

# Anoniem Bindend Advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

( H.A.J. Kroon, drs. J.W. Heringa en M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202300659

### Partijen

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

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
  - 2) OWM CZ groep u.a. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de aanvraag voor een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 40 uren Persoonlijke Verzorging per week - die op 14 januari 2022 door de ziektekostenverzekeraar is ontvangen - alsnog wordt toegekend. Zij heeft toegelicht dat in haar bevolkingsgroep de zorg wordt geleverd door familie en hiervoor heeft zij het PGB vv nodig. De ziektekostenverzekeraar discrimineert haar vanwege haar Sinti-achtergrond en betalingsverleden. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat verzoekster een betalingsachterstand heeft met betrekking tot de premie, het eigen risico en een eigen bijdrage. Daarbij is verzoekster onder bewind gesteld. Naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar is verzoekster daarom niet in staat het PGB vv te beheren. Van discriminatie is geen sprake.
- 1.2. De commissie overweegt dat in het Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging (hierna: het Reglement) is bepaald dat een verzekerde naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Bij de beoordeling van de aanvraag voor een PGB vv wordt een aantal aspecten meegewogen, zoals het hebben van een betalingsachterstand in de premie. De commissie stelt vast dat bij verzoekster ten tijde van de aanvraag een betalingsachterstand in de premie bestond van zes maanden. Dat hiervoor een betalingsregeling was getroffen maakt dit niet anders. De commissie constateert verder dat verzoekster onder financieel bewind is gesteld en dat zij tot op heden een door de rechtbank toegewezen bewindvoerder heeft. Om deze redenen heeft de ziektekostenverzekeraar terechte zorgen over het beheer van het PGB vv. Zoals door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht, licht het niet voor de hand dat haar bewindvoerder naast het voeren van de financiële administratie tevens zorgdraagt voor het aansturen van de zorg in de praktijk. Verzoekster heeft het tegendeel gesteld noch aannemelijk gemaakt. Dat verzoekster een Sinti-achtergrond heeft kan niet ertoe leiden dat de bepalingen van het Reglement buiten toepassing worden gelaten, nu het hier gaat om de besteding van collectieve

middelen, waartoe zekerheden mogen worden verlangd, en de mogelijkheid bestaat van zorg in natura. Van discriminatie door de ziektekostenverzekeraar - dat wil zeggen ongerechtvaardigd onderscheid - is niet gebleken. Verzoekster heeft mogelijk wel aanspraak op zorg in natura indien een behoorlijke indicatiestelling plaatsvindt. Het verzoek wordt afgewezen.

- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Nadat haar zaak in behandeling was genomen door de Ombudsman Zorgverzekeringen, heeft verzoekster op 20 juli 2023 telefonisch verklaard dat zij het geschil wenst voor te leggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) en dat zij een uitspraak wenst. Op 21 juli 2023 is de ontvangst van het verzoek schriftelijk bevestigd door de commissie en is verzoekster gevraagd om aanvullende informatie. Op 14 september 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 10 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 oktober 2023 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 november 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Gemeenten Extra Uitgebreid (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.
- 3.2. Verzoekster heeft een indicatie voor verpleging en verzorging laten stellen in verband met restverschijnselen na een CVA in 2013. Bij verzoekster is sprake van hartfalen, astma en artrose. Daarbij heeft zij last van stemmingswisselingen, geheugenproblemen en coördinatieproblemen. Voor verzoekster is, op grond van de gestelde indicatie, bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een PGB vv op basis van 40 uren per week Persoonlijke Verzorging. Deze aanvraag is op 14 januari 2022 door de ziektekostenverzekeraar ontvangen.
- 3.3. Bij brief van 3 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de aanvraag voor een PGB vv is afgewezen, omdat uit de administratie blijkt dat verzoekster een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden heeft.
- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 7 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. Namens verzoekster is op 21 oktober 2022 een nieuwe PGB vv-aanvraag, gedateerd 11 juli 2022 op basis van 15 uren en 10 minuten Persoonlijke Verzorging ingediend bij de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft, na afwijzing van deze aanvraag, de ziektekostenverzekeraar niet om een heroverweging gevraagd.

