

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen CZ Zorgverzekeringen
N.V. en OWM CZ Groep U.A., beide te Tilburg

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), (in)stabiele
zorgvraag

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en
2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende
ziekttekostenverzekering 2020

Zaaknummer : 202101786

Zittingsdatum : 23 februari 2022

1. Partijen

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

tegen

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
 - 2) OWM CZ Groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Bij brief van 3 september 2021 heeft verzoeker de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen. De commissie heeft verzoeker verzocht het entreegeld van € 37,- te betalen en aanvullende informatie op te sturen. Verzoeker heeft hieraan voldaan; op 27 oktober 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 8 december 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 10 december 2021 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Bij brief van 23 december 2021 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2021049064) aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 28 december 2021 aan partijen gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 23 februari 2022 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 28 februari 2022 aan het Zorginstituut gestuurd. Bij brief van 7 maart 2022 heeft het Zorginstituut aan de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2020 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Gemeenten Extra Uitgebreid (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoeker heeft op 7 februari 2020 een ongeval gehad, waarbij hij fors letsel heeft opgelopen. Als gevolg hiervan heeft hij zorg nodig. Hij heeft een wijkverpleegkundige gevraagd bij hem een indicatie te stellen in verband met de aanvraag van een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). De indicerend wijkverpleegkundige heeft bij verzoeker een indicatie

gesteld op basis van 14 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week. De indicatie gaat in op 31 maart 2020 en eindigt op 31 maart 2021.

- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 28 mei 2020 aan verzoeker meegedeeld dat het PGB vv niet wordt toegekend in verband met een betalingsachterstand.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 1 juli 2020 en 11 augustus 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 21 augustus 2020 aan verzoeker meegedeeld alsnog een inhoudelijke beoordeling te hebben uitgevoerd. De aanvraag voor het PGB vv blijft echter afgewezen.
- 3.6. Bij brief van 23 december 2021 heeft het Zorginstituut in het voorlopig advies het volgende verklaard:

"De informatie in het dossier is medisch beoordeeld.

In het dossier is de PGB aanvraag aanwezig waar in de zorgvraag staat beschreven. Een zorgplan waarin de zorgvraag nader wordt onderbouwd ontbreekt. Er is wel een mail d.d. 11-08-2020 van de indicierend wijkverpleegkundige aanwezig waarin zij reageert op de vragen van verweerder. Ook zit er in het dossier een schrijven van de oogarts dat verzoeker daar onder behandeling is geweest. Verdere medische informatie ontbreekt. De medisch adviseur merkt het volgende op.

De vraag of verzoeker een zorgvraag heeft die langer dan een jaar aanwezig is valt buiten on[ze] adviesbevoegdheid. Wat betreft de navolgbaarheid van de indicatiestelling, kan worden opgemerkt dat de zorg summier beschreven is in de PGB aanvraag. Het Zorginstituut vindt dat de indicierend wijkverpleegkundige in haar antwoord op de vragen van verweerder onvoldoende onderbouwt of het gaat om zorg waarbij er sprake is van de geneeskundige context en of zorg zoals verpleegkundige die plegen te bieden. Wat betreft de opmerking dat de zorg door het netwerk geleverd wordt en er om die reden geen zorgvraag meer is, is niet correct. Het is aan de indicierend wijkverpleegkundige om vast te stellen, in overleg met de verzoeker en eventueel met het netwerk, welke zorg er redelijkerwijs van het netwerk verwacht mag worden.

Zorg door het netwerk

De term 'zorg door het netwerk' of daarmee vergelijkbare termen komen niet voor in de Zvw of daarop gebaseerde regelgeving. De Zvw, het Besluit zorgverzekering (Bzv), of de Regeling zorgverzekering (Rzv) bevatten geen bepalingen die expliciet vastleggen dat geen sprake is van verzekerde zorg als (delen van) die zorg door het netwerk van de verzekerde kan worden verleend of overgenomen, of die regelen dat de mogelijkheden van het netwerk moeten worden meegenomen bij de bepaling van de omvang van de zorg waar de verzekerde op is aangewezen. In die zin bevat de Zvw en aanverwante regelgeving geen grondslag op basis waarvan inzet van het netwerk juridisch afdwingbaar is. Ook artikel 2.13a van de Zvw, waarin is vastgelegd dat zorgverzekeraars in de polis de mogelijkheid voor een PGB voor wijkverpleging moet opnemen, en de daaropgebaseerde regelgeving over het PGB vv in het Bzv en de Rzv bieden geen juridische grondslag voor het stellen van voorwaarden met betrekking tot de inzet van zorg door het netwerk van de verzekerde.

