

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en Zilveren Kruis
Zorgverzekeringen N.V. te Utrecht en Achmea Zorgverzekeringen N.V.
te Zeist

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), indicatie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en
2.15a t/m 2.15c Bzv, 2.29a t/m 2.29c Rzv

Zaaknummer : 202200938

Zittingsdatum : 16 november 2022

1. Partijen

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

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij brief van 27 april 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Bij brief van 31 mei 2022 heeft verzoekster haar standpunt nader toegelicht. Op 16 juni 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 1 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 4 augustus 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 23 augustus 2022 heeft verzoekster de commissie een aanvullende reactie gestuurd. Een kopie hiervan is op 24 augustus 2022 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. Bij brief van 14 september 2022 heeft Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2022034493) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 15 september 2022 aan partijen gestuurd.
- 2.5. Bij brief van 31 oktober 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar een aanvullende reactie aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 2 november 2022 aan verzoekster gestuurd.
- 2.6. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 november 2022 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.7. Tijdens de hoorzitting is door de commissie het voorstel gedaan dat (i) verzoekster een nieuwe wijkverpleegkundige aanzoekt, die (ii) een nieuwe indicatie stelt die met terugwerkende kracht geldig is tot de datum van de oorspronkelijke indicatie en (iii) op basis hiervan een nieuwe beoordeling wordt uitgevoerd door de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft zich desgevraagd bij brief van 21 november 2021 akkoord verklaard met dit voorstel. Bij brief van 23 november 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar het tegenvoorstel gedaan de indicatie te laten stellen door twee wijkverpleegkundigen. Eén die door verzoekster en één die door de ziektekostenverzekeraar wordt aangesteld. Verzoekster heeft desgevraagd bij brief van 5 december 2022 verklaard niet akkoord te zijn met dit tegenvoorstel, waarop de commissie het ter zitting door haar gedane voorstel als niet door partijen geaccepteerd beschouwt en de procedure naar de stand van dat moment is voortgezet.
- 2.8. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 12 december 2022 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 14 september 2022

aanpassing behoeft. Bij brief van 13 december 2022 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Ten behoeve van verzoekster is een aanvraag ingediend bij de ziektekostenverzekeraar voor een persoonsgebonden budget verpleging en verzorging (hierna: PGB vv) op basis van 40 uren en 15 minuten Persoonlijke Verzorging en 5 minuten Verpleging per week. In de aanvraag is vermeld dat deze indicatie geldt van 1 februari 2022 tot en met 31 december 2023. De aanvraag is op 31 januari 2022 door de ziektekostenverzekeraar ontvangen.
- 3.3. Bij brief van 11 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de behandeling van voornoemde aanvraag langer duurt dan verwacht en dat, om financiële problemen te voorkomen, aan haar een PGB vv wordt toegekend op basis van 38 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 2 februari 2022 tot en met 9 april 2022.
- 3.4. Op 23 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact gehad met de indicierend verpleegkundige (hierna: de verpleegkundige) om de indicatie die ten behoeve van verzoekster is gesteld te bespreken. Van dit gesprek is een verslag gemaakt dat op 23 maart 2022 per e-mail aan de verpleegkundige is gestuurd. De inhoud hiervan luidt, voor zover hier relevant:

"(...) Bedankt voor [ons] telefonisch overleg van zojuist [en] de extra Informatie die je mij hebt gegeven. We hebben besproken dat er mogelijk een rekenfout is gemaakt. Als ik de uren bij elkaar optel uit het zorgplan [kom] ik uit op het volgende:

- Ochtendzorg. 45 minuten
- Avondzorg 30 minuten
- Toiletgang 30 minuten
- Medicatie 20 minuten
- Maaltijd 3x5 minuten
- Drinken 3x5 minuten
- Huidzorg 20 minuten
- Braces aan- en uittrekken 20 minuten
- Transfers 90 minuten

Hierbij kom ik uit op 36 uur en 45 minuten per week in plaats van 40 uur en 15 minuten.

Het bereiden, snijden en klaarzetten van eten en drinken wordt niet vergoed vanuit een Zvw-pgb. We hebben dit telefonisch besproken. Deze zorg valt niet onder de aanspraak wijkverpleging. Dit is geen verpleegkundige zorg. Daarom is er geen vergoeding uit de Zorgverzekeringswet mogelijk. Wil je hier meer over lezen? Kijk dan in ons Reglement Zvw-pgb artikel 2 1.

Je indiceerde 5 minuten verpleging per week voor het monitoren van zorg. Bij een Zvw-pgb ligt de regie bij de verzekerde. Wij vergoeden daarom deze tijd niet vanuit een Zvw-pgb.

Een deel van de zorg valt samen met de ochtend,- en avondzorg. Hieronder heb ik een overzicht gemaakt van de uren zoals de zorg geleverd wordt per moment en hoe ik deze uren kan volgen/onderbouwen:

- Ochtendzorg 75 minuten
- ADL-zorg (45), huidzorg (10), brace aantrekken (10), transfers (10)

- Avondzorg 60 minuten
ADL-zorg (30), Huidzorg (10), braces uittrekken (10), transfers (10)
- Medicatie 20 minuten
Pufjes (20)
- Toiletgang: 60 minuten
4 maal per dag toiletgang (overdag, nachtzorg mag redelijkerwijs door huisgenoot verwacht worden) (60)
- Transfers (40) (...)"

- 3.5. Bij e-mailbericht van 28 maart 2022 heeft de verpleegkundige gereageerd en over verzoekster verklaard:
"(...) In de ochtendzorg zijn de transfers 15 minuten i.v.m. meerdere transfers uit bed, naar toilet, naar badkamer, van badkamer weer naar bed en dan weer naar de huiskamer. Dit geldt ook voor de avondzorg.

De toiletgang is minstens 6 keer op dag buiten het ochtend- en avondzorgmoment. Mw heeft een zwakke blaas, en drinkt de hele dag door kleine slokjes i.v.m. vaak droge mond en hoesten. Dus toiletgang is wel echt 90 minuten per dag. De transfers bij de toiletmomenten zijn 10 minuten, dus dan kom je uit op 60 minuten.

Ochtendzorg 80 minuten
 Avondzorg 65 minuten
 Medicatie. 20 minuten
 Toiletgang incl. transfers 150 minuten

Realiseer dat mw. tijdens alle zorgmomenten vaak een hoestaanval krijgt en rustmomenten nodig zijn. Tevens heeft mw. ook 's-middags rustmomenten, waarbij spalken etc. verwijderd worden en daarna weer geplaatst worden. Dit zijn allemaal handelingen die niet geïndiceerd zijn, maar wel geleverd worden. Ik heb de transfers van de nacht niet erbij geïndiceerd, ik heb het wel benoemd, maar meer [om] de indruk te wekken dat er veel al vrijwillig wordt geleverd.

Ik was in de veronderstelling dat het aansnijden van de maaltijden wegens een fysieke/ geneeskundige reden als grondslag wel mogelijk was via de ZVW. Mw. heeft harde braces, waardoor haar duim en wijsvinger geblokkeerd worden. Ze heeft geen handfunctie. Dit betekent dat mw. het niet kan aansnijden, maar ook naar de mond brengen is lastig. Partner doet al door de dag heen heel veel vrijwillig. Partner besteedt wel meer dan 30 minuten per dag aan zorg voor eten en drinken. Maar als gulden middenweg dacht ik (...) dat het op deze manier kon.

Ik wil meebewegen, maar mw. is niet vooruit gegaan. Er is geen sprake van zelfredzaamheid. Het is dan ook vreemd van eerder 38 uur of meer terug te gaan naar 29 uur. Jullie hebben de eerdere toekenning zelf gedaan ondanks het rapport van Argonaut.

Ik sta volledig achter mijn indicatie zoals gesteld. Ik heb helaas hier en daar wat foutjes gemaakt, maar in uren maakt dat geen verschil. Ik hoop dat u de uren toekent zoals geïndiceerd, in ieder geval gelijk aan het aantal uren zoals afgelopen jaar. (...)"

- 3.6. Bij brief van 30 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat de behandeling van voornoemde aanvraag langer duurt dan verwacht en dat, om financiële problemen te voorkomen, aan haar een PGB vv wordt toegekend op basis van 38 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 10 april 2022 tot en met 29 mei 2022.

- 3.7. Bij e-mailbericht van 1 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar de verpleegkundige om aanvullende informatie gevraagd. De inhoud van het e-mailbericht luidt, voor zover hier relevant:

"(...) Wij hebben aanvullende informatie nodig om de medische context te volgen

Vorige week hebben wij overleg gehad waarbij we helaas niet tot een compromis zijn gekomen. Hierbij heb ik aangegeven dat ik opnieuw ging overleggen met mijn collega's en de medisch adviseur. Na[ar] aanleiding van dit overleg heb ik je zojuist weer gesproken.

Mijn collega's en de medisch adviseur hebben mij gewezen op het ontbreken van de medische context. Om deze te onderbouwen zijn er nog een aantal documenten nodig. De documenten die wij nodig hebben voor een volledige beoordeling staan hieronder.

- Een medisch overzicht met gestelde diagnoses, van huisarts of specialist. In deze aanvraag zat geen uitdraai van de medische diagnoses. In een vorige dossier heb ik wel een uitdraai van het journaal van de huisarts gezien. Hierop staan echter niet de gestelde medische diagnoses.
- Een brief van de dermatoloog. In de aanvraag staat dat mevrouw onder behandeling is van de dermatoloog voor de plekjes op de huid. Wij zouden in de brief graag lezen wat het huidige beleid hiervan is.
- Een brief van de ergotherapeut als deze aanwezig is. In de aanvraag staat dat er een ergotherapeut betrokken is geweest voor de inzet van hulpmiddelen. In dit verslag zien wij graag de zelfredzaamheid van mevrouw beschreven en de inzet van hulpmiddelen die mevrouw kunnen ondersteunen.
- Een brief van de longarts. Mevrouw is bekend met COPD GOLD 3. Wij lezen graag terug wat het huidige beleid is en wat er in het verleden al is ingezet om mevrouw te ondersteunen. Is mevrouw bekend bij de longpoli? Heeft zij longfysiotherapie gehad?
- Een brief van de reumatoloog. In het verslag staat dat mevrouw gediagnosticeerd is met reuma. Wij lezen graag terug wat het huidige beleid is, welke medicatie mevrouw gebruikt en in welke frequentie zij bij de reumatoloog wordt gezien.

Ik begrijp dat het mogelijk wat langer duurt om deze documenten aan te leveren. We hebben de toekenning voor twee maanden verlengd zodat we de tijd hebben om tot een juiste toekenning te komen voor mevrouw. (...)"