#### 4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de aanvraag - die op 14 januari 2022 door de ziektekostenverzekeraar is ontvangen - voor een PGB vv op basis van 40 uren Persoonlijke Verzorging alsnog wordt goedgekeurd.
- 4.2. Verzoekster heeft in haar brief van 7 maart 2023 aangevoerd dat van een betalingsachterstand in de premie van vier maanden geen sprake is. Met voornoemde brief heeft zij ook een beschikking van de rechtbank Oost-Brabant van 18 juni 2020 meegestuurd. Door de kantonrechter is bepaald dat verzoekster, vanwege verkwisting of het hebben van problematische schulden, tijdelijk of duurzaam niet in staat is ten volle haar vermogensrechtelijke belangen behoorlijk waar te nemen. Verzoekster verwijst in voornoemde brief naar een verklaring van de bewindvoerder en de ambulant hulpverlener, waarin beiden stellen dat voor de openstaande schuld intussen een betalingsregeling is getroffen. Daarbij verzoeken zij om heroverweging van de beslissing, omdat verzoekster behoort tot de Sinti en deze bevolkingsgroep vanuit traditie geen persoonlijke zorg van buitenaf accepteert. De familie dient voor elkaar te zorgen, en daarom is een aanvraag voor een PGB vv gedaan. Verzoekster heeft verder, in haar brief van 10 juli 2023, verklaard dat er bij onderbewindstelling een betalingsregeling geldt voor alle betalingsverplichtingen. Om deze reden kan geen bewijs worden geleverd dat er geen sprake is van een betalingsachterstand. Volgens verzoekster kan het niet zo zijn dat mensen die onder bewind zijn gesteld niet in aanmerking kunnen komen voor een PGB vv. Dit zou volgens verzoekster discriminatoir zijn.
- 4.3. Verzoekster stelt voorts dat de ziektekostenverzekeraar discrimineert op basis van haar achtergrond. Volgens verzoekster zou het niet kunnen beheren van de administratie geen reden mogen zijn een aanvraag voor een PGB vv te weigeren. Zij wordt nu immers ondersteund door de bewindvoerder en maatschappelijk ondersteuner. Uit het zorgplan blijkt dat er sprake is van een zorgbehoefte en dat zij daarom in aanmerking dient te komen voor een PGB vv. Zeker nu het binnen haar cultuur noodzakelijk is, althans gebruikelijk, dat de familie zorg draagt voor de benodigde hulp. Het kan dan volgens verzoekster ook niet zo zijn dat onderscheid wordt gemaakt tussen haar en haar andere familieleden, die wél aanspraak kunnen maken op een PGB vv, en waarbij iemand van de familie de zorg biedt. Er wordt naar het inzicht van verzoekster ook in deze zin gediscrimineerd door de ziektekostenverzekeraar.
- 4.4. Verzoekster heeft in haar brief van 7 maart 2023 nog gesteld dat de aanvraag - ontvangen door de ziektekostenverzekeraar op 14 januari 2022 - compleet was. Na tussenkomst van de bewindvoerder zijn alle gevraagde gegevens verstrekt.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat zij in de breedste zin van het woord wordt ondersteund door haar ambulant hulpverlener en dat de bewindvoerder financieel alles op orde heeft. Volgens verzoekster mag de ziektekostenverzekeraar er daarom op vertrouwen dat het PGB vv op de juiste manier wordt beheerd. Verzoekster heeft verklaard dat in haar situatie meer maatwerk nodig is. Er is volgens haar niet zorgvuldig onderzocht of aan alle randvoorwaarden is voldaan. Verzoekster stelt dat de ziektekostenverzekeraar had kunnen vragen naar de samenwerking van de bewindvoerder en de ambulant hulpverlener. Zij stelt het wel op prijs dat zij een nieuwe aanvraag kan indienen, waarbij een eventuele derde het beheer van het PGB vv op zich kan nemen. Verzoekster heeft voorts verklaard dat zij zich gediscrimineerd voelt en dat dit bij haar heel gevoelig ligt.
- 4.6. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 3 maart 2022 verklaard dat uit de administratie blijkt dat bij verzoekster sprake is van een betalingsachterstand van minimaal vier maandpremies. Daarbij heeft hij verwezen naar artikel 3 van het Reglement. In zijn brief van 7 juni 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat in het Reglement de voorwaarden voor toegang tot een PGB vv staan beschreven. In artikel 3.2 van het Reglement is bepaald dat een verzekerde naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Daarbij weegt het bepaalde onder d, - het bestaan van een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden - mee in de beoordeling. Indien naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar niet aan voorwaarden wordt voldaan, wordt een aanvraag voor een PGB vv niet goedgekeurd. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat in het geval van verzoekster nog zeven maandpremies openstaan en daarnaast een bedrag ter zake van het eigen risico en een eigen bijdrage. Volgens de ziektekostenverzekeraar is voor dit bedrag inmiddels een betalingsregeling getroffen die goed wordt nagekomen. Sinds halverwege 2020 wordt de premie voldaan door de bewindvoerder.
- 5.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat het Reglement is gebaseerd op een landelijk model en dat men destijds het verstrekken van een PGB vv onder de zorgverzekering wilde beperken tot mensen die in staat zijn een goede administratie te voeren en die verantwoord kunnen omgaan met de verplichtingen - waaronder de financiële verplichtingen - die gepaard gaan met een PGB vv. Dat verzoekster onder bewind staat wijst niet op het kunnen voeren van een goede administratie. Financiële bewindvoering is immers een middel dat wordt ingezet als iemand niet zelf kan zorg dragen voor het nakomen van financiële verplichtingen. De bewindvoerder kan de PGB vv administratie niet voor verzoekster voeren, want om dit goed te kunnen doen moet men betrokken zijn bij de dagelijkse zorgsituatie. Dat is bij bewindvoering vrijwel nooit het geval, omdat het hierbij alleen om administratieve handelingen op afstand gaat.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar stelt voorts in zijn brief van 7 juni 2022 aan verzoekster dat de aanvraag niet juist en niet volledig is ingevuld. De gegevens van de indicierend wijkverpleegkundige zijn niet bekend en ingevuld, ook de looptijd en overige informatie is niet ingevuld. Het aanvraagformulier is volledig geschreven met hetzelfde handschrift, zowel deel 1 als deel 2. Het is ook niet ondertekend door de indicierend wijkverpleegkundige. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts verklaard dat bij een zorgbehoefte voor persoonlijke verzorging en/of verpleging altijd gebruik gemaakt kan worden van de optie zorg in natura via een professionele thuiszorgorganisatie. Dat verzoekster behoort tot de Sinti en alleen zorg accepteert van haar familie is voor de ziektekostenverzekeraar geen reden af te wijken van het Reglement.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 10 oktober 2023 aan de commissie toegelicht dat door hem twee aanvragen zijn ontvangen. De eerste aanvraag bereikte de ziektekostenverzekeraar op 14 januari 2022 en deze was incompleet, omdat niet duidelijk was of en welke indicierend verpleegkundige het verpleegkundig deel had ingevuld. Daarnaast ontbraken de naam en gegevens en werd geen zorgplan meegestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag afgewezen op basis van het formeel toegangsvereiste, zonder inhoudelijke beoordeling. Volgens de adviserend verpleegkundige zou de aanvraag ook op inhoud niet zonder meer zijn goedgekeurd. Zo is de indicatie onnavolgbaar en niet volgens de V&VN normen gesteld. De ziektekostenverzekeraar heeft hierbij opgemerkt dat in de periode van eind 2021 en begin 2022 geen nota is aangetroffen van een indicatiestelling. Wat betreft de tweede aanvraag, gedateerd 11 juli 2022, heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat deze door hem is ontvangen op 21 oktober 2022. Deze aanvraag is eveneens afgewezen op basis van de betalingsachterstand. Een verzoek tot heroverweging is door de ziektekostenverzekeraar niet

ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts nog opgemerkt dat de indicatie conform artikel 3.1 van het Reglement te laat is ontvangen, omdat deze indicatie niet ouder dan drie maanden mag zijn. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar beschreven waarover de adviserend verpleegkundige vragen zou hebben gesteld en waar een eventuele aanvraag in de toekomst aan moet voldoen. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat verzoekster verzekerd is op de polis van haar echtgenoot. Volgens de ziektekostenverzekeraar was het daarom in eerste instantie niet opgevallen dat de achterstand bij haar echtgenoot werd gevorderd. De terugvordering en de bevestiging van de betalingsregeling werden daarom gericht aan haar echtgenoot.

- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij voornoemde brief de bevestiging van de betalingsregeling van 25 januari 2022 meegestuurd. Hierbij hoorde een specificatie van de destijds aanwezige achterstand van onder andere zes maandpremies. Het is gebruikelijk dat echtparen samen zijn verzekerd op één polis. Een premieachterstand op de polis van de verzekeringnemer leidt in dat geval echter ook tot zorg over de geschiktheid van de medeverzekerde, in dit geval verzoekster. Volgens de ziektekostenverzekeraar zijn er namelijk geen aanwijzingen dat verzoekster bij een polis op eigen naam geen problemen zou hebben met de verplichting tot betaling van de premie. De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband verklaard dat hij verzoekster heeft aangeboden over te stappen naar een eigen polis. Hierop heeft zij niet gereageerd. Volgens de ziektekostenverzekeraar wijst de stabilisatieovereenkomst, die op 24 juli 2023 is ontvangen, erop dat verzoekster in gemeenschap van goederen is getrouwd. Om die reden is zij hoofdelijk aansprakelijk voor de gehele betalingsachterstand. Ook als dit niet het geval was, blijft de ziektekostenverzekeraar bij zijn standpunt dat er zorgen zijn over verzoekster waar het gaat om het voldoen aan de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen. Voorts heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat - ook als er geen betaalachterstand bestond - een PGB vv zou worden geweigerd, omdat er bij verzoekster sprake is van bewindvoering. Op 18 juni 2020 is door de rechter bewindvoering uitgesproken. De bewindvoering is sindsdien niet opgeheven, en recent is door de bewindvoerder een stabilisatieovereenkomst aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Volgens de bewindvoerder en de maatschappelijk begeleider van verzoekster is een PGB vv, gelet op haar Sinti achtergrond, belangrijk. De ziektekostenverzekeraar merkt op dat het niet aannemelijk is dat binnen de familiekring niemand kan en wil zorg dragen voor de PGB-administratie en zorgaansturing, die nodig is conform artikel 3.3. van het Reglement. De (wettelijk) vertegenwoordiger moet de administratie kunnen voeren op basis van de geleverde zorg en de zorg aansturen waar nodig.
- 5.6. Verder stelt de ziektekostenverzekeraar dat bij de afwijzing van de aanvraag voor het PGB vv geen ongerechtvaardigd onderscheid is gemaakt. Dat voor verzoekster zorg in natura (hierna: ZiN) geen optie is, begrijpt de ziektekostenverzekeraar. De persoonlijke voorkeur voor een PGB vv is echter voor elke verzekerde belangrijk, ongeacht of dit samenhangt met een religie, cultuur of andere persoonlijke context. Bij de afwijzing van de aanvraag was geen sprake van discriminatie.
- 5.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling nog aangevoerd dat de aanvraag in zijn geheel niet juist en onvolledig was ingevuld. Er ontbrak teveel, zodat het niet mogelijk was verzoekster alleen te vragen naar een eventuele samenwerking tussen de ambulante hulpverlener en de bewindvoerder. Volgens de ziektekostenverzekeraar was de premieachterstand reden voor de afwijzing. In de heroverweging is verklaard dat ook het bewind een reden voor afwijzing is. Naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar is verzoekster niet in staat de taken en verplichtingen van een PGB vv op zich te nemen. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat als er een derde zou zijn die verzoekster kan helpen met de financiële administratie rondom het PGB vv, maar ook de aansturing van de zorg kan regelen, een nieuwe aanvraag ingediend kan worden. Het beheer van het PGB vv dient in handen van één persoon te blijven. Volgens de ziektekostenverzekeraar zou deze derde wellicht in samenspraak met de bewindvoerder het beheer kunnen voeren. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens benadrukt dat van discriminatie geen sprake is. Dat er voor verzoekster persoonlijke omstandigheden zijn, zoals haar achtergrond, is geen reden haar uit te sluiten voor een PGB vv.