Op grond van artikel 2.1 lid 3 van het Bzv kan een verzekerde alleen aanspraak maken op zorg, waaronder een PGB vv, indien de individuele verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Hierbij is van belang dat, zoals hierboven aangegeven, de Zvw en daarop gebaseerde regelgeving geen grondslag biedt om zorg door het netwerk af te dwingen. Of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op zorg kan niet afhangen van de vraag of de zorg door het netwerk van de verzekerde verleend kan worden.

Op basis van het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat verweerder niet de afwijgrond kan hanteren dat de geïndiceerde zorg kan of moet worden geleverd door het netwerk van de verzoekster. Daarmee beperkt verweerder de aanspraak op zorg op ongeoorloofde wijze. Daarbij merkt het Zorginstituut op dat moet worden uitgegaan van de professionaliteit van de beroepsgroep. De wijkverpleegkundige neemt bij de indicatiestelling altijd mee wat het netwerk nog kan doen en hoe dit krachtiger gemaakt kan worden. Dit doet zij als onderdeel van het verpleegkundig proces en staat beschreven in het normenkader van V&VN (norm 3). Dit kan echter niet worden aangemerkt als standaardberekening van zorg die in alle gevallen principieel door het netwerk verplicht geboden zou moeten worden en mag ook niet als zodanig worden gehanteerd.

Conclusie

Het Zorginstituut kan niet beoordelen of verzoeker een zorgvraag heeft die langer dan een jaar aanwezig is. Dit valt buiten de adviesbevoegdheid van het Zorginstituut. Daarnaast is de zorg onvoldoende onderbouwd door de indicerende wijkverpleegkundige. Het is onduidelijk of het gaat om zorg waarbij er sprake is van een geneeskundige context en of er sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plagen te bieden.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op een PGB vv. "

- 3.7. Bij brief van 7 maart 2022 heeft het Zorginstituut in het definitief advies het volgende verklaard:

"(...) U heeft aan ons de volgende vraag gesteld:

"Ligt besloten in de onderbouwing van de geneeskundige context dat het om zorg gaat die langer dan een jaar nodig zal zijn?"

Het antwoord op uw vraag is als volgt:

Nee, voor het antwoord op de vraag of de zorg geboden wordt binnen een geneeskundige context (dus of de zorg verband houdt met een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop) is de duur van de zorgvraag niet bepalend.

Tot slot komen er uit het verslag geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is:
- i) hem alsnog een PGB vv toe te kennen op basis van 14 uren en 35 minuten Persoonlijke Verzorging per week;
 - ii) hem het entreegeld van € 37,- te vergoeden.

- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

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

6. Beoordeling

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

Standpunt verzoeker

- 6.2. Verzoeker heeft toegelicht dat hij na het ongeval gedurende 2,5 week op de IC heeft gelegen, waarbij werd gevreesd voor zijn leven. Verzoeker was ernstig verbrand in zijn gezicht en op de borst. Zijn beide sleutelbeenderen waren gebroken. Zijn linkerarm was verbrijzeld. Hierdoor kan hij nu bijna niets meer tillen. Voorts is zijn geheugen aangetast en heeft hij aan het ongeluk een visuele beperking overgehouden. Hierdoor heeft hij nog maar 20-30% zicht. Daarnaast heeft verzoeker gehoorschade opgelopen. Ook heeft hij een psychotrauma, waardoor hij wordt gehinderd in zijn zelfredzaamheid. Verzoeker kan niet alleen worden gelaten en dient onder meer bij de ADL op vrijwel alle gebieden te worden ondersteund. Hij heeft van de behandelend artsen begrepen dat hij nooit volledig zal herstellen.
- 6.3. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag in eerste instantie afgewezen omdat er een betalingsachterstand zou zijn. Later heeft hij de aanvraag toch inhoudelijk beoordeeld. De ziektekostenverzekeraar is van mening dat de situatie van verzoeker nog kan verbeteren en dat zijn zelfredzaamheid nog kan worden vergroot, eventueel met de inzet van hulpmiddelen. Ook zou de zorg kunnen worden verleend door het eigen netwerk. Verzoeker benadrukt dat hij voor het grootste deel te maken heeft met onomkeerbaar letsel. Hij woont alleen en is volledig afhankelijk van de hulp van zijn naasten, die hem reeds meer dan de gebruikelijke zorg verlenen. Zijn naasten hebben hun dagelijkse werk of een deel van de zorg voor het eigen gezin moeten opgeven om verzoeker te verzorgen. Dit kan de omgeving niet onbeperkt blijven doen zonder dat hier een vergoeding tegenover staat. Door de ziektekostenverzekeraar is niet onderbouwd waarom zijn zelfredzaamheid wél zou worden vergroot als zorg in natura wordt ingezet. Bovendien wordt door de ziektekostenverzekeraar weliswaar gesteld dat de zorgvraag van verzoeker niet langer dan een jaar bestaat, maar wordt tevens erkend dat de weg naar zelfredzaamheid langer dan een jaar zal duren. Dit is met elkaar in strijd.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij naar aanleiding van de aanvraag aanvullende vragen heeft gesteld aan de indicierend wijkverpleegkundige. Zij heeft schriftelijk uitgelegd waarbij verzoeker ondersteuning nodig heeft, en waarom. Hij vindt het prettig dat zijn zus deze zorgtaken kan uitvoeren. De moeder van verzoeker ondersteunt haar waar nodig. Bij verzoeker bestaat een onstabiele zorgvraag. Er is onvoldoende onderbouwd dat er in zijn huidige situatie sprake is van een zorgvraag die ten minste een jaar zal bestaan. De indicierend wijkverpleegkundige heeft naar aanleiding van een vraag over de duur van de indicatie bevestigd dat deze voor een periode van zes maanden moet worden afgegeven. Verzoeker bevindt zich nog in de herstelfase, waarbij niet bekend is of en hoe de behandeling zal aanslaan. Verder maakt het feit dat de zorg wordt verleend door zijn zus het verpleegkundig proces niet navolgbaar voor de ziektekostenverzekeraar.
- 6.5. Zowel de ergotherapeut als de psychiater is betrokken bij het herstel van verzoeker. Uit de indicatie en het zorgplan blijkt dat verzoeker nog niet is uitbehandeld en nog zelfredzamer kan worden. Dit betekent dat de indicatie nu zonder meer hoger is dan wanneer verzoeker verder in zijn hersteltraject is, met de inzet van hulpmiddelen en mogelijk met aanpassingen aan de woning. Volgens de ziektekostenverzekeraar kan verzoeker, totdat zijn zorgvraag stabiel is, met

zijn netwerk kijken naar de mogelijkheden. Voor zorg die nodig is omdat dit netwerk overbelast raakt, kan zorg in natura worden ingeschakeld.

Overwegingen commissie

- 6.6. De onderhavige kwestie betreft een PGB vv-geschil. Verzoeker is het niet eens met de beslissing van de ziektekostenverzekeraar tot afwijzing van zijn aanvraag tot toekenning van een PGB vv.
- 6.7. 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.
- 6.8. 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.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.
- 6.9. In dit geval heeft de ziektekostenverzekeraar de aanvraag voor het PGB vv in eerste instantie afgewezen omdat verzoeker een betalingsachterstand had. Hij heeft verzoeker hierover op 28 mei 2020 bericht. In augustus 2020 is kennelijk besloten de aanvraag toch weer in behandeling te nemen en deze alsnog inhoudelijk te beoordelen. Uit de stukken blijkt dat de ziektekostenverzekeraar op 11 augustus 2020 vragen heeft gesteld aan de indicerend wijkverpleegkundige. Zij heeft hierop gereageerd, waarop de ziektekostenverzekeraar op 21 augustus 2020 per brief aan verzoeker heeft meegedeeld dat de aanvraag voor het PGB vv ook op zorginhoudelijke gronden is beoordeeld en dat dit heeft geleid tot een afwijzing. De

afwijzingsgronden zijn in de brief duidelijk gemotiveerd. De ziektekostenverzekeraar heeft hiermee de vereiste zorgvuldigheid jegens verzoeker in acht genomen. Afwijzing van de aanvraag vond plaats op grond van de conclusie dat er (nog) geen sprake was van een stabiele zorgvraag omdat onvoldoende is onderbouwd dat verzoeker langdurig - dat wil zeggen langer dan één jaar - op deze zorg is aangewezen, mede gelet op, de mogelijkheden die nog bestonden tot meer zelfredzaamheid te komen en de mogelijke inzet van het netwerk. Zoals het Zorginstituut in zijn advies van 23 december 2021 heeft uiteengezet, mag de ziektekostenverzekeraar niet afwijzend beslissen op de grond dat volgens hem de zorg door het netwerk kan worden verleend. Dit is ter beoordeling aan de indicierend wijkverpleegkundige. Het Zorginstituut adviseert tot afwijzing van het verzoek met terugwerkende kracht een PGB vv toe te kennen, en noemt hierbij ook andere gronden om het verzoek af te wijzen. De commissie is van oordeel dat de ziektekostenverzekeraar mocht besluiten de aanvraag voor het PGB vv af te wijzen.