- 3.8. De verpleegkundige heeft aanvullende informatie aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Op 10 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar een e-mailbericht aan de verpleegkundige gestuurd. De inhoud hiervan luidt, voor zover hier relevant:

"(...) Bedankt voor de aanvullende informatie die je hebt opgestuurd. Samen met onze medisch adviseur heb ik de documenten die zijn aangeleverd zorgvuldig bekeken.

Wij hebben helaas onvoldoende onderbouwing voor de geneeskundige context

Om die reden kunnen wij momenteel geen toekenning afgeven aan mevrouw en zijn wij voornemens om de aanvraag af te wijzen.

Ik zal hieronder puntsgewijs proberen uit te leggen waarom.

- Ochtendzorg,- en avondzorg;

Hiervoor is 45 minuten in de ochtend en 30 minuten in de avond geïndiceerd. In het zorgplan wordt benoemd dat mevrouw last heeft van reuma en COPD Gold 3 en daarom hulp nodig heeft. In de medische gegevens die zijn toegestuurd ontbreekt informatie dat de diagnose reumatoïde artritis is gesteld door een reumatoloog. Tevens missen we ook de adequate behandelplannen/doelen voor de behandeling van COPD. In het zorgplan ontbreekt bovendien informatie over objectivering van de klachten en daarmee samenhangende mogelijkheden en beperkingen van mevrouw. Daarmee hebben wij onvoldoende onderbouwing van de geneeskundige context en of de geïndiceerde zorg passend is.

- Toiletgang en transfers;

Voor de toiletgang wordt 60 minuten per dag geïndiceerd in het zorgplan. Voor de transfers wordt 90 minuten per dag geïndiceerd. We lezen (...) dat er sprake is van gonartrose. We missen onderbouwing waarom de gonartrose maakt dat mevrouw niet zelfstandig of met behulp van hulpmiddelen transfers kan uitvoeren. Uit het verslag van de ergotherapeut blijkt dat er verschillende hulpmiddelen zijn ingezet die mevrouw bij de transfers en toiletgang kunnen ondersteunen. Echter ontbreekt de informatie over mevrouw haar zelfredzaamheid bij het gebruik van deze hulpmiddelen. Hierdoor kunnen we de passendheid en geneeskundige context voor de ondersteuning bij toiletgang en transfers niet vaststellen.

- Medicatie aanreiken, maaltijd, drinken;

Voor het aanreiken van medicatie wordt 20 minuten per dag geïndiceerd. Dit gaat om het toedienen van pufjes. Het is onvoldoende duidelijk waarom mevrouw dit niet zelfstandig kan. Ook lezen wij niet terug welk hulpmiddel is ingezet om mevrouw meer zelfredzaam te laten zijn. Er wordt 15 minuten per dag voor het aanreiken van voeding en 15 minuten voor het aanreiken van drinken geïndiceerd. Het is onvoldoende duidelijk waarom mevrouw dit niet zelfstandig kan. Ook lezen wij niet terug welke hulpmiddelen er zijn ingezet om mevrouw meer zelfredzaam te laten zijn.

- Het aan- en uittrekken van hand braces;

Voor het aan- en uittrekken van de braces wordt 20 minuten per dag geïndiceerd. We lezen dat mevrouw artrose heeft in polsen en handen. Mevrouw maakt gebruik van braces aan beide polsen op voorschrift van de Xpert clinic. Het is voor ons onvoldoende duidelijk waarom mevrouw deze niet zelfstandig aan- en uit kan trekken.

- * Huidzorg;

Er wordt 20 minuten per dag geïndiceerd voor het verzorgen van de huid. Wij vroegen bij de aanvullende informatie op over het behandelbeleid van de dermatoloog. Uit de laatste brief van de dermatoloog blijkt dat er geen behandelplan is en dat mevrouw niet meer onder controle is bij de dermatoloog. De zalf die mevrouw gebruikt is niet op voorschrift van een arts en kan vrij verkregen worden bij de apotheek. Wij missen dan ook de geneeskundige context voor het dagelijks verzorgen van de huid.

Heeft u nog aanvullende Informatie die de geneeskundige context onderbouwt, dan ontvangen wij die graag

Stuurt u ons deze informatie dan voor 17 mei 2022. De einddatum van de huidige toekenning is 29 mei 2022. We willen de aanvraag voor mevrouw voor de einddatum van de huidige toekenning afhandelen. Mocht u geen aanvullende informatie hebben ontvangt verzekerde een brief met de afwijzing. (...)"

- 3.9. Bij brief van 20 mei 2022 heeft verzoekster zich bij de ziektekostenverzekeraar beklagd over de gang van zaken omtrent de afhandeling van haar aanvraag.
- 3.10. Bij brief van 25 mei 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat haar aanvraag voor een PGB vv wordt afgewezen.
- 3.11. De ziektekostenverzekeraar heeft nadien contact opgenomen met de behandelend ergotherapeut. Van dit gesprek is een verslag gemaakt dat op 1 juli 2022 per e-mail aan de ergotherapeut is gestuurd. De inhoudt hiervan luidt, voor zover hier relevant:

"(...) Mevrouw beschikt niet over een sta- en loopfunctie

U heeft aangegeven dat mevrouw niet kan staan en lopen. Meneer helpt mevrouw bij het maken van de transfers. Mevrouw hangt als het ware aan meneer bij het maken van de transfers. Een actieve tillift kan niet gebruikt worden omdat mevrouw geen stafunctie heeft. Een passieve tillift kan niet gebruikt worden omdat mevrouw daarmee niet de

transfer naar de scootmobiel en traplift kan maken. Daarnaast zou mevrouw boven dan ook geen transfers kunnen maken.

Mevrouw heeft een beperkte handfunctie

U heeft de handfunctie van mevrouw beoordeeld en mevrouw is beperkt in het gebruiken van haar handen. Voor haar scootmobiel maakt mevrouw gebruik van knopbediening ipv handbediening. Daarnaast heeft zij een vierkant stuur zodat zij haar onderarmen op het stuur kan leggen en op die manier kan sturen. Haar rolstoel heeft elektrische ondersteuning, deze bedient mevrouw met haar vuist.

Mevrouw is niet in staat om haar braces zelf aan en uit te kunnen doen. Wel kan mevrouw drinken maar doet dit met 2 handen. Op slechte dagen maakt mevrouw gebruik van een rietje. Een maaltijd kan mevrouw zelf naar de mond brengen. Alleen de bereiding kan zij niet zelf. Op slechte dagen is er ondersteuning nodig met de maaltijden, omdat de coördinatie dan ontbreekt om de lepel of vork naar de mond te brengen. Voor het innemen van medicatie geldt hetzelfde. Op slechte dagen heeft mevrouw hier ondersteuning bij nodig.

Mevrouw maakt geen gebruik meer van hulpmiddelen die aangebracht zijn in huis

U heeft aangegeven dat mevrouw niet meer in staat is om gebruik te maken van de beugels in het toilet en de badkamer. Dit komt om dat de stafunctie van mevrouw ontbreekt. De keuken is aangepast, maar mevrouw kan nu geen handelingen meer in de keuken uitvoeren.

Ik hoop dat ik zo volledig ben in het beschrijven van wat wij besproken hebben. Zou u voor 8 juli willen antwoorden op deze e-mail? (...)"

- 3.12. De behandelend ergotherapeut heeft op 4 juli 2022 per e-mail gereageerd en over verzoekster verklaard:

"(...) We hebben inderdaad de sta/transfer mogelijkheid en hand- armfunctie van mw besproken. Mw kan inderdaad niet meer zelf tot stand komen en zelfstandig zonder steun staan. Daarom wordt zij door echtgenoot opgetild, zodat in de beperkte ruimten (toilet, badkamer, traplift) toch een transfer mogelijk is, evenals naar de scootmobiel. De handelingen die in het verslag zijn beschreven vinden inderdaad op deze manier plaats. Belangrijk is ook te noemen dat mw vanwege COPD klachten minimaal belastbaar is en alle activiteiten extra energie van haar vragen. Hopelijk is hiermee de belastbaarheid van mw goed in kaart gebracht. (...)"

- 3.13. De ziektekostenverzekeraar heeft telefonisch contact gehad met de verpleegkundige en hiervan een verslag gemaakt dat op 6 juli 2022 per e-mail aan de verpleegkundige is gestuurd. De inhoud van dit e-mailbericht luidt, voor zover hier relevant:

(...) Hieronder de punten zoals we deze met elkaar hebben besproken

- We hebben de informatie van de ergotherapeut mondeling met je gedeeld, de schriftelijke versie hiervan ontvang je nog van [naam medewerker ziektekostenverzekeraar]. Daarnaast hebben we gesproken over het feit dat de huisarts ons wel informatie heeft gegeven maar dit niet wil bevestigen op de mail dus dat we deze informatie niet kunnen gebruiken voor onze beoordeling.
- Wat betreft de inhoudelijke beoordeling van de toekenning hebben we de indicatie zoals hieronder met elkaar besproken. Hierbij komen we uit op een toekenning van 22 uur en 45 minuten.
- We hebben hierbij de hulp bij medicatie, contact met de wijkverpleegkundige, hulp bij voeding/vocht en huidzorg van de indicatie afgehaald. Op basis van de informatie die we nu over mevrouw hebben, inclusief die van de ergotherapeut (in het rood).
- Bij de hulp voor toiletgang, de transfers en het aan- en uittrekken van de braces zijn we tot een compromis gekomen. Zoals in onderstaande tabel is uitgeschreven (in het groen).

Zorgvraag originele aanvraag	Tijd	Zorgvraag te volgen na aanvullende info	Tijd
Ochtendzorg, incl. toiletgang	45 min	Ochtendzorg zoals aangevraagd, incl. transfers	45 min
Avondzorg, incl. toiletgang	30 min	Avondzorg zoals aangevraagd, inclusief transfers	30 min
Medicatie aanreiken	20 min	Medicatie kan mw. zelf innemen - ergo	0 min
Contact wijkvpk	5 min VP	Dit is geen Zvw-zorg	0 min
Voeding / vocht	30 min (15/15)	Voeding kan mw. zelfstandig tot zich nemen - ergo	0 min
Huidzorg	20 min	Geen zelf op naam - geen medische	0 min
Braces aan- uittrekken	20 min	context Valt samen met de ochtend- en avondzorg - ergo - gedeeltelijk	10 min
Transfers in- uit bed/ rolstoel 6x per dag	90 min	Verandert in middagzorg, inclusief transfer in- en uit bed	30 min
Toiletgang 4x per dag	60 min (4x 15)	Toiletgang (4x 20) inclusief transfers; iets opgehoogd vanwege transfers	80 min
Totaal	36 uur en 45 min		22 uur en 45 min

Hieronder een overzicht van de uren die in mindering zijn gebracht op totale aanvraag; 40 uur en 15 minuten PV

- Rekenfout - minus 3 uur en 30 minuten
- Medicatie - minus 2 uur en 20 minuten

- Voeding/vocht - minus 3 uur en 30 minuten
- Huidzorg - minus 2 uur en 20 minuten
- Braces - minus 1 uur en 10 minuten
- Transfers - minus 4 uur en 40 minuten
- Contact wijkvpk - minus 5 minuten VP

Totaal: 17 uren en 30 minuten PV, 5 minuten VP

Daarnaast ontvang je van ons nog een terugkoppeling over het declareren van je gemaakte uren en hoe we dit verder afhandelen met verzekerde. We nemen hierin mee dat je aangeeft je verantwoordelijkheid te willen nemen maar geen behoefte hebt aan een gesprek. Mocht familie hier wel behoefte aan hebben ben je bereid om aan te sluiten. Ik hoor graag voor 8 juli of je akkoord bent met bovenstaande zoals we besproken hebben zodat we de toekenning voor mevrouw zo spoedig mogelijk kunnen verwerken. (...)"