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

## 6. Bevoegdheid van de commissie

6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 7. Beoordeling

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

7.2. De commissie merkt in de eerste plaats op dat volgens haar vaste jurisprudentie met het indienen van een volgende aanvraag, de eerdere aanvraag komt te vervallen. In dit geval zou dat betekenen dat de commissie het verzoek niet in behandeling kan nemen omdat de ziektekostenverzekeraar niet is verzocht zijn afwijzende beslissing op de tweede aanvraag te heroverwegen, zoals vereist op basis van artikel 114, tweede lid, Zvw. Uit de stukken blijkt dat de aanvragen zijn afgewezen op dezelfde grond en dat aan beide de nodige inhoudelijke gebreken kleven. Het is de commissie dan ook niet duidelijk waarom is besloten een tweede aanvraag te doen. Om die reden, en gelet op het verzoek, ziet zij aanleiding de betreffende aanvraag in deze procedure volledig buiten beschouwing te laten, en de beoordeling te beperken tot de aanvraag die op 14 januari 2022 door de ziektekostenverzekeraar werd ontvangen. Met betrekking hiertoe geldt het volgende.

7.3. De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld in artikel B26 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het PGB vv is een financieringsvorm die nader is uitgewerkt in het Reglement.

7.4. Op grond van artikel 4.1 van het Reglement wordt een aanvraag voor een PGB vv geweigerd als niet wordt voldaan aan de voorwaarden in artikel 2 en/of 3 van het Reglement. De commissie overweegt dat in artikel 3.2 van het Reglement is bepaald dat naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar een verzekerde in staat moet zijn op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Bij de beoordeling van de aanvraag voor een PGB vv wordt een aantal aspecten meegewogen. De aanvraag dient volledig en juist te zijn ingevuld. In de aanvraag van verzoekster was de indicatie onduidelijk en het verpleegkundig deel was niet ondertekend. Ook het hebben van een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden wordt meegewogen. Bij brief van 10 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie een kopie van een brief van 25 januari 2022 met bijlage gestuurd. In die laatste brief wordt de betalingsregeling bevestigd, waarbij een specificatie van de openstaande vordering is gevoegd. De commissie stelt vast dat uit deze specificatie blijkt dat met betrekking tot de maanden augustus 2017, oktober 2017 tot en met december 2017, augustus 2020 en december 2020 een premieachterstand is ontstaan. Dat zijn meer dan vier maanden. De commissie concludeert dat op grond van artikel 3.2, sub d, van het Reglement de ziektekostenverzekeraar de aanvraag - door hem ontvangen op 14 januari 2022 - terecht is afgewezen.

7.5. Verzoekster stelt dat zij op dat moment een betalingsregeling had getroffen en dat om die reden de aanvraag had moeten worden goedgekeurd. De commissie kan verzoekster in deze stelling niet volgen. Het feit dat verzoekster, dan wel de bewindvoerder namens haar, een betalingsregeling

had getroffen met de ziektekostenverzekeraar betekent immers niet dat de aanleiding tot het ontstaan van de betalingsproblemen daarmee was weggenomen. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld dat er vanwege de onderbewindstelling zorgen zijn over het kunnen beheren van het PGB vv. Nu het financieel bewind voortduurt, kan de commissie deze zorgen begrijpen. Wat hierbij niet helpt is dat verzoekster niet is ingegaan op het aanbod voor een eigen zorgverzekering, welk aanbod - naar de commissie gelet op de wetgeving ter zake - reeds zal zijn gedaan toen op de polis van haar echtgenoot een premieachterstand van twee maanden was ontstaan. Sindsdien is deze achterstand verder opgelopen. Door de ziektekostenverzekeraar is er in dit verband op gewezen dat verzoekster en haar echtgenoot in gemeenschap van goederen zijn getrouwd, zodat ook zij op de bestaande achterstand kan worden aangesproken. In dat geval kan de continuïteit van de zorgverlening, gefinancierd vanuit het PGB vv, niet langer worden gegarandeerd.