6.10. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 april 2022,

J.W. Heringa

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

nis / beperking is gewijzigd;

- een huisarts of jeugdarts als de stoornis / beperking wel eerder is vastgesteld maar er een samenhangende zorgbehoefte blijkt. Er is geen verwijzing van huisarts of jeugdarts nodig als eenvoudige revalidatie wordt geleverd door een gecontracteerde zorginstelling voor verzekeren met een visuele beperking. Uw zorginstelling kan u vertellen wanneer het om eenvoudige revalidatie gaat.

Akkoordverklaring

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

Tarieven

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

B.26. Wijkverpleging

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

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

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

Integrale zorg

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

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg mag niet gepaard gaan met verblijf in een instelling, tenzij het om Intensieve Kindzorg gaat. Als Intensieve Kindzorg gepaard gaat met verblijf in een instelling, dan kunt u deze zorg niet met een PGB inkopen.
- De zorg betreft geen kraamzorg. Kijk voor

kraamzorg in artikel B.7.

- De zorg omvat geen zorg die bekostigd kan worden uit de Wlz.
- Als het gaat om zorg bij kinderen jonger dan 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), dan valt die zorg onder de Jeugdwet; de zorg vindt dan niet in geneeskundige context plaats.
- Eigen risico is niet van toepassing.

Voorwaarden

Algemeen

- U moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. De te verlenen zorg, ook de indicatiestelling, moet doelmatig zijn.
- Verpleegkundige handelingen en verzorgingshandelingen worden zoveel mogelijk gecombineerd uitgevoerd in één bezoek aan u. Indien de zorg voor u slechts bestaat uit het uitvoeren van verzorgingshandelingen, dan heeft u regelmatig contact met de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, om na te gaan of uw situatie gewijzigd is en eventueel de indicatie en het zorgplan aan te passen. Wij verwachten van u dat u naar beste kunnen medewerking verleent aan de zorgverleners, zodat zij hun werk veilig en naar behoren kunnen uitvoeren.
- Bepaalde zorgvormen moeten verleend worden door gespecialiseerde verpleegkundigen (bijvoorbeeld bepaalde verpleegtechnische handelingen en casemanagement dementie). Ons Zorgteam kan u helpen een passende zorgverlener te vinden.
- De zorg wordt verleend in uw eigen omgeving. "Intensieve Kindzorg" kan ook in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderspice verleend worden.

Persoons Gebonden Budget

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

Zorgverlener

Algemeen

De wijkverpleegkundige zorg wordt verleend door zorgverleners (beroepskrachten) die bevoegd en bekwaam zijn voor die handelingen die zij uitvoeren en kunnen dit desgevraagd aantonen. De verpleegkundigen (niveau 4 en 5) zijn daarnaast BIG-geregistreerd. Voorbehouden handelingen worden volgens de geldende kaders en normen uitgevoerd. De verpleegkundig specialist of verpleegkundige niveau 5 die de indicatie heeft gesteld, is continu betrokken bij de zorg en bewaakt

of de indicatie en het zorgplan, en daarmee de ingezette zorg, nog passen bij de zorgvraag. Bij twijfel over de legitimiteit van handelen van een zorgmedewerker kan contact opgenomen worden met ons Zorgteam.

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

Indicatiestelling

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

Akkoordverklaring

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

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

Tarieven

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

B.27. Kortdurend verblijf in een instelling

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

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

Er moet vaststaan dat:

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

Onder de zorg valt:

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

Toelichting:

Zorg kan niet altijd thuis geleverd worden, bijvoorbeeld omdat een periode van aaneengesloten (geneeskundige) observatie, specialistische diagnostiek, herstellende zorg of zorg op onplanbare momenten nodig is. Ook kan palliatief terminale zorg niet altijd thuis geleverd worden en biedt een hospice soms betere mogelijkheden. In dergelijke gevallen kunt u recht hebben op een kortdurend verblijf buiten uw eigen huis zoals hierboven beschreven.