- 3.14. Bij e-mailbericht van 7 juli 2022 heeft de verpleegkundige een reactie gestuurd aan de ziektekostenverzekeraar. De inhoud hiervan luidt, voor zover hier relevant:

"(...) Bedankt voor je zorgvuldige en uitgebreide uitwerking. Ik sluit me hierbij aan en geef dus mijn akkoord. (...)"
- 3.15. Bij brief van 27 juli 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat aan haar een PGB vv wordt toegekend op basis van 22 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 2 juli 2022 tot en met 31 december 2024.
- 3.16. Bij brief van 14 september 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.17. Bij brief van 13 december 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar aan haar een PGB vv moet toekennen op basis van 40 uren en 15 minuten Persoonlijke Verzorging en 5 minuten Verpleging per week voor de periode van 1 februari 2022 tot 1 februari 2027.
- 4.2. Verzoekster heeft hiertoe aangevoerd dat de ziektekostenverzekeraar aan haar eerder een PGB vv heeft toegekend op basis van 40 uren Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 1 januari 2016 tot en met 31 maart 2021 en op basis van 38 uren en 30 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 1 april 2021 tot 1 februari 2022. In de toenmalige aanvragen en bijbehorende zorgplannen staan dezelfde aandoeningen en beperkingen vermeld als in de onderhavige aanvraag. Deze aandoeningen zijn in het verleden vastgesteld door verschillende zorgverleners. In dit verband verwijst verzoekster naar de verklaringen van de longarts van 28 februari 2008 en 10 augustus 2009, waaruit blijkt dat zij COPD heeft en welke beperkingen zij hierdoor ondervindt.
Verder verwijst zij naar de verklaring van de huisarts van 20 november 2015, waaruit blijkt dat zij polyartrose heeft en welke beperkingen zij hierdoor ondervindt. De diagnose (gon)artrose aan beide knieën is nadien gesteld door de orthopedisch chirurg, zoals blijkt uit de verklaringen van 3 oktober 2017 en 8 oktober 2020. De diagnose artrose aan de handen en polsen blijkt uit de verklaringen van de radioloog van respectievelijk 15 april 2021, 22 april 2021 en 21 november 2021. Het voorgaande is nogmaals onderschreven door de huisarts bij brief van 13 mei 2022. Hierin is vermeld: "[naam verzoekster] is bekend met arthrose van haar knieën (diagnose gesteld door de orthopeed) en arthrose aan de handen (diagnose plastisch chirurg). Longziekte: copd gold klasse III (diagnose longarts en huisarts door middel van spirometrie). In het dossier staan diagnoses gesteld door de huisarts en medisch specialisten. (...)"

Ondanks dit alles heeft de ziektekostenverzekeraar de verpleegkundige gevraagd aanvullende informatie toe te sturen over de medische diagnoses die zijn gesteld en de ingezette behandelingen. Dit terwijl de ziektekostenverzekeraar hiervan reeds op de hoogte was, omdat deze informatie al in het dossier zat. Verder ziet verzoekster de vragen over de ingezette behandelingen als drogreden om tot een afwijzing van de aanvraag te komen. Het is immers aan de betrokken artsen en zorgverleners te bepalen op welke behandeling verzoekster is aangewezen en niet aan de medisch adviseurs van de ziektekostenverzekeraar. Dus zelfs als de ziektekostenverzekeraar zich hierin niet zou kunnen vinden, kan dit niet leiden tot afwijzing van de aanvraag. Daarnaast benadrukt verzoekster dat zij als gevolg van artrose een beperkte handfunctie heeft en geen sta- en loopfunctie, zij is rolstoelafhankelijk. Zij is dan ook invalide en dat al gedurende 24 jaren. Dit verandert niet plots door een ingezette behandeling. In dit verband is het voor verzoekster ook onbegrijpelijk dat aan haar een PGB vv wordt toegekend voor de duur van slechts 2 jaren, terwijl vast staat dat haar zelfredzaamheid niet kan worden vergroot en zij dus aangewezen zal blijven op de geïndiceerde zorg.

- 4.3. Verzoekster heeft daarnaast kanttekeningen geplaatst bij de behandeling van haar aanvraag door de ziektekostenverzekeraar. Aanvankelijk werd contact opgenomen met de verpleegkundige om tot een 'compromis' te komen. Dit kwam erop neer dat de ziektekostenverzekeraar 11 uren in mindering wilde brengen op de indicatie. Op het moment dat de verpleegkundige verklaarde dat zij hiermee niet kon instemmen en achter haar indicatie bleef staan, stelde de ziektekostenverzekeraar zich op een ander standpunt. De medische diagnoses zouden ontbreken, de geneeskundige context was niet goed onderbouwd en er waren geen behandelplannen. Zoals hiervoor beschreven, was dit voor verzoekster een volstrekt onbegrijpelijk standpunt. Desalniettemin leverde de verpleegkundige aanvullende informatie aan. Dit was volgens de ziektekostenverzekeraar echter niet voldoende en hij verklaarde aan de verpleegkundige voornemens te zijn de gehele aanvraag af te wijzen. Verzoekster kan niet begrijpen dat eerst voor een periode van ruim 6 jaar een PGB vv wordt toegekend op basis van 38,5 dan wel 40 uren per week, de ziektekostenverzekeraar dan akkoord lijkt te zijn met een PGB vv op basis van 29 uren, en dan vervolgens tot een afwijzende beslissing komt. Hiervoor heeft de ziektekostenverzekeraar overigens ook geen verklaring gegeven.
- 4.4. Ter zitting heeft verzoekster - in aanvulling hierop - haar twijfels geuit over de onafhankelijkheid van het Zorginstituut, en is zij puntsgewijs op diens advies ingegaan. Ook is zij puntsgewijs ingegaan op het nader commentaar van de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster heeft onder andere aangevoerd dat (i) de wijkverpleegkundige haar indicatie eerst met hand en tand heeft verdedigd, maar plots tot een ander oordeel kwam, en (ii) dat de wijkverpleegkundige na overleg met de ziektekostenverzekeraar een factuur voor extra tijd heeft opgesteld en rechtstreeks heeft ingediend bij de ziektekostenverzekeraar, waarna deze door de ziektekostenverzekeraar is vergoed. Dit alles zonder tussenkomst en medeweten van verzoekster. Zij heeft verder haar standpunt herhaald, en is van mening dat zij aanspraak heeft op een PGB vv op basis van ten minste 38 uren Persoonlijke Verzorging en Verpleging per week.
- 4.5. 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 verklaard dat aan verzoekster een PGB vv is toegekend op basis van 22 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 2 juli 2022 tot en met 31 december 2024. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster geen recht op een ander of hoger PGB vv dan aan haar is toegekend. Hiertoe voert de ziektekostenverzekeraar aan dat veelvuldig contact heeft plaatsgevonden met de verpleegkundige over de indicatie die ten behoeve van verzoekster is gesteld. In dit verband is ook aanvullende informatie opgevraagd bij de verpleegkundige. Op basis van de aanvraag, het zorgplan en de aanvullende informatie is de ziektekostenverzekeraar tot de volgende conclusie gekomen.

Uit het zorgplan blijkt dat in totaal 36 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging en 5 minuten Verpleging per week zijn geïndiceerd, in plaats van 40 uren en 15 minuten zoals in het aanvraagformulier staat. Volgens de ziektekostenverzekeraar maakte de verpleegkundige dan ook een rekenfout en is het aantal uren dat in het zorgplan staat leidend.

Verder is gebleken dat verzoekster zelfstandig medicatie kan innemen, kan drinken en kan eten. In dit verband wordt gewezen op het contact met de ergotherapeut en de bevestiging van dit gesprek per e-mail op 1 juli 2022. Om die reden zijn 5 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week in mindering gebracht op de toekenning. Voorts is gebleken dat verzoekster de huid zalft met een middel dat niet is voorgeschreven door een arts. De medische context ontbreekt dan ook. Om die reden zijn 2 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week in mindering gebracht op de toekenning. Daarnaast valt hulp bij het aan- en uittrekken van braces en ondersteuning bij transfers gedeeltelijk samen met de ochtend- en avondzorg. De verpleegkundige indiceerde hiervoor teveel tijd. Om die reden zijn 5 uren en 50 minuten Persoonlijke Verzorging per week in mindering gebracht op de toekenning. Tot slot wordt coördinatie van zorg alleen vergoed als dit door een verpleegkundige of verzorgende in een complexe zorgsituatie wordt uitgevoerd. Dit vereist namelijk een specifieke expertise. Omdat in de situatie van verzoekster niet aan deze voorwaarden wordt voldaan, is 5 minuten Verpleging per week in mindering gebracht op de toekenning.

De ziektekostenverzekeraar heeft zijn bevindingen op 6 juli 2022 per e-mail aan de verpleegkundige voorgelegd, toegelicht op welke onderdelen hij de indicatie niet kan volgen en uitgelegd dat dit volgens de ziektekostenverzekeraar moet leiden tot een verlaging van de indicatie naar 22 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging per week. De verpleegkundige heeft op 7 juli 2022 per e-mail verklaard dat zij hiermee akkoord gaat.