- 7.6. Verzoekster heeft gesteld dat het binnen haar bevolkingsgroep gebruikelijk is dat de zorg wordt geleverd door de familie. Dit is alleen mogelijk door middel van een PGB vv. De commissie overweegt dat, wat daarvan ook zij, bij iedere verzekerde die kiest voor verpleging en verzorging, gefinancierd door middel van een PGB vv, daarvoor een voorkeur zal bestaan. Die voorkeur kan zijn ingegeven door praktische, religieuze, culturele of andere overwegingen. Dit kan evenwel er niet toe leiden dat voor deze verzekerden de bepalingen van het Reglement buiten toepassing blijven. De financiering uit collectieve middelen maakt dat zekerheden mogen worden verlangd, zoals de eis van het kunnen beheren van het PGB vv. Wie dat niet kan blijft niet van de geïndiceerde zorg verstoken, maar kan kiezen voor verpleging en/of verzorging in natura.
- 7.7. Volgens verzoekster wordt zij door de ziektekostenverzekeraar gediscrimineerd, zowel vanwege haar Sinti-achtergrond als vanwege haar betalingsverleden. De commissie merkt hierover op dat van discriminatie sprake is indien ongerechtvaardigd onderscheid wordt gemaakt. Dat verzoekster anders is behandeld vanwege haar Sinti-achtergrond blijkt nergens uit. De ziektekostenverzekeraar hanteert als objectieve grond dat iemand in staat moet zijn het PGB vv te beheren, zowel op het gebied van de PGB-administratie als met betrekking tot het aansturen van de zorg, al dan niet met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger. Zoals door de ziektekostenverzekeraar is toegelicht, licht het niet voor de hand dat haar bewindvoerder naast het voeren van de financiële administratie tevens zorgdraagt voor het aansturen van de zorg in de praktijk. Verzoekster heeft het tegendeel gesteld noch aannemelijk gemaakt. Dat verzoekster wordt gediscrimineerd blijkt evenmin. Feit is dat nog steeds een betalingsachterstand bestaat en dat het financieel bewind voortduurt. Zoals hiervoor is geconcludeerd, is dit voldoende om te oordelen dat verzoekster zelf niet tot beheer van het PGB vv in staat is. Uit het voorgaande volgt dat de aanvraag voor een PGB vv op basis van 40 uren Persoonlijke Verzorging terecht door de ziektekostenverzekeraar werd afgewezen. Aan een inhoudelijke beoordeling van de desbetreffende aanvraag wordt daarom niet toegekomen.

*Slotom*

- 7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 19 december 2023,

J.W. Heringa

**Informatie voor partijen**

*Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.*

*Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

**BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving

2. Voorwaarden zorgverzekering



defect/ontsteking onder de enkel) aangegeven in zogenaamde Simm's classificaties. Op basis van de Simm's classificatie in combinatie met andere niet oorzakelijke factoren wordt het zorgprofiel, zoals omschreven in de "Zorgmodule Preventie Diabetische Voetulcera 2014", vastgesteld:

- Zorgprofiel 2: voetonderzoek inclusief diagnostiek en behandeling ter voorkoming van ulcus bij een hoog risico op wond/amputatie zonder verhoogde druk;
- Zorgprofiel 3: voetonderzoek, podotherapeutische therapie(ën), controle, preventieve voetzorg en instrumentele behandeling bij een hoog risico op wond/amputatie met verhoogde druk;
- Zorgprofiel 4: voetonderzoek, podotherapeutische therapie(ën), controle, preventieve voetzorg en instrumentele behandeling bij een zeer hoog risico op wond/amputatie.

Het aantal behandelingen, onderzoeken en de inzet van diagnostiek wordt in een individueel behandelplan vastgelegd.

De zorg bij Diabetes Mellitus Type II kan ook verleend worden in de vorm van ketenzorg, volgens de geldende zorgstandaarden voor DM Type II. Zie daarvoor artikel A.17.3.

#### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Eigen risico is niet van toepassing, behalve als de zorg wordt geleverd door een medisch specialist in het ziekenhuis en onderdeel is van een DBC declaratie.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg extra of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- De zorg omvat niet persoonlijke verzorging zoals het verwijderen van eelt om verzorgende redenen of algemene nagelverzorging.
- U hebt geen recht op vergoeding van voetzorg buiten ketenzorg als u al voetzorg binnen ketenzorg ontvangt (of andersom) voor dezelfde aandoening.

### Voorwaarden

#### Algemeen

- Als het om ketenzorg gaat, vindt de declaratie van de zorg plaats via:
  - de hoofdaannemer (mogelijk podotherapeut) volgens de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde Beleidsregel "Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg" van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);

- de individuele, aangesloten zorgverleners met de zogenaamde "kosten voor organisatie en infrastructuur". Dit zijn de overheadkosten die door de hoofdaannemer worden gedeclareerd.

- De zorg kan bij u thuis plaatsvinden als dat medisch noodzakelijk is.