De zorg is in beginsel gericht op terugkeer naar huis binnen 3 maanden (tenzij er sprake is van zorg vanwege de palliatief terminale fase). Deze periode van opname is in het algemeen voldoende. Als een langer verblijf nodig blijkt, moet in het zorgplan worden onderbouwd waarom dit nodig is, en wat het doel is van de verlengde opname.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- U bent tijdens het kortdurend verblijf wel verzekerd voor medicijnen maar voor die zorg gelden dan de voorwaarden van artikel B.15 en B.16. en niet de voorwaarden van artikel B.27.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- U bent niet verzekerd voor kortdurend verblijf in een instelling als:
 - 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 wordt dan betaald vanuit de WLZ;
 - er sprake is van respijtzorg. Respijtzorg is een tijdelijke en volledige overname van zorg als de mantelzorger tijdelijk niet in

Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging

Geldig vanaf 1 januari 2020

Het vorige reglement Zvw-pgb is hiermee vervallen

Inhoud

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

Begripsbepaling

Bewuste-keuze gesprek

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

Herbeoordeling

Het vragen van een toetsing van de geldende indicatie, dan wel het vragen van een advies over de geldende indicatie aan een tweede, onafhankelijke wijkverpleegkundige. De eerste wijkverpleegkundige behoudt de regie over de indicatie. Na de toetsing door een tweede wijkverpleegkundige moet het oordeel/advies van deze wijkverpleegkundige voorgelegd worden aan de eerste wijkverpleegkundige. Deze beoordeelt vervolgens of de herbeoordeling tot aanpassing van de indicatie leidt en moet dit ook kunnen onderbouwen.

Partner

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

Vertegenwoordiger

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

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd iemand:

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

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

Wettelijk vertegenwoordiger

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

Zorg in Natura

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

Zorgverlener

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

Artikel 1: Inleiding

1.1 Waarom een reglement?

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

1.2 Wat is de basis voor dit reglement?

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

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

1.3 Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb.

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

Artikel 2: Doelgroep Zvw-pgb

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

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

Daarnaast dient u:

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

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

Artikel 3: Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

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

3.2 U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. De volgende aspecten wegen wij onder meer mee in onze beoordeling:

- a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
- b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de Zvw-pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
- c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
- d. u heeft een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
- e. u valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
- f. u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard.

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

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

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

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

Artikel 4: Weigeringsgronden

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

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

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

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

4.4 Uw vrijheid is u rechtens ontnomen;

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

4.6 Uit uw aanvraagformulier of het bewuste-keuze gesprek en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;

4.7 Uw (wettelijke) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):

- a. heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of (wettelijke) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
- b. beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
- c. is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen;
- d. valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), of er is een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank ingediend;
- e. heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of is failliet verklaard;
- f. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen.

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

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

Artikel 5: Aanvraag Zvw-pgb

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

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

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

b Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een door een BIG geregistreerde hbo-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist kindergeneeskunde die werkzaam is bij een bij de BINKZ (Branchevereniging Integrale Kindzorg) aangesloten zorgverlener, die deze indicatie stelt conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging. De indicatie dient gesteld te worden in de thuissituatie in aanwezigheid van uzelf (het kind) en de wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor). Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op arbeidsmarkt, kan er contact worden opgenomen met ons om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artikel 6: Akkoordverklaring

6.1 De ingangsdatum van het Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb ook op een latere datum in laten gaan.

6.2 In afwijking van artikel 6.1 is bij een herindicatie de ingangsdatum van het Zvw-pgb de datum van ingang van de geldende herindicatie, als aan de volgende voorwaarden is voldaan:

- a. op grond van de voorgaande indicatie was u een Zvw-pgb toegekend;
- b. de ingangsdatum van de geldende herindicatie ligt niet later dan de dag volgend op de datum van beëindiging van de voorgaande indicatie;
- c. wij hebben uw aanvraag voor een Zvw-pgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de geldende herindicatie.

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

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

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

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

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

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

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

Artikel 7: Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

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

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

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

7.1.4 Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Door inzending van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg.

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

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

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

7.2 Hoogte en omvang declaratie

7.2.1 Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

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

7.2.2 Voor informele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

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

7.2.3 Onder informele zorgverleners vallen zorgverleners die:

- een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad zijn en/of;
- niet zijn ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
- geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorg verlenende organisatie in het Handelsregister.

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

7.2.5 Zowel het formele als het informele tarief zijn “all-in-tarieven”. Dit houdt in dat u naast dit tarief geen andere kosten kunt declareren, zoals werkgeverslasten, reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en hulpmiddelen.