- 5.2. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat onduidelijkheid bestond over de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg, bijvoorbeeld over de mate van zelfredzaamheid van verzoekster bij verschillende zorghandelingen met inachtneming van haar aandoeningen en beperkingen. Hierover is dan ook contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige. Na herhaaldelijk contact zijn in overleg met de wijkverpleegkundige vragen opgesteld die aan de behandelend ergotherapeut zijn voorgelegd. De reactie hierop gaf duidelijkheid voor zowel de wijkverpleegkundige als de ziektekostenverzekeraar over de zelfredzaamheid van verzoekster. Daarna is weliswaar vast komen te staan dat verzoekster aanspraak heeft op een PGB vv, maar niet in de omvang waarvoor oorspronkelijk een indicatie was gesteld. Zo is bijvoorbeeld sprake van samenvallende handelingen, waarvoor niet los tijd wordt toegekend, en van zalven zonder medisch voorschrift, waarvoor in zijn geheel geen PGB vv wordt toegekend. Dit alles is besproken en afgestemd met de wijkverpleegkundige die vervolgens heeft ingestemd met verlaging van de indicatie. Er geen sprake geweest van oneigenlijke beïnvloeding van de wijkverpleegkundige door de ziektekostenverzekeraar. De wijkverpleegkundige heeft ingestemd met verlaging van de indicatie op zorginhoudelijke gronden en niet anders.

Rechtstreekse betaling aan een zorgverlener door de ziektekostenverzekeraar is op zichzelf niet verwonderlijk, want dit gebeurt aan de lopende band ingeval gecontracteerde zorgaanbieders zorg declareren. Hoewel de indicierend wijkverpleegkundige niet door de ziektekostenverzekeraar is gecontracteerd, raakt de rechtstreekse betaling dus niet de onafhankelijkheid of onpartijdigheid waarmee een indicatie wordt gesteld. Eén en ander neemt niet weg dat achteraf moet worden vastgesteld dat de ziektekostenverzekeraar van meet af aan beter duidelijk had moeten maken dat de wijkverpleegkundige vond dat zij veel extra werkzaamheden moest verrichten, waarvoor zij een vergoeding wenste, en dat de ziektekostenverzekeraar hiervoor open stond.

- 5.3. 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. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 14 september 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) Aanspraak PGB vv

Het dossier bevat meerdere PGB vv aanvragen en een Omaha aanleiding. Een zorgplan waarin de zorg wordt onderbouwd met de daarbij behorende tijdsindicatie ontbreekt. In (...) het dossier zitten daarnaast meerdere brieven van diverse specialisten en de huisarts van verzoekster. Een verslag van de ergotherapeut waarin de zelfredzaamheid van verzoekster wordt beschreven maakt ook onderdeel uit van het dossier.

Uit de beschikbare informatie in het dossier blijkt dat de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met de aanpassing van de indicatie door verweerder. Dit is in overleg gebeurd aan de hand van onder andere het rapport van de ergotherapeut. De indicierend wijkverpleegkundige geeft in de e-mail d.d. 7 juli 2022 aan dat zij zich aansluit bij de indicatie zoals weergegeven in de e-mail van verweerder d.d. 6 juli 2022. Het Zorginstituut heeft geen reden om aan te nemen dat het akkoord op onzorgvuldige wijze tot stand is gekomen. De wijkverpleegkundige is als zorgprofessional verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en het

bepalen van de in dat kader noodzakelijke zorg. Nu de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met het aanpassen van de indicatie is de overige zorg niet meer onderbouwd. Verzoekster kan daarom geen aanspraak maken op een PGB vv voor de zorg die verweerder niet heeft toegekend.

(...)

Conclusie

In dit geschil wordt niet toegekomen aan vraag of er sprake is van zorg 'zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en een 'geneeskundige context'. De geneeskundige context is namelijk niet onderbouwd nu de indicierend wijkverpleegkundige akkoord is gegaan met het verlagen van het aantal uren. Daardoor kan het Zorginstituut niet anders dan concluderen dat zorg die niet is toegekend door verweerder niet voor vergoeding in aanmerking komt ten laste van de basisverzekering. (...)"

- 6.2. In het definitief advies van 13 december 2022 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"(...) Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen. (...)"

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 18.4 van de algemene voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

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

Zorgverzekering

- 8.2. De onderhavige kwestie betreft een PGB vv-geschil. Verzoekster is het niet eens met de beslissing van de ziektekostenverzekeraar een lager PGB vv aan haar toe te kennen dan zij heeft aangevraagd.
- 8.3. In gevallen als deze gaat het onder meer om de beantwoording van de vraag of de verzekeraar bij de totstandkoming van zijn beslissing procedureel de zorgvuldigheid in acht heeft genomen die van hem in de contractuele verhouding tot een verzekerde mag worden verwacht, alsmede of sprake is van verzekerde zorg, en van zorg waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.4. Het beslissingskader dat de commissie in PGB vv-geschillen bij de beoordeling van de procedurele zorgvuldigheid hanteert, komt neer op het volgende:
 - (a) Uitgangspunt is dat het primaat van de beoordeling of een verzekerde in aanmerking komt voor een PGB vv ligt bij de indicerend wijkverpleegkundige (hierna: de verpleegkundige). Uit het door deze bij de aanvraag voor een PGB vv mee te sturen zorgplan moet blijken dat:
 - (i) sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden';
 - (ii) deze zorg verband houdt met de behoefte aan zorg (als bedoeld in artikel 2.4 Bzv) of een hoog risico daarop; en
 - (iii) de verzekerde op de geïndiceerde zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
 - (b) Kan de verzekeraar zich niet met de inhoud van (een of meer onderdelen van) de door de verpleegkundige gestelde indicatie verenigen en is hij voornemens de aanvraag geheel of gedeeltelijk af te wijzen, dan licht hij dat gemotiveerd per onderdeel - en bij voorkeur schriftelijk - toe aan de verpleegkundige, met vermelding van de hieraan door hem te verbinden consequenties voor de ingediende aanvraag. Vervolgens vindt een nader mondeling overleg plaats tussen beiden. Verder krijgt de verpleegkundige de gelegenheid, binnen een redelijke termijn van ten minste vier weken, een nadere - bij voorkeur schriftelijke - reactie te geven op voornoemde toelichting en/of de aanvraag voor het PGB vv en de daarbij behorende indicatie aan te passen, al dan niet onder overlegging van nadere informatie.
 - (c) Leidt het hiervoor bedoelde mondelinge overleg tussen de verzekeraar en de verpleegkundige:
 - (i) tot overeenstemming tussen de verzekeraar en de verpleegkundige over een al dan niet aangepaste aanvraag en daarbij behorende indicatie, dan bevestigen betrokkenen dit schriftelijk aan elkaar;
 - (ii) niet tot overeenstemming, dan neemt de verzekeraar schriftelijk een gemotiveerde beslissing op de PGB vv-aanvraag en de daarbij behorende indicatie en stuurt hij die aan de verzekerde en de verpleegkundige.
- 8.5. Wordt een PGB vv-geschil voorgelegd aan de commissie en blijkt dat de verzekeraar de hiervoor onder (b) en (c) genoemde verplichtingen niet of niet tijdig is nagekomen, dan kan dit ertoe leiden dat de commissie oordeelt dat de verzekeraar bij de (gehele of gedeeltelijke) afwijzing van de PGB vv-aanvraag niet de vereiste zorgvuldigheid heeft in acht genomen die van hem mocht worden verwacht, met als mogelijke consequentie dat het verzoek om die reden wordt toegewezen, tenzij dit naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 8.6. De commissie stelt vast dat er uitvoerig en veelvuldig contact heeft plaatsgevonden tussen de ziektekostenverzekeraar en de verpleegkundige over de indicatie die ten behoeve van verzoekster is gesteld. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar telkens zijn bevindingen met de verpleegkundige gedeeld en deze in de gelegenheid gesteld hierop te reageren. Uiteindelijk heeft een en ander ertoe geleid dat de ziektekostenverzekeraar op 6 juli 2022 een e-mailbericht

aan de verpleegkundige heeft gestuurd, waarin is beschreven voor welke zorg een PGB vv wordt toegekend en hoeveel tijd hiermee is gemoeid. De verpleegkundige is hiermee akkoord gegaan, zoals blijkt uit haar e- mailbericht van 7 juli 2022. Daarmee is komen vast te staan dat de verpleegkundige heeft ingestemd met de verlaging van de door haar aanvankelijk gestelde indicatie.

- 8.7. Verzoekster heeft aangevoerd dat zij het akkoord van de verpleegkundige met bedoelde verlaging niet kan plaatsen, omdat de verpleegkundige eerder steeds achter de door haar gestelde indicatie is blijven staan en deze heeft verantwoord en verdedigd toen de ziektekostenverzekeraar haar hierover kritische vragen stelde. Daarnaast heeft verzoekster opgemerkt dat de verpleegkundige met de verlaging heeft ingestemd zonder dit eerst met haar af te stemmen. Desgevraagd heeft de verpleegkundige verzoekster uitgelegd waarom zij hiermee heeft ingestemd en op welke onderdelen de indicatie is aangepast. Met deze uitleg is verzoekster het echter niet eens. De commissie overweegt dienaangaande in de eerste plaats dat de verpleegkundige - vanuit de professionele autonomie - de indicatie stelt en dat zij niet verplicht is eerst akkoord of toestemming te verkrijgen van de geïndiceerde voordat zij deze kan stellen. Dit laatste geldt overigens eveneens voor de facturatie van de extra tijd door de indicierend verpleegkundige.

In de tweede plaats overweegt de commissie dat van de verpleegkundige - als professional - mag worden verwacht dat zij niet instemt met een verlaging van de indicatie als zij hier niet achter staat. Het voorgaande doet niets af aan het feit dat het voorstelbaar is dat verzoekster verbaasd was over het gegeven dat de verpleegkundige uiteindelijk heeft ingestemd met een verlaging van de indicatie, omdat zij tijdens eerdere contactmomenten en in eerdere correspondentie nog wél achter de door haar gestelde indicatie bleef staan. Dit neemt niet weg dat de verpleegkundige, mede naar aanleiding van de nadere deskundigenberichten van de ergotherapeut en nadere toelichtingen van de zijde van de ziektekostenverzekeraar, toch heeft ingestemd met een verlaging van de indicatie. De ziektekostenverzekeraar mocht van deze aangepaste indicatie uitgaan bij het vaststellen en toekennen van het PGB vv aan verzoekster. Verzoekster heeft geen recht op een ander of hoger PGB vv dan reeds door de ziektekostenverzekeraar aan haar is toegekend.

- 8.8. Verzoekster heeft in de gevoerde correspondentie aandacht gevraagd voor haar gezondheidssituatie, de beperkingen die zij als gevolg hiervan ondervindt, en voor het feit dat zij hulpbehoevend en invalide is, een situatie die niet zal verbeteren. Daarbij heeft zij erop gewezen dat zij in voorgaande jaren ook een PGB vv had, echter gebaseerd op een veel hoger aantal uren dan waarvoor zij nu een PGB vv heeft toegekend gekregen. De commissie merkt in de eerste plaats op dat zij niets wenst af te doen aan het feit dat verzoekster, als gevolg van haar gezondheidssituatie, is aangewezen op hulp en ondersteuning van derden. De commissie kan evenwel bij de beoordeling van de aanspraak op een PGB vv niet voorbijgaan aan de door de zorgprofessional gestelde indicatie, waaruit blijkt op welke zorg verzoekster redelijkerwijs is aangewezen. Dit heeft tevens tot gevolg dat de commissie niet kan beslissen dat de ziektekostenverzekeraar - in afwijking van de gestelde indicatie - een hoger PGB vv aan verzoekster moet toekennen.