#### Zorgverlener

De zorg wordt geleverd door:

- een medisch specialist;
- een huisarts of een zorgverlener binnen de huisartsenpraktijk of huisartsendienstenstructuur (zoals een praktijkondersteuner, verpleegkundige of physician assistant). De zorgverlener binnen de huisartsenpraktijk of huisartsendienstenstructuur werkt onder de eindverantwoordelijkheid van de huisarts;
- een podotherapeut, die de zorg in onderaannemerschap kan delegeren aan de medisch pedicure of een pedicure met het certificaat 'voetverzorging bij diabetes' (aantekening DV);
- Als het om ketenzorg gaat, wordt de verzekerde zorg geleverd door een huisarts en/of andere zorgverlener die is aangesloten bij, of gecontracteerd door een hoofdaannemer.

#### Verwijzing

Als een podotherapeut of pedicure de zorg verleent, is een verwijzing nodig van een huisarts, medisch specialist, physician assistant of verpleegkundig specialist. In andere gevallen is geen verwijzing nodig.

#### Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

#### Tarieven

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

## B.24. Vervallen

## B.25. Zorg voor zintuiglijk beperkten

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

### Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Zorg voor zintuiglijk beperkten omvat multidisciplinaire geneeskundige zorg:

- in verband met een visuele beperking (zicht);
- in verband met een auditieve beperking (gehoor);
- voor kinderen en jong volwassenen tot de leeftijd van 23 jaar, die niet autistisch zijn en een communicatieve beperking (spraak) hebben als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis.

De zorg is gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren.

Het gaat om zorg zonder dat sprake is van opname en/of verblijf. Als het medisch noodzakelijk is en voldaan is aan de voorwaarden in het indicatieprotocol omvat deze zorg ook verblijf.

### Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.

## Voorwaarden

### Algemeen

- Er is sprake van een visuele beperking (volgens de NOG-richtlijnen voor diagnostiek). Dit is het geval indien:
  - een gezichtsscherpte van minder dan 0.3 aan het beste oog; of
  - een gezichtsveld van minder dan 30 graden;
  - een gezichtsscherpte tussen 0.3 en 0.5 aan het beste oog met daaraan gerelateerde ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren.
- Er is sprake van een auditieve beperking (volgens de FENAC-richtlijnen voor diagnostiek). Dit is het geval indien:
  - het drempelverlies bij het audiogram ten minste 35 dB bedraagt; of
  - als het drempelverlies groter is dan 25 dB.
- Er is sprake van communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (vastgesteld volgens multidisciplinaire diagnostiek conform de FENAC-richtlijnen). Dit is het geval indien:
  - de stoornis te herleiden is tot neurobiologische en/of neuropsychologische factoren;
  - 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.

Wijkverpleging 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.

### Persoonsgebonden Budget

In bepaalde gevallen kunt u voor wijkverpleging ook een Persoonsgebonden Budget (PGB) bij ons aanvragen. In het "Reglement Zvw-pgb in het kader van 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 aangesloten bij het netwerk (bijvoorbeeld een sociaal wijkteam, samenwerking van thuiszorgorganisaties en huisartsen en ziekenhuis) dat in de omgeving van verzekerde zorg en ondersteuning organiseert en 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.

De indicatiestelling omschrijft en onderbouwt hoeveel en hoe vaak u welke verpleging en verzorging nodig heeft. Dit moet de indicatiesteller vastleggen in een zorgplan. Het zorgplan en de indicatie moeten voldoen aan het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Wij beoordelen of het verpleegkundig proces in de indicatiestelling navolgt

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

**Geldig vanaf 1 januari 2022**

Het vorige reglement Zvw-pgb is hiermee vervallen

# Inhoud

---

Begripsbepalingen .....	1
Artikel 1: Inleiding .....	2
Artikel 2: Doelgroep Zvw-pgb.....	3
Artikel 3: Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb.....	4
Artikel 4: Weigeringsgronden .....	5
Artikel 5: Aanvraag Zvw-pgb .....	6
Artikel 6: Akkoordverklaring .....	8
Artikel 7: Declareren van zorg.....	9
Artikel 8: Verplichtingen.....	11
Artikel 9: Herziening of intrekking .....	14
Artikel 10: Beëindigen van het Zvw-pgb .....	15
Artikel 11: Terugvordering .....	16

## Begripsbepalingen

---

### ***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 hebt 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 wetwijzigingen. Wij informeren u hier dan over.

## 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 moet u:

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

2.3 Op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen 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 omschreven in artikel 2.1. van dit reglement. Over de voorwaarden die voor de indicatie gelden leest u meer in artikel 5 van dit Reglement en B.26 van de verzekeringsvoorwaarden. Op het moment dat de aanvraag is ontvangen bij ons, 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 met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit.

