorging per week hoger is dan 24 uur dan kunnen wij de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een formele zorgverlener.

### **Artikel 9 Herziening of intrekking**

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

- 1 u niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden;
- 2 u voldoet aan een van de weigeringsgronden;
- 3 u niet voldoet aan de in dit reglement gestelde verplichtingen en voorwaarden;
- 4 u recht heeft op zorg vanuit de Wet langdurige zorg;
- 5 u om beëindiging van het Zvw-pgb verzoekt;
- 6 u langer dan twee maanden verblijft in een instelling i.v.m. zorg die ten laste komt van de basisverzekering;
- 7 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;
- 8 u de informatie die wij bij u opvragen niet, dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
- 9 u niet meewerkt aan een dossieronderzoek (o.a. een huisbezoek);
- 10 er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen;
- 11 u gedurende de looptijd van het Zvw-pgb een nieuwe (wettelijke) vertegenwoordiger aanwijst, dan wel voor het eerst met een (wettelijke) 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 (wettelijke) vertegenwoordiger direct door te geven via het aanvraagformulier Zvw-pgb deel II, die u kunt vinden op onze website.
- 12 u Zorg in Natura afneemt bij zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier hebt aangegeven.

Na uw ontslag uit de betreffende instellingen, zoals genoemd onder 6. kunt u opnieuw een Zvw-pgb aanvragen. In de situaties zoals beschreven onder 1, 2, 4, 5, 11 en 12 moet u zelf aangeven dat het Zvw-pgb beëindigd moet worden. U kunt daarvoor gebruik maken van het aanvraagformulier Zvw-pgb deel II dat u kunt vinden op onze website of bij ons kunt opvragen. Voor de situatie zoals beschreven onder f, 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. Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag na de opname is gewijzigd, moet u een nieuwe indicatiestelling aanvragen bij de verpleegkundige. In dat geval vragen wij u wel een volledig nieuwe pgb-aanvraag in te dienen.

### **Artikel 10 Beëindigen van het Zvw-pgb**

- 10.1 Uw recht op het Zvw-pgb eindigt automatisch met ingang van de dag waarop:
  - a u niet langer behoort tot de in artikel 2 bedoelde specifieke doelgroep,
  - b de zorg waaraan u behoefte heeft, kan worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringswet, zoals de Wet langdurige zorg of de Wet maatschappelijke ondersteuning,
  - c u failliet bent verklaard of de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) op u van toepassing is verklaard,
  - d u bij de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres,
  - e rechtens uw vrijheid is ontnomen,
  - f u met uw Zvw-pgb uitsluitend nog zorg inkoop 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 het Zvw-pgb ook beëindigen:
  - a met ingang van de dag waarop u niet langer in staat bent om op eigen kracht te voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden en u ook geen hulp van een vertegenwoordiger heeft,
  - b met ingang van de dag waarop uw vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden):
    - 1 niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is,
    - 2 bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
    - 3 bij de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres,
    - 4 zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen,
    - 5 valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet 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.

### **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 Begripsbepalingen**

#### **Gespecialiseerde verpleging**

Gespecialiseerde verpleging is zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden met het oog op herstel van gezondheid, of voorkomen van verergering van ziekte of aandoening door onder andere verlichting van lijden en ongemak. Deze verpleging houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Observatie/monitoring, de met verpleging vervlochten persoonlijke verzorging en begeleiding -waaronder hulp bij chronische gezondheidszorgproblemen en/of complexe zorgvragen - vallen ook onder deze prestatie. Hieronder valt ook de met gespecialiseerde verpleging vervlochten directe contacttijd bij beeldschermcommunicatie en farmaceutische telezorg. Hetzelfde geldt voor regie en coördinatie bij multidisciplinaire zorgverlening en ondersteuning en instructie rondom zaken die in directe relatie staan met de zorgbehoefte van de patiënt en desgevraagd aan naasten van de patiënt. Ook het oproepbaar zijn van de betreffende zorgaanbieder buiten de afgesproken vaste tijden om gespecialiseerde verpleging te kunnen leveren valt onder deze prestatie. Wanneer gespecialiseerde verpleging wordt geïndiceerd dan wordt dat als verpleging (VP) toegekend.

#### **Verpleging en verzorging**

Dit betreft de zorg zoals omschreven in artikel 2.10 Besluit zorgverzekering (Bzv), per 1 januari 2015:

- 1 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.
- 2 Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, valt niet verzorging aan verzekerden tot 18 jaar, tenzij er sprake is van verzorging vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap, waarbij:
  - a sprake is van behoefte aan permanent toezicht, of
  - b 24-uur per dag zorg in de nabijheid beschikbaar moet zijn en die zorg gepaard gaat met een of meer specifieke verpleegkundige handelingen.

#### **Vertegenwoordiger**

Een vertegenwoordiger is een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst uit uw familie (partner, 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.

Onder bloed- en aanverwanten verstaan wij:

- 1e graad: de (adoptie)ouders van u en van uw partner, de (adoptie)kinderen van u en van uw partner en hun partners (uw schoonzonen/schoondochters).
- 2e graad: de grootouders van u en van uw partner, de kleinkinderen van u en uw partner, de broers/zussen van u en van uw partner en hun partners (uw schoonzussen/zwagers).
- uw partner: de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand;

- 1 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;
- 2 die niet beschikt over een geldig woonadres;
- 3 wiens vrijheid is ontnomen;
- 4 op wie de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, of daartoe een verzoek bij de rechtbank is ingediend;
- 5 die 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;
- 6 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 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. Wij hebben deze zorgverlener rechtstreeks gecontracteerd.

#### **Zorgverlener**

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

#### **Bijlagen**

Dit reglement bevat de volgende bijlagen die op onze website zijn terug te vinden:

- Zvw-pgb aanvraagformulieren-set. De Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set bestaat uit 2 delen:
  - (I) Verpleegkundig deel
  - (II) Verzekerde deel
- Declaratieformulier Zvw-pgb

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 13a

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

---

## **Besluit zorgverzekering**

---

### **Artikel 2.10**

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

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

### **Artikel 2.15a**

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

### **Artikel 2.15b**

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

### **Artikel 2.15c**

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

weigeringsgronden op ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger dan vermeld in het eerste, tweede en vierde lid.

4. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden en weigeringsgronden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger.

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste 23 euro per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.

### Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

### Artikel 2.29c

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