Verder merkt de commissie op dat het feit dat aan verzoekster eerder een PGB vv is toegekend op basis van een hoger aantal uren, niet automatisch betekent dat zij hier nu opnieuw recht op heeft. Iedere aanvraag dient namelijk afzonderlijk te worden beoordeeld, op basis van de op dat moment geldende indicatie en aan de hand van de op dat moment toepasselijke voorwaarden. Daarnaast is voorstelbaar dat aanvragen en indicaties op een goed moment strikter worden beoordeeld, zoals ook in dit geval aan de orde lijkt te zijn, of dat in het verleden gemaakte fouten worden hersteld.

Hoewel de commissie zich kan voorstellen dat dit tot een voor verzoekster teleurstellende uitkomst heeft geleid, betekent dit niet dat de beslissing op zichzelf onjuist is.

- 8.9. Voor zover verzoekster het niet eens is met het handelen van de verpleegkundige geldt dat dit - op grond van de tussen hen bestaande behandelingsovereenkomst - een aangelegenheid is tussen haar en de verpleegkundige. Dit vormt geen onderwerp van het onderhavige geschil. Daarbij is de commissie niet bevoegd te treden in een geschil tussen een zorgverlener en een verzekerde.

Slotsom

- 8.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 20 januari 2023,

H.A.J. Kroon

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. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](https://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op!

Heeft u de Basis Budget? Dan is op dit artikel selectieve contractering van toepassing. Meer hierover leest u in artikel [A.4.3.2 Naturapolis met selectieve contractering \(Basis Budget\)](#).

Wilt u weten met welke ziekenhuizen wij speciaal voor de Basis Budget een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op [zk.nl/zorgverkenner](https://www.zk.nl/zorgverkenner) of neem contact met ons op. Een lijst met de hoogte van de vergoedingen bij niet-gecontracteerde ziekenhuizen vindt u ook op onze website of kunt u bij ons opvragen.

B.26 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal)

In artikel [B.15](#), [B.27](#) en [B.28](#) staan de voorwaarden voor verpleging in een intramurale instelling (bijvoorbeeld een ziekenhuis). U heeft ook in uw eigen omgeving recht op verpleging en verzorging. De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat verpleegkundigen en verzorgenden als zorg plegen te bieden. Deze zorg is beschreven in de beroepsprofielen en landelijk kwaliteitskader van de beroepsvereniging voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

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

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

Let op!

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

Let op!

Wanneer u de diagnose dementie heeft en verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig heeft, kan iemand nodig zijn die dat coördineert (casemanager). Afhankelijk van uw situatie kan hiervoor casemanagement dementie in worden gezet. De verpleegkundige die de indicatiestelling doet, bepaalt samen met u en/of uw naaste en uw behandelend arts of casemanagement dementie nodig is.

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

- Voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door minimaal een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld in uw aanwezigheid.
 - Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde. De kinderarts of medisch specialist blijft hierbij eindverantwoordelijk voor de behandeling. Als blijkt dat het om medische kindzorg gaat dan dient de HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkunde werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie Intensieve Kindzorg (BINKZ). Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op de arbeidsmarkt, kan er contact met ons worden opgenomen om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen. De indicatie dient conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving en de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) te worden opgesteld in de thuissituatie in aanwezigheid van uzelf (het kind) en de ouder(s) of (wettelijk) vertegenwoordiger.
- Een minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige (zoals genoemd bij 1a en b) moet voor de start van de zorglevering een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Met het stellen van een indicatie bedoelen wij het proces waarbij door de wijkverpleegkundige en in samenspraak met u wordt bepaald welke zorg u nodig heeft gezien uw individuele situatie en welke resultaten men wil bereiken en binnen welke termijn. Binnen de indicatiestelling valt ook het vastleggen van de gemaakte afspraken in een zorgplan en het vertalen van de behoefte aan zorg in uren verpleging en verzorging. In het zorgplan legt de BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige de zorgvraag en zorglevering vast. Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt in het aantal uur verzorging en het aantal uur verpleging. De indicatie moet zijn opgesteld volgens de 6 normen uit het document 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' en het Begrippenkader Indicatieproces.
- Bij palliatieve terminale zorg heeft de verpleegkundige in het dossier vastgelegd dat de behandelend arts (naam, specialisme, BIG-nummer en datum) heeft vastgesteld dat de palliatieve terminale fase is aangebroken. De aard, inhoud en omvang van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan. De uitvoering moet plaatsvinden conform de inzichten uit het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- Wanneer (gespecialiseerde) verpleging voorbehouden of risicovolle handelingen betreft, dient aantoonbaar gemaakt te worden dat deze in opdracht van een arts wordt uitgevoerd. Ook dient de zorgverlener aantoonbaar bevoegd en bekwaam te zijn om deze handelingen uit te voeren. Bij een risicovolle handeling dient de aard, omvang en inhoud van de zorg uitgewerkt te zijn in het zorgplan. In het geval van een voorbehouden handeling, dient er een uitvoeringsverzoek aanwezig te zijn van een arts en wordt er gewerkt overeenkomstig de 'handleiding voorbehouden handelingen in de (wijk) verpleging & verzorging' (ActiZ, 2019).

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

- a. u heeft volgens dit artikel geen recht op kraamzorg. Dat wordt vergoed via artikel [B.32](#);
- b. u heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
- c. u heeft geen recht op zorg door inzet van het eigen (cliënt) netwerk (voorheen gebruikelijke zorg). 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 u en uw netwerk zelf kan oplossen. Dit betekent dat zij onder andere het netwerk van u in kaart brengt en vervolgens afweegt welke zorg op grond van belasting en belastbaarheid redelijkerwijs wel en/of niet van hen verwacht mag worden. De zorg die redelijkerwijs van hen verwacht mag worden, mag in een indicatie voor wijkverpleging niet meegenomen worden. 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.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener**Let op!**

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

Let op!

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

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

1. Maakt u gebruik van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener? Dan moet u vooraf toestemming bij ons aanvragen. Voor het aanvragen van toestemming dient u gebruik te maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg' welke u kunt vinden op onze website. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u het volgende opsturen:
 - de indicatie en het zorgplan (opgesteld conform de bovengenoemde voorwaarden);
 - het diploma van de minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld;
 - en in het geval van palliatief terminale zorg het bewijs van de vastlegging van de verpleegkundige in het dossier dat de behandelend arts (naam, specialisme, BIG-nummer en datum) heeft vastgesteld dat de palliatief terminale fase is aangebroken.Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Wij kunnen daarvoor ook een nadere onderbouwing vragen aan de verpleegkundige die uw indicatie heeft opgesteld. U ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag (deels) afwijzen.
2. U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

B.27 Eerstelijns verblijf

U heeft recht op eerstelijns verblijf. Het verblijf is medisch noodzakelijk in verband met geneeskundige zorg en kan gepaard gaan met verpleging, verzorging en/of paramedische zorg. Uw huisarts schat daarbij in dat er op korte termijn herstel te verwachten is. Het verblijf is over het algemeen gericht op terugkeer naar de thuissituatie. Heeft uw behandelend arts aangegeven dat uw levensverwachting gemiddeld 3 maanden of korter zal zijn? Dan heeft u recht op palliatief terminale zorg in een instelling voor eerstelijns verblijf.

Eerstelijns verblijf bestaat uit:

- verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- geneeskundige zorg geleverd door de huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten;
- paramedische zorg (fysiotherapie, oefen therapie Cesar/Mensendieck, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit verblijf.

De inhoud en omvang van de geneeskundige zorg wordt begrensd door zorg zoals huisartsen plegen te bieden.

Voorwaarden voor het recht op eerstelijns verblijf

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, SEH-arts, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.
2. Wanneer uw verblijf langer dan 3 maanden gaat duren, moet u of uw zorgverlener voor de 60e dag van uw verblijf vooraf toestemming bij ons aanvragen voor de verlenging van het verblijf na de eerste 3 maanden. Dit geldt niet indien er sprake is van palliatief terminale zorg.
3. U heeft vooraf toestemming van ons nodig wanneer u wilt verblijven bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf. Onderaan dit artikel vindt u meer informatie over hoe u of uw zorgverlener dit aanvraagt.
4. Voor palliatief terminale zorg moet de uitvoering van zorg conform de inzichten uit de Zorgmodule palliatieve zorg (landelijk vastgesteld in 2013) of het kwaliteitskader palliatieve zorg plaatsvinden.
5. De eerstverantwoordelijke verpleegkundige is een verpleegkundige met minimaal deskundigheidsniveau 4.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op eerstelijns verblijf:

- a. wanneer u met een Wlz-indicatie de zorg verzilvert in de eigen omgeving via een volledig-pakket-thuis, modulair-pakket-thuis of een PGB of in een geclusterde woonvorm uw zorg krijgt. Het verblijf zal dan betaald worden vanuit de Wlz;
- b. wanneer er sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg met als doel de mantelzorger een adempauze te geven. Dit wordt betaald vanuit de Wmo;
- c. wanneer u jonger bent dan 18 jaar en geneeskundige geestelijke zorg nodig heeft. Dit valt onder de Jeugdwet. U kunt hiervoor contact opnemen met uw gemeente.

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

Het eerstelijns verblijf telt mee bij het berekenen van de maximale totale verblijfsduur van 1.095 dagen. De volgende vormen van verblijf tellen ook mee bij het berekenen van de 1.095 dagen:

- a. (psychiatrisch) ziekenhuisverblijf;
- b. verblijf in een revalidatiecentrum of ziekenhuis met revalidatie als doel.

Een onderbreking van hooguit 30 dagen beschouwen wij niet als onderbreking, maar wij tellen deze dagen niet mee voor de berekening van de 1.095 dagen. Onderbreekt u uw verblijf voor weekend- of vakantieverlof? Dan tellen wij die dagen wel mee voor de berekening.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan kan de vergoeding lager zijn dan bij een zorgverlener die wij wél gecontracteerd hebben. Of dit zo is en hoe hoog de vergoeding dan is, is afhankelijk van de basisverzekering die u heeft. Meer hierover leest u in artikel [A.4 Wat wordt vergoed? En naar welke zorgverlener, zorginstelling of leverancier kunt u gaan?](#)

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgverkenner op zk.nl/zorgverkenner of neem contact met ons op. Het indicatieve marktconforme tarief is bij ons op te vragen.