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

Als u naar ons oordeel niet voldoet aan alle bovenstaande voorwaarden, 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 Bij de indicatiestelling moet de wijkverpleegkundige volgens het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving' van de V&VN de afweging maken wat verzekerde en diens netwerk zelf kan oplossen. Dit betekent dat zij onder andere het netwerk van verzekerde in kaart brengt en vervolgens afweegt welke zorg op grond van belasting en belastbaarheid wel of niet van het netwerk verwacht kan worden. Van de zorg die van het netwerk verwacht kan worden, mag het deel dat door het netwerk wordt verleend, niet in de indicatie voor wijkverpleging meegenomen worden. Hiervoor krijgt u dan ook geen pgb. De afweging die de wijkverpleegkundige daarbij maakt, moet in de indicatie staan.

Onder netwerk wordt volgens het Begrippenkader van de V&VN verstaan: "naasten en mantelzorgers" zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden van verzekerde. Bij de indicatiestelling maakt de wijkverpleegkundige de afweging, gegeven de hele context van de verzekerde (zorgvrager), hoe de hulpvraag opgelost of hoe de interventie uitgevoerd kan worden. Zelfredzaamheid (samen met het eigen netwerk) is het uitgangspunt van het Normenkader.

## 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 en in uw aanwezigheid 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 gestelde indicatie. Deze stelt de indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging. De indicatie moet gesteld worden in de thuissituatie in aanwezigheid van uzelf (het kind) en de wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor). Als het u niet lukt om zorg in te kopen voor uw kind onder de 18 jaar kunt u contact opnemen met ons om tot een passende oplossing te komen.

Voor zowel a als b geldt ook het volgende: Degene die de indicatie stelt is aangesloten bij het netwerk (bijvoorbeeld een sociaal wijkteam, samenwerking van thuiszorgorganisaties en huisartsen en ziekenhuis) dat in de omgeving van verzekerde zorg en ondersteuning organiseert.

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 Is er sprake van voorbehouden of risicovolle handelingen? Dan moet u, als we u daarom vragen, aan kunnen tonen dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd.

### Risicovolle handelingen:

Bij een risicovolle handeling moet de aard, omvang en inhoud van de zorg uitgewerkt zijn in het zorgplan.

### Voorbehouden handelingen:

Gaat het om voorbehouden handelingen door een formele zorgverlener? Dan moet uw zorgverlener bevoegd en bekwaam zijn om deze handelingen uit te voeren. U moet, als we u daarom vragen, een uitvoeringsverzoek kunnen laten zien van een arts voor die handelingen en kunnen aantonen dat er wordt gewerkt overeenkomstig de 'handleiding voorbehouden handelingen in de (wijk) verpleging & verzorging' (ActiZ, 2019).

Bij informele zorgverleners moet u, als we u daarom vragen, kunnen aantonen dat de arts de zorgverlener voldoende bewust en bekwaam acht om de handeling verantwoord uit te voeren.

5.5 Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, moet uit de indicatie en/of het zorgplan 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, niet doelmatig is of dat de indicatiestelling niet voldoet aan het kader 'normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving (het normenkader)' van V&VN. In dat geval nemen wij contact op met de indicierend wijkverpleegkundige en vragen wij om een nadere uitleg en onderbouwing. Als na dat contact naar ons oordeel de zorg niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt, of niet doelmatig is, of de indicatie is niet gesteld volgens het normenkader, dan kennen wij voor die zorg geen Zvw-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 in deze situatie vragen om een herbeoordeling van de indicatie.

Wij kunnen een tweede, onafhankelijke wijkverpleegkundige vragen om de geldende indicatie opnieuw te beoordelen (herbeoordeling). De eerste wijkverpleegkundige behoudt de regie over de indicatie. Na de toetsing door een tweede wijkverpleegkundige moet het oordeel/advies van deze wijkverpleegkundige voorgelegd worden aan de eerste wijkverpleegkundige. Na overleg tussen beide wijkverpleegkundigen (intervisie) beoordeelt de eerste wijkverpleegkundige vervolgens of de herbeoordeling tot aanpassing van de indicatie leidt en moet dit ook kunnen onderbouwen.

U kunt ook om een herbeoordeling van de indicatie vragen, maar dit kan alleen met goedkeuring van ons. Wij kunnen die goedkeuring bijvoorbeeld weigeren als u al bij meerdere zorgverleners een indicatie heeft gekregen voor dezelfde periode, alvorens u een herbeoordeling aanvraagt.

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 Als de geldigheidsduur van uw akkoordverklaring is verstreken, kunt u uw Zvw-pgb alleen behouden door opnieuw een Zvw-pgb aan te vragen. Uw nieuwe Zvw-pgb gaat op zijn vroegst pas in op de datum waarop wij het volledig ingevulde aanvraagformulier van u hebben ontvangen. Vraag daarom tijdig vóór het verstrijken van de geldigheidsduur van uw huidige akkoordverklaring aan uw wijkverpleegkundige om het nieuwe aanvraagformulier in te vullen.

6.3 Als er sprake is van een tussentijdse herindicatie, dan kunt u uw Zvw-pgb alleen behouden door opnieuw een Zvw-pgb aan te vragen. Uw nieuwe Zvw-pgb gaat op zijn vroegst in op de datum waarop wij het volledige ingevulde aanvraagformulier van u hebben ontvangen.

6.4 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.

6.5 Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-pgb gaan wij uit van aangevraagde uren Zvw-pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.