7.3 Overige bepalingen t.b.v. declareren

7.3.1 U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van de door u gecontracteerde zorgverleners. Voor zover u niet tijdig aan uw contractuele betalingsverplichting voldoet kunnen eventuele bijkomende kosten (bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente) niet vanuit het Zvw-pgb worden betaald.

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

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

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

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

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

Artikel 8: Verplichtingen

8.1 U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:

- NAW-gegevens van verzekerde;
- NAW-gegevens van de zorgverlener;
- relatie tussen verzekerde en de zorgverlener;
- looptijd van de overeenkomst;
- welke zorg zal worden geleverd;
- het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten;
- welk tarief u daarvoor zult betalen;
- de AGB-code indien het een formele zorgverlener betreft;
- ondertekening door verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger en zorgverlener.

Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op www.svb.nl.

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

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

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

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

8.5 Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt is een nieuwe indicatiestelling door de verpleegkundige noodzakelijk. Dit kan zowel gaan om een verslechtering als een verbetering van uw gezondheidssituatie. U moet dan per direct een nieuwe indicatie aanvragen en een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen.

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

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

De wijkverpleegkundige is niet meer aan zet als zij besluit dat haar expertise niet meer nodig is gezien de medische situatie van de verzekerde, of als zij van mening is dat er met haar interventies geen verpleegdoel meer bij de verzekerde te behalen valt. Als de inzet van de

verpleegkundige expertise niet meer nodig is, kan de (eventuele) overgebleven zorgbehoefte worden overgedragen aan het netwerk, of aan een ander domein.

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

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

8.7 U bent verplicht om een dossier te beheren en na het beëindigen van het Zvw-pgb voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste:

- a. een beschikking van de rechtbank als u een wettelijk vertegenwoordiger heeft tenzij u dit van rechtswege bent;
- b. de volledige Zvw-pgb aanvraagformulieren inclusief bijlagen en zorgovereenkomsten;
- c. facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;
- d. bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);
- e. kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties.

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

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

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

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

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

Artikel 9: Herziening of intrekking

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

- a. U niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden;
- b. U voldoet aan een van de weigeringsgronden;
- c. U niet voldoet aan de in dit reglement gestelde verplichtingen;
- d. U recht heeft op zorg vanuit de Wet langdurige zorg;
- e. U om beëindiging van het Zvw-pgb verzoekt;
- f. U langer dan twee maanden verblijft in een instelling i.v.m. zorg die ten laste komt van de basisverzekering;
- g. Met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing hadden geleid;
- h. U de informatie die wij bij u opvragen niet, dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
- i. U niet meewerkt aan een dossieronderzoek;
- j. Er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen;
- k. U het reglement niet naleeft;
- l. U gedurende de looptijd van het Zvw-pgb een nieuwe (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst, dan wel voor het eerst met een (wettelijk) vertegenwoordiger gaat werken en u met deze vertegenwoordiger, naar het oordeel van uw verzekeraar, niet in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren. U moet elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond doorgeven via het wijzigingsformulier Zvw-pgb, dat u kunt vinden op onze internetsite;
- m. U Zorg in Natura afneemt bij zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier hebt aangegeven.

Artikel 10: Beëindigen van het Zvw-pgb

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

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

10.2 De zorgverzekeraar kan uw recht op Zvw-pgb ook beëindigen:

- a. Met ingang van de dag waarop u niet langer in staat bent om op eigen kracht te voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden en u ook geen hulp van een vertegenwoordiger heeft;
- b. Met ingang van de dag waarop uw vertegenwoordiger, als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden:
 1. niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste graad is;
 2. bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 3. blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres;
 4. zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen;
 5. failliet is verklaard of op hem/haar de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) van toepassing is verklaard;
 6. anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
 7. uw zorgverlener en niet ook uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is.
- c. Met ingang van de dag waarop u zich niet (meer) houdt aan de aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
- d. Met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat met het Zvw-pgb wordt, of zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt;
- e. Met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat de continuïteit van de te ontvangen zorg voldoende gewaarborgd is in situaties waarin uw zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins niet in staat zal zijn de benodigde zorg te verlenen;
- f. Met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing had geleid.
- g. Met ingang van de dag waarop alsnog één van de situaties zoals beschreven in artikel 4 aan de orde is.

Artikel 11: Terugvordering

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

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

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

Artikel 2.15a

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

Artikel 2.15b

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

Artikel 2.15c

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

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste € 23,52 per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.

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.