Aanvullende voorwaarden wanneer de zorg wordt verleend door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf

1. Wilt u zorg van een zorgverlener met wie wij geen contract hebben afgesloten? Dan heeft u vooraf toestemming nodig. Voor het aanvragen van toestemming moet u of uw zorgverlener gebruik maken van het formulier "Machtigingsformulier ELV niet-gecontracteerde zorgaanbieders" welke te vinden is op onze website.
2. Bij de aanvraag voor de toestemming moet u of uw zorgverlener de verwijzing van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of medisch specialist bijvoegen. In deze verwijzing moet de zorgvraag en relevante co-morbiditeit vermeld worden. Uit de onderbouwing moet blijken of om het ELV-laag, - hoog of -palliatief gaat. Tevens moet in de verwijzing worden onderbouwd dat u naar verwachting na de opname weer terug naar de thuissituatie kunt. Dit laatste geldt niet bij palliatief terminale zorg. Als wij de aanvraag hebben ontvangen dan beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. U en uw zorgverlener ontvangen van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag afwijzen.
3. U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

B.28 Medisch specialistische zorg en verblijf

U heeft recht op medisch specialistische zorg en verblijf. Deze zorg kan plaatsvinden in:

- a. een ziekenhuis;
- b. een zelfstandig behandelcentrum of
- c. de praktijk aan huis van een medisch specialist (extramuraal werkend specialist), als deze medisch specialist over een AGB-code beschikt. Dit kunt u vinden via agbcode.nl.

De zorg bestaat uit:

- a. medisch-specialistische zorg;
- b. uw behandeling en eventuele verblijf op basis van de laagste klasse in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, inclusief verpleging en verzorging, paramedische zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen die bij die behandeling horen.

De inhoud en omvang van de te verlenen zorg wordt begrensd door wat medisch specialisten als zorg plegen te bieden.



Reglement Zvw-pgb

Ingangsdatum 1 januari 2022

**Voor Basis Budget
Basis Zeker en
Basis Exclusief**

Bekijk online versie →

Inhoudsopgave

1 Over het reglement	3
1.1 Waarom een reglement?	3
1.2 Hoe is het reglement tot stand gekomen?	3
1.3 Waarop is dit reglement van toepassing?	3
2 Doelgroep Zvw-pgb	4
3 Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb	5
4 Weigeringsgronden	6
5 Aanvraag Zvw-pgb	7
6 Toekenningsverklaring	9
7 Declareren van zorg	10
7.1 Voorwaarden voor declareren	10
7.2 Hoogte en omvang declaratie	10
7.3 Overige bepalingen ten behoeve van declareren	11
8 Verplichtingen	12
9 Herziening of intrekking	14
10 Beëindigen van het Zvw-pgb	15
10.1 Uw recht op het Zvw-pgb eindigt automatisch met ingang van de dag waarop:	15
10.2 Wij kunnen uw recht op het Zvw-pgb ook beëindigen:	15
11 Terugvordering	16
12 Begripsbepalingen	17

1 Over het reglement

1.1 Waarom een reglement?

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

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

1.2 Hoe is het reglement tot stand gekomen?

U heeft recht op verpleging en verzorging zoals deze is opgenomen in de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering, onder artikel B26 Verpleging en verzorging in de eigen omgeving (extramuraal). Dit recht vloeit voort uit de meest recente versie van:

- a. De Zorgverzekeringswet;
- b. het Besluit zorgverzekering;
- c. de Regeling zorgverzekering;
- d. de toelichtingen op deze wet- en regelgeving;
- e. interpretaties van Zorginstituut Nederland (zogenaamde 'standpunten');
- f. de bestuurlijke afspraken over uitgangspunten en inhoud van het Zvw-pgb die zijn overeengekomen door het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, V&VN en Per Saldo.

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

1.3 Waarop is dit reglement van toepassing?

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

- Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht): Basis Zeker, Basis Exclusief, en Basis Budget;
- Volmacht van Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), die onder naam en voor rekening van Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Utrecht), basisverzekeringen uitvoert. Dat is One Underwriting B.V. (statutair gevestigd te Eindhoven);

Hierna te noemen: Zilveren Kruis.

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

2 Doelgroep Zvw-pgb

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

1. behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.
Daarnaast dient u:
2. langdurig, dat wil zeggen langer dan 1 jaar, op verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf
3. op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen te zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden.

Let op!

Onder 2.1 vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

3 Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

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

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

4 Weigeringsgronden

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

1. als blijkt dat u bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat bent geweest om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger u te houden aan de taken en verplichtingen van het Zvw-pgb;
2. u volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet beschikt over een woonadres;
3. uw vrijheid is ontnomen;
4. u geen medewerking (meer) verleent aan een (telefonisch) “bewuste keuze gesprek” en/of huisbezoek dat (eventueel) door ons wordt georganiseerd;
5. uit uw aanvraagformulier, het bewuste keuzegesprek en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
6. u zorg inkoopt bij uw (wettelijke) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (partner, bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad.);
7. u over meer dan één indicatie beschikt voor de zorg zoals beschreven in artikel 2. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven zoals in dit artikel dient in één indicatie te zijn verwoord;
8. uw (wettelijke) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):
 - a. heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij/zij als hulppersoon of (wettelijke) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b. beschikt volgens de basisregistratie personen niet over een woonadres;
 - c. is zijn/haar vrijheid reeds ontnomen;
 - d. heeft binnen een periode van 3 jaar voorafgaand aan de pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnr) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;
 - e. valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnr), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend;
 - f. heeft surséance van betaling aangevraagd of verkeert in staat van faillissement of is failliet verklaard;
 - g. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen.
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 u en uw netwerk zelf kan oplossen. Dit betekent dat de wijkverpleegkundige onder andere het netwerk van u in kaart brengt en vervolgens afweegt welke zorg op grond van belasting en belastbaarheid redelijkerwijs wel en/of niet van hen verwacht mag worden. De zorg die redelijkerwijs van hen verwacht mag worden, mag in een indicatie voor wijkverpleging niet meegenomen worden. Hiervoor krijgt u dan ook geen pgb. De afweging die de wijkverpleegkundige daarbij maakt, moet in de indicatie staan. Onder netwerk wordt volgens het Begrippenkader van de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) verstaan: “naasten en mantelzorgers” zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden van verzekerde. Bij de indicatiestelling maakt de wijkverpleegkundige de afweging, gegeven de hele context van de verzekerde (zorgvrager), hoe de hulpvraag opgelost of hoe de interventie uitgevoerd kan worden. Zelfredzaamheid (samen met het eigen netwerk) is het uitgangspunt van het Normenkader.

5 Aanvraag Zvw-pgb

1. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en (eventueel) een bewust keuze gesprek. U dient hiervoor de meest recente versie van het aanvraagformulier te gebruiken, dat u kunt vinden op onze website. U kunt dan in een persoonlijk gesprek uw Zvw-pgb aanvraag toelichten en wij kunnen u informeren wat de keuze voor een Zvw-pgb voor u betekent. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3 en niet voldoet aan de weigeringsgronden uit artikel 4, krijgt u toestemming voor een Zvw-pgb.
2. Als wij hierom vragen bent u verplicht nadere informatie te verstrekken (of uw verpleegkundige, dan wel huisarts te machtigen nadere informatie te verstrekken) aan onze inhoudsdeskundige medisch adviseur.
3. a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar bent u in het bezit van een door een minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die in uw aanwezigheid is opgesteld. Deze indicatie is conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving en het Begrippenkader Indicatieproces opgesteld.
b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een minimaal BIG-geregistreerde HBO kinderverpleegkundige of een verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkundige. De indicatiesteller dient werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie INtegrale KindZorg (BINKZ). Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op de arbeidsmarkt, kan er contact met ons worden opgenomen om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen. De indicatie dient conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving en de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) te worden opgesteld in de thuissituatie in aanwezigheid van uzelf (het kind) en de wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor).
4. De benodigde uren van de indicatie zijn gebaseerd op de tijd die nodig is voor zorgverlening door een formele zorgverlener onder normale omstandigheden. Er wordt daarbij geen rekening gehouden met de persoonlijke omstandigheden van degene die de zorg daadwerkelijk verleent of de omgeving waarin de zorg wordt verleend.
5. Als er sprake is van voorbehouden of risicovolle handelingen, dient aantoonbaar gemaakt te worden dat deze in opdracht van een arts wordt uitgevoerd. Ook dient de zorgverlener aantoonbaar bevoegd en bekwaam te zijn om deze handelingen uit te voeren. Bij een risicovolle handeling dient de aard, omvang en inhoud van de zorg uitgewerkt te zijn in het zorgplan. In het geval van een voorbehouden handeling, dient er een uitvoeringsverzoek aanwezig te zijn van een arts en wordt er gewerkt overeenkomstig de 'handleiding voorbehouden handelingen in de (wijk) verpleging & verzorging' (ActiZ, 2019).
6. Bij de indicatiestelling dient de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg te hanteren bij het bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk. U en wij hebben de mogelijkheid om gebruik te maken van een tolk bij het voeren van het bewuste keuzegesprek en/of huisbezoek.
7. In het geval de zorg door informele zorgverleners wordt uitgevoerd, dient de inzet van het netwerk expliciet verdisconteerd te zijn in de formele indicatiestelling, waarbij gebruik gemaakt wordt van het dynamisch proces van 'erkenning van zelfredzaamheid van de cliënt en het cliëntsysteem, zoals in het Normenkader staat beschreven.
8. Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandelend arts toe te voegen, waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden. Indien een PTZ aanvraag verlengd moet worden is het vanaf 2 weken voor het einde van het aflopen van het bestaande Zvw-pgb mogelijk om een (her)indicatie te laten stellen. Wij raden u aan om na deze indicatiestelling de aanvraag zo spoedig mogelijk in te sturen.
9. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn: uw (wettelijke) vertegenwoordiger, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn. Ook mag de indicatie niet gesteld worden door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons gecontracteerde zorgverlener is.
10. Als u of wij vragen hebben over de indicatiestelling dan kunt u of wij deze vraag stellen aan de indicerende verpleegkundige. En als het gaat om zorg die geïndiceerd is, maar niet onder verpleging en verzorging in de eigen omgeving valt, zoals dat beschreven staat in artikel B26 van uw basisverzekering, dan kunnen wij de indicerende verpleegkundige vragen deze indicatie aan te passen.
11. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Wij kunnen daarvoor ook een nadere onderbouwing vragen aan de verpleegkundige die uw indicatie heeft opgesteld. Voor de zorg die wij niet doelmatig vinden, kennen wij geen Zvw-pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij om een herbeoordeling van de indicatie vragen. Onder herbeoordeling wordt verstaan dat de verpleegkundige die de herbeoordeling uitvoert, overlegt met de verpleegkundige, de eerste indicatiesteller (intervisie) en na overleg past de eerste indicatiesteller eventueel de indicatie aan en deze wordt dan gevolgd. Als de indicatie niet voldoet aan de eisen die wij stellen in artikel 5.3a of 5.3b, dan vragen we u om een nieuwe indicatie op te vragen.
12. Op het aanvraagformulier dient u aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener(s) door ziekte, vakantie of anderszins.
13. Indien u heeft verbleven in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zorgverzekeringswet dan wel in een voorziening voor Eerstelijns Verblijf (ELV), kunt u weer gebruik maken van uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen, tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd. U heeft wel een nieuwe aanvraag nodig als u langer dan 60 dagen opgenomen bent in een Wlz-instelling, ziekenhuis of in een voorziening voor Eerstelijns Verblijf.