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

6.7 Als uw zorgverzekering of uw Zvw-pgb voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Indien u meer zorg gedeclareerd hebt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel uitgekeerde terug te betalen.

Bij een tussentijdse herindicatie wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd of verhoogd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Indien u meer zorg gedeclareerd hebt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel terug te betalen.

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

6.9 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.

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 archiveert u in uw dossier. Het toesturen van het pgb-declaratieformulier is voldoende. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, Zvw-pgb aanvraag en akkoordverklaring mag gedeclareerd worden.

7.1.3 Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Door inzending van de declaratieformulieren geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze declaraties en de geleverde uren zorg.

7.1.4 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.

7.1.5 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.

7.1.6 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 in ieder geval zorgverleners die:

- ouders/verzorgers, partner, bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad zijn (deze personen kunnen in geen enkel geval aangemerkt worden als formele zorgverlener voor de betreffende budgethouder) en/of;
- geen verzorgenden met opleidingsniveau 3 of hoger zijn en/of;
- 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;

- d. 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.

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.

- a. Alleen de AGB-codes uit de categorieën 41 ZZP'er wijkverpleging, 42 zorgaanbieders, 75 thuiszorginstellingen, 91 verpleegkundigen of 98 declaranten/servicebureaus /zorgverzekeraars worden geaccepteerd. Uw zorgverlener moet daarnaast beschikken over het juiste diploma (verzorgende/verpleegkundige) en aantoonbaar voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. Wij kunnen bij u het diploma van uw formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan wij kunnen controleren of uw zorgverlener bevoegd is tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief.
- b. Formele zorgverleners die bekend zijn als EVR gesignaleerde aanbieders of waarbij een ernstig vermoeden van fraude is, worden uitgesloten van een vergoeding vanuit het Zvw-pgb.

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 moet u dit schriftelijk vooraf bij ons 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 Zvw-pgb, die hij/zij verricht op grond van een eventuele andere arbeidsrelatie naast de aan u te leveren zorg. Op het moment dat de bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad een dienstbetrekking heeft, waarbij het Arbeidstijdenbesluit wel 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.

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-pgb aanvraagformulier in te vullen en in te dienen. Bij een indicatiestelling die via een Zvw-pgb verzilverd wordt, is het verpleegkundig proces leidend. U bent verplicht om mee te werken aan een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd door de wijkverpleegkundige.

8.4 U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit 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-pgb 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-pgb aanvraag indienen. Monitoring en evaluatie zijn onderdeel van het proces van indicatiestelling. Wijzigingen in de zorgbehoefte (indicatiestelling) kunnen leiden tot wijzigingen in de hoogte van het Zvw-pgb.

Bij een inventarisatie waaruit blijkt dat de zorgvraag meer dan 24 uur per week omvat, kan er voorafgaande aan het afgeven van de indicatie altijd een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd worden 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 en 6.7. 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 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;
- f. uw zorgplan en de administratie over de doelstellingen en evaluatiemomenten.

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 Wij mogen volgens de privacy regelgeving (AVG/Regeling Zorgverzekering) contact opnemen 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 beoordeling. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur of verpleegkundig adviseur. Ook mogen wij, of een door ons gecontracteerde partij, met inachtneming van de Regeling zorgverzekering uw Zvw-pgb administratie inzien en 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.

Wij kunnen een huisbezoek uitbesteden aan een derde partij. Deze derde partij selecteren wij zorgvuldig. Zij zijn namelijk namens ons gerechtigd uw persoonlijke en medische gegevens op te vragen, in te zien en te controleren. Dit doen zij heel zorgvuldig conform het door ons opgestelde privacy statement, welke u kan vinden op onze website.

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 (meldt u zich hiervoor bij uw nieuwe zorgverzekeraar). 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 en een kopie op te sturen naar de nieuwe zorgverzekeraar. 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 (met name bij complexe zorgvragen) dan kunnen wij, vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg, de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een formele zorgverlener. Deze voorwaarde kan bijvoorbeeld besproken worden tijdens het Bewuste-keuze gesprek, waarbij maatwerk steeds het uitgangspunt is.

## 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 Zorgverzekeringswet, 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 inkoop 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. blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres;
  4. zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen;
  5. failliet is verklaard of op hem/haar de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr) 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.

## 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 € 26,52 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.
7. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
  - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021, door de zorgverlener niet is verleend in verband met:
    - 1°. een besmetting van de verzekerde of de zorgverlener met Covid-19,
    - 2°. een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde of diens zorgverlener vanwege Covid-19, of
    - 3°. het niet kunnen verlenen overeenkomstig de maatregelen in verband met Covid-19 aan de budgethouder vanwege een beperking bij de budgethouder als bedoeld in artikel 6.6, tweede lid, onderdelen d en e, van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19;
  - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en



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

#### **Artikel 2.29b**

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

#### **Artikel 2.29c**

1. Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:
  - a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,
  - b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,
  - c. de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.
2. De verzekerde die door een vertegenwoordiger wordt geholpen kan het Zvw-pgb worden geweigerd indien een gegronde reden bestaat om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:

- a. bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
- b. blijkt 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.

---

# 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.