14. Indien u een combinatie wenst van Zorg In Natura (ZIN) en zorg via een Zvw-pgb dan is dat mogelijk. Daar stellen wij de volgende voorwaarden aan:
- a. De indicatie mag maar door 1 zorgverlener worden gesteld.
 - b. Vanuit het Zvw-pgb moet minimaal 1 zorgverlener worden betaald die niet door ons is gecontracteerd.
 - c. Zorg die aan u wordt geleverd door een door ons gecontracteerde aanbieder, wordt altijd rechtstreeks door de zorgverlener bij ons gedeclareerd en valt dus buiten uw Zvw-pgb. Het Zvw-pgb wordt hierop aangepast
- Een combinatie van zorgverlening door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener via restitutie en zorg via een Zvw-pgb is niet mogelijk.

6 Toekenningsverklaring

1. De ingangsdatum van een eerste toegekende Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb bij uw eerste aanvraag ook op een latere datum in laten gaan.
2. Als de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring 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 uw volledig ingevulde aanvraagformulier hebben ontvangen. Vraag daarom tijdig vóór het verstrijken van de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring aan uw wijkverpleegkundige om het nieuwe aanvraagformulier met u in te vullen.
3. Als er is sprake 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 volledig ingevulde aanvraagformulier van u hebben ontvangen.
4. In de schriftelijke toekenningsverklaring of bevestiging via elektronische weg, die wij u toesturen, leggen wij de periode van toekenning van het Zvw-pgb en de hoogte van het budgetbedrag dat over deze periode maximaal wordt vergoed vast. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en zolang u een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe indicatie aanvragen bij uw wijkverpleegkundige en vervolgens een nieuwe pgb-aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5. Beschikt u al over een toekenningsverklaring met een looptijd van 5 jaar, dan blijft deze geldig tenzij de zorgvraag wijzigt.
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. Het budget wordt per kalenderjaar (of deel van een kalenderjaar) berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld. U ontvangt hierover automatisch een bericht van ons.
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 heeft gedeclareerd, dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel uitbetaalde pgb terug te betalen. Bij een tussentijdse herindicatie wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd en/of verhoogd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Indien u meer zorg gedeclareerd heeft dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel uitbetaalde pgb terug te betalen.
8. De toekenning of afwijzing van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.
9. Als u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al zorg in natura heeft of als u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg heeft op het moment dat u een aanvraag voor een Zvw-pgb indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het Zvw-pgb, zoals opgenomen in de toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u bij deze zorgverlener(s) uw zorg blijft afnemen.
10. Op ons besluit is de klachten- en geschillenregeling van de algemene polisvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing. Meer informatie hierover vindt u in artikel 18 van de algemene voorwaarden van uw basisverzekering. Tijdens de behandeling van uw klacht en tijdens de behandeling bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) zorgen wij, indien nodig in overleg met u, er voor dat u de benodigde zorg ontvangt. U houdt recht op verpleging en verzorging in de vorm zorg in natura of restitutie, zoals in artikel B26 van uw basisverzekering is beschreven.

7 Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

1. U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw toekenningsverklaring staat vermeld.
2. De nota's die u ontvangt van de zorgverleners, waar u op basis van uw Zvw-pgb een overeenkomst mee heeft gesloten, controleert u en dient u bij ons in. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de door ons afgegeven toekenningsverklaring mag gedeclareerd worden. Voor de declaratie van uw nota's gebruikt u de daartoe bestemde formulieren. U kunt deze formulieren vinden op zilverenkruis.nl of bij ons opvragen. Als wij constateren dat de gedeclareerde zorg niet in lijn is met de toekenningsverklaring, dan behouden wij ons het recht voor om deze gedeclareerde zorg achteraf alsnog af te wijzen.
3. Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Wij verlenen geen voorschot.
4. Door inzending van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg. In de algemene voorwaarden van uw zorgverzekering artikel 5.4 stellen wij verplichtingen als u zelf nota's declareert. Hier is omschreven waaraan een nota moet voldoen om in aanmerking te komen voor vergoeding.
5. Het declareren van vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten (afgerond op 5 minuten) mag worden gedeclareerd.
6. Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen 3 maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Hiermee kunt u een actueel beeld houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.
7. Indiciestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in artikel 2 beschreven, casemanagement en verpleegkundige dagopvang en verblijf bij kinderen met een intensieve zorgvraag worden niet vergoed uit het Zvw-pgb. Deze zorg zal afhankelijk van uw basisverzekering als zorg in natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed op basis van artikel B27 van uw basisverzekering.

7.2 Hoogte en omvang declaratie

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

Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

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

Voor informele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

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

1. Onder **informele zorgverleners** vallen in ieder geval zorgverleners die:
 - a. 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;
 - b. niet zijn ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
 - c. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorg verlenende organisatie in het Handelsregister.
2. **Formele zorgverleners** zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in artikel 7.2.1 genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt. Alleen de AGB-codes uit de categorieën 41 zzp-er wijkverpleging, 42 zorgaanbieders, 75 thuiszorginstellingen, 91 verpleegkundigen of 98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars worden geaccepteerd. Uw zorgverlener moet daarnaast beschikken over het juiste diploma (verzorgende/verpleegkundige) en aantoonbaar voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. Wij kunnen bij u het diploma van uw formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan wij kunnen controleren of uw zorgverlener bevoegd is tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief.
3. Zowel het formele als het informele tarief zijn "all-in tarieven". Dit betekent dat u naast het tarief geen andere kosten kunt declareren, zoals reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en andere werkgeverslasten.

7.3 Overige bepalingen ten behoeve van declareren

1. U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig uitbetalen van de door u gecontracteerde zorgverleners. Voor zover u niet tijdig aan uw contractuele betalingsverplichting voldoet, kunnen eventuele bijkomende kosten (bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente) niet vanuit het Zvw-pgb worden betaald.
2. Wij zijn gerechtigd controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgverleners die u hebt gecontracteerd en in lijn is met uw toekenningsverklaring. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en rechtmatigheid van de geleverde zorg beoordelen. Indien van toepassing, kunnen wij u adviseren hoe deze zorg doelmatiger ingezet kan worden.
3. Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw Zvw-pgb wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende budgetperiode.
4. Wij vergoeden geen nota's meer uit uw budget als de maximale hoogte van het toegekende jaarbudget of maximaal aantal toegekende uren uit uw Zvw-pgb is bereikt, of naar rato als het Zvw-pgb voortijdig wordt beëindigd. Eventueel te veel uitbetaalde declaraties worden door ons rechtstreeks bij u teruggevorderd.
5. In de algemene voorwaarden van uw zorgverzekering is opgenomen in artikel 6.10 en 7.10 dat wij openstaande bedragen aan verplicht of vrijwillig eigen risico mogen verrekenen met uw Zvw-pgb declaraties. Daarnaast is in artikel 9.2 opgenomen dat wij achterstallige premie mogen verrekenen met uw Zvw-pgb declaraties.
6. Als u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgverleners inhuren, is dat alleen mogelijk op basis van het informele tarief.
7. Wij betalen de nota's alleen uit aan het bij ons bekende rekeningnummer van u (verzekeringsnemer). Wij betalen dus niet rechtstreeks uit aan zorgverleners e.a.

8 Verplichtingen

1. U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
 - NAW gegevens van u zelf
 - NAW gegevens zorgverlener
 - relatie tussen u en de zorgverlener
 - looptijd van de overeenkomst
 - welke zorg zal worden geleverd
 - het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten
 - welk tarief u daarvoor zult betalen
 - AGB-code indien het een formele zorgverlener betreft
 - ondertekening door u of uw (wettelijke) vertegenwoordiger en zorgverlener

Wij kunnen deze overeenkomst(en) bij u opvragen. Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op zilverenkruis.nl.
2. U dient er als verzekerde op toe te zien dat partner, bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad waarmee u een overeenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, niet meer dan veertig uur in één week voor de verzekerde aan werkzaamheden verrichten. Op moment dat de bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad een dienstbetrekking heeft, waarbij het Arbeidstijdenbesluit van toepassing is, dan mag de werkweek inclusief de uren die uit het Zvw-pgb bekostigd worden niet meer dan 48 uur bedragen. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 15 jaar.
3. U bent zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoopt. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.
4. Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt is een nieuwe indicatiestelling door de verpleegkundige noodzakelijk. Dit kan zowel gaan om een verslechtering als een verbetering van uw gezondheidssituatie. U moet dan per direct een nieuwe indicatie aanvragen en een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. U dient deel II van het aanvraagformulier Zvw-pgb op te sturen als:
 - u van zorgverlener(s) verandert,
 - er wijzigingen zijn in uw keuze van zorgverlener, of
 - als de zorgverlener Zorg in Natura en zorg via het pgb aan u levert.

Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan, indien dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude Zvw-pgb wordt (her)berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 6.6. Het nieuwe Zvw-pgb wordt berekend per de ingangsdatum van dit nieuwe Zvw-pgb.

U bent verplicht om minstens eenmaal per jaar mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige, die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, dan bent u verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een aanvraagformulier in te vullen en in te dienen.
5. U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in overeenstemming is met de uren die zijn toegekend in de toekenningsverklaring.
6. U bent verplicht om een (bij voorkeur digitaal, zoals Nedap) dossier Zvw-pgb te beheren en na het beëindigen van het Zvw-pgb voor minimaal 5 jaar te bewaren. Dit dossier bevat tenminste:
 - a. de volledige pgb-aanvraagformulierenset inclusief bijlagen, indicatie en zorgovereenkomsten,
 - b. facturen en urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat,
 - c. bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB),
 - d. kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties.
 - e. een beschikking van de rechtbank als u een wettelijk vertegenwoordiger heeft.
 - f. uw zorgplan en de administratie over de doelstellingen en evaluatiemomenten.
7. U bent voorts verplicht om gegevens uit dit dossier zo spoedig mogelijk aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen. Ook als de Sociale Verzekeringsbank (SVB) aan uw zorgverleners betaalt, moet u zelf dit dossier beheren.
8. U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige, huisarts of medisch specialist om uw (medische) gegevens omtrent de Zvw-pgb aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien, op het moment dat het nodig is voor een juiste uitvoering van uw verzekering. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze inhoudsdeskundige medisch adviseur.
9. Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toekenningsverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de (maximaal tot de vermelde einddatum van de indicatie) geldige toekenningsverklaring over. U dient deze wel zelf op te sturen naar de nieuwe zorgverzekeraar. Het vermelde aantal uren voor verpleging en verzorging blijft gelijk. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken omdat iedere zorgverzekeraar haar eigen tarieven hanteert. Wij adviseren u om deze toekenningsverklaring te bewaren zolang hij geldig is. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen. Na overstap gelden verder de voorwaarden uit het reglement van de nieuwe zorgverzekeraar.
10. U dient elke wijziging van (wettelijke) vertegenwoordiger aan ons door te geven via het aanvraagformulier Zvw-pgb deel II, die u kunt vinden op zilverenkruis.nl of bij ons op kunt vragen.
11. U bent verplicht om mee te werken aan een Bewuste Keuze Gesprek (BKG) of een huisbezoek (aangekondigd/onaangekondigd), als wij dat nodig vinden, bijvoorbeeld voor controledoeleinden. U en uw eventuele (wettelijke) vertegenwoordiger moeten op ons verzoek hierbij aanwezig zijn. Wij kunnen een huisbezoek uitbesteden aan een derde partij. Deze derde partij selecteren wij zorgvuldig. Zij zijn namelijk namens ons gerechtigd uw persoonlijke en medische gegevens op te vragen, in te zien en te controleren. Dit doen zij heel zorgvuldig conform het door ons opgestelde privacy statement, welke u kan vinden op onze website. De derde partij geeft naar aanleiding van het huisbezoek een advies aan ons. Dit advies mag u vooraf inzien. Bent u het niet eens met het advies, dan mag u dit blokkeren. Het advies wordt dan niet aan ons toegestuurd. Als u gebruik maakt van dit blokkeringsrecht, wijzen wij uw aanvraag af op grond van artikel 4.4.

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

9 Herziening of intrekking

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

1. u niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden;
2. u voldoet aan een van de weigeringsgronden;
3. u niet voldoet aan de in dit reglement gestelde verplichtingen en voorwaarden;
4. u recht heeft op zorg vanuit de Wet langdurige zorg;
5. u om beëindiging van het Zvw-pgb verzoekt;
6. u langer dan twee maanden verblijft in een instelling i.v.m. zorg die ten laste komt van de basisverzekering;
7. met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing hadden geleid;
8. u de informatie die wij bij u opvragen niet, dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
9. u niet meewerkt aan een dossieronderzoek (o.a. een huisbezoek);
10. er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen;
11. u gedurende de looptijd van het Zvw-pgb een nieuwe (wettelijke) vertegenwoordiger aanwijst, dan wel voor het eerst met een (wettelijke) vertegenwoordiger gaat werken en u met deze vertegenwoordiger, naar ons oordeel, niet in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren. U dient elke wijziging van (wettelijke) vertegenwoordiger direct door te geven via het aanvraagformulier Zvw-pgb deel II, die u kunt vinden op [zilverenkruis.nl](https://www.zilverenkruis.nl).
12. u Zorg in Natura afneemt bij zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier hebt aangegeven.

Na uw ontslag uit de betreffende instellingen, zoals genoemd onder 6. kunt u opnieuw een Zvw-pgb aanvragen. In de situaties zoals beschreven onder 1, 2, 4, 5, 11 en 12 moet u zelf aangeven dat het Zvw-pgb beëindigd moet worden. U kunt daarvoor gebruik maken van het aanvraagformulier Zvw-pgb deel II dat u kunt vinden op [zilverenkruis.nl](https://www.zilverenkruis.nl) of bij ons kunt opvragen. Voor de situatie zoals beschreven onder 6, kunt u weer gebruik maken van uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen. Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag na de opname is gewijzigd, moet u een nieuwe indicatiestelling aanvragen bij de verpleegkundige. In dat geval vragen wij u wel een volledig nieuwe pgb-aanvraag in te dienen.

10 Beëindigen van het Zvw-pgb

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

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

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

- a. met ingang van de dag waarop u niet langer in staat bent om op eigen kracht te voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden en u ook geen hulp van een vertegenwoordiger heeft,
- b. met ingang van de dag waarop uw vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden):
 - niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is,
 - bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
 - blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres,
 - zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen,
 - valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard,
 - anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen,
 - uw zorgverlener en niet ook uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is,
- c. met ingang van de dag waarop u zich niet (meer) houdt aan de aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen,
- d. met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat met het Zvw-pgb wordt, of zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit en/of doelmatige zorg. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt. Onder doelmatige zorg wordt verstaan in hoeverre met het Zvw-pgb zal worden gewerkt aan de verbetering, het behoud of beperking van achteruitgang van zijn gezondheid. Daarmee wordt getoetst of de wijze waarop de verzekerde zijn zorg wil inzetten gezien zijn zorgvraag effectief is.
- e. met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat de continuïteit van de te ontvangen zorg voldoende gewaarborgd is in situaties waarin uw zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins niet in staat zal zijn de benodigde zorg te verlenen,
- f. met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing had geleid.

11 Terugvordering

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

12 Begripsbepalingen

Gespecialiseerde verpleging

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

Medisch adviseur

In dit reglement wordt daar onder verstaan: de arts of verpleegkundige die de zorgverzekeraar adviseert over medische aangelegenheden voor zover dat ligt op zijn deskundigheidsgebied zoals die blijkt uit de BIG-registratie en die in dit kader functioneel leiding geeft aan de functionele eenheid c.q. functionele eenheden waarin deskundige medewerkers zijn betrokken bij verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid voor specifieke (gekwalficeerde) doeleinden.

Verpleging en verzorging

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

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.

Vertegenwoordiger

Een vertegenwoordiger is een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst uit uw familie (partner, bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad) en die niet aan de definitie van de wettelijk vertegenwoordiger voldoet. Wij beoordelen of u met deze vertegenwoordiger in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren.

Onder bloed- en aanverwanten verstaan wij:

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

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand;

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

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

Wettelijk vertegenwoordiger

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

Zorg in natura

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

Zorgverlener

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

Bijlagen

Dit reglement bevat de volgende bijlagen die op zilverenkruis.nl zijn terug te vinden:

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

Wij helpen u graag verder



Kijk op zk.nl/contact

Voor een overzicht van alle contactmogelijkheden



Wilt u liever iemand persoonlijk spreken?

Wij zijn bereikbaar op 071 751 00 51

- Op werkdagen van 8.00 tot 20.00 uur
(vrijdag 24 en 31 december van 8.00 tot 17.00 uur)
- Op zaterdagen van 9.00 tot 13.00 uur
(Extra: zaterdag 13 november van 9.00 tot 17.30 uur)



Schrijven kan natuurlijk ook

Zilveren Kruis, Postbus 444, 2300 AK Leiden

Er zijn informatiedocumenten over uw zorgverzekering beschikbaar.
U kunt deze documenten bekijken en downloaden via
zk.nl/informatiedocument. Heeft u vragen belt u dan 071 751 00 51.

Kijk op zk.nl voor een overzicht van gecontracteerde zorgverleners, de hoogte van de vergoeding bij de niet-gecontracteerde zorgverleners, het Reglement Hulpmiddelen, het Reglement Farmaceutische zorg, het Reglement Zvw-pgb, de Beroepsverenigingen van alternatief genezers die voldoen aan de criteria van Zilveren Kruis, de polisvoorwaarden, brochures, formulieren en overige informatie over onze verzekeringen.
U kunt de informatie ook bij ons opvragen.

Voor de zorgverzekeringen van Zilveren Kruis is Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Utrecht (KvK 06088185, AFM 12000646) de verzekeraar. Voor de aanvullende verzekeringen van Zilveren Kruis is Achmea Zorgverzekeringen N.V. statutair gevestigd te Zeist (KvK 28080300, AFM 12000647) de verzekeraar.

Wij doen ons uiterste best om u goede en duidelijke informatie te geven. Klopt er iets niet in onze communicatie? Geef het dan aan ons door zodat wij het kunnen herstellen. Staan er onjuistheden in? Dan is Zilveren Kruis hiervoor niet aansprakelijk. Aan de inhoud van dit product of deze dienst kunt u geen rechten ontlelen.

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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 € 24,36 per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.
5. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook

vergoed indien:

- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020, als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de zorgverlener niet is verleend;
 - b. deze niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
6. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het vijfde lid. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.
7. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021, door de zorgverlener niet is verleend in verband met:
 - 1°. een besmetting van de verzekerde of de zorgverlener met Covid-19,
 - 2°. een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde of diens zorgverlener vanwege Covid-19, of
 - 3°. het niet kunnen verlenen overeenkomstig de maatregelen in verband met Covid-19 aan de budgethouder vanwege een beperking bij de budgethouder als bedoeld in artikel 6.6, tweede lid, onderdelen d en e, van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
8. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het zevende lid. In de registratie is opgenomen:
- a. ingeval van besmetting met Covid-19 van de verzekerde: een bewijsstuk waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting;
 - b. ingeval van een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de verzekerde en de zorgverlener overeengekomen afspraken, waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze quarantaine;
 - c. ingeval van besmetting met Covid-19 of noodzakelijke quarantaine van de zorgverlener in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de zorgverlener en de verzekerde overeengekomen afspraken waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting of noodzakelijke quarantaine;
 - d. ingeval van de in het tweede lid, onderdeel a, subonderdeel 3°, bedoelde situatie: een specificatie wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd.
9. De verzekerde stelt, op verzoek van de zorgverzekeraar, de registratie, bedoeld in het achtste lid, ter beschikking.
10. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering door de zorgverlener als gevolg van het ontvangen van een vaccinatie voor Covid-19, voor ten hoogste twee uur, niet is verleend;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
11. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het elfde lid. In de eigen administratie

van budgethouder neemt budgethouder tevens een specificatie op van wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

Artikel 2.29c

1. Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:

- a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,
- b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,
- c. de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.

2. De verzekerde die door een vertegenwoordiger wordt geholpen kan het Zvw-pgb worden geweigerd indien een gegronde reden bestaat om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:

- a. bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
- b. blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres,
- c. zijn vrijheid is ontnomen,
- d. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard,
- e. anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor de verzekerde aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen, of
- f. de hulp tegen betaling verleent.