

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen	: A te B, tegen OWM Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden
Zaak	: Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), ingangsdatum, terugvordering, zelfstandig beheer
Regelgeving	: Voorwaarden zorgverzekering 2018-2021, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018-2021
Zaaknummer	: 202100588
Zittingsdatum	: 3 november 2021

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

tegen

OWM Zorg en Zekerheid u.a. te Leiden, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 27 mei 2021 heeft verzoeker per brief 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 16 juni 2021 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 augustus 2021 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 19 augustus 2021 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 3 november 2021 gehoord.
- 2.4. De ziektekostenverzekeraar heeft op 8 en 18 november 2021 nadere informatie aangeleverd. Afschriften hiervan zijn op 19 november 2021 aan verzoeker gestuurd. Verzoeker heeft hierop bij e-mailbericht van 10 december 2021 gereageerd.
- 2.5. Omdat ter zitting is gebleken dat het geschil ook het legen van het urinaal betrof, en dit een zorginhoudelijk aspect is, heeft de commissie na afloop van de zitting besloten het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) om advies te vragen. Op 19 november 2021 is het verzoek gedaan advies uit te brengen in deze zaak. Het Zorginstituut heeft op 23 december 2021 zijn advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op dezelfde dag aan partijen gezonden, met de mogelijkheid hierop binnen tien dagen te reageren. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar hebben niet op het advies gereageerd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de Zorg Vrij Polis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering AV Plus (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat bespreking hiervan verder achterwege kan blijven.
- 3.2. Verzoeker heeft al enkele jaren een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). De ziektekostenverzekeraar heeft hem telefonisch meegedeeld een bedrag van € 2.208,- terug te vorderen met betrekking tot de periode van 22 december 2018 tot en met 24 februari 2019.

Verzoeker is het niet eens met deze beslissing en heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. Op 5 februari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij deze beslissing handhaaft.

- 3.3. Verzoeker heeft op 16 december 2020 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor verlenging van zijn PGB vv op basis van 7 uren en 45 minuten verpleging en 33 uren en 25 minuten persoonlijke verzorging per week. Op 11 januari is nogmaals de aanvraag ontvangen. Op 10 februari 2021 werd de aanvraag door de ziektekostenverzekeraar compleet ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker bij brief van 17 februari 2021 meegedeeld dat hij een PGB vv toekent van 30 uren en 30 minuten verzorging en 7 uren en 45 minuten verpleging per week. De ziektekostenverzekeraar heeft meegedeeld dat het PGB vv ingaat op 10 februari 2021. Bij brief van 19 februari 2021 is de ingangsdatum nader bepaald op 20 januari 2021.
- 3.4. Verzoeker is het niet eens met deze beslissing, en heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging gevraagd. De ziektekostenverzekeraar heeft aan verzoeker meegedeeld dat hij deze beslissing handhaaft.
- 3.5. Het Zorginstituut heeft in het advies van 23 december 2021 het volgende meegedeeld:

"(...) De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In het dossier is de PGB aanvraag met het daarbij behorende zorgplan aanwezig. Verdere medische informatie ontbreekt.

Het legen van urinaal

Verweerder heeft de zorg die betrekking heeft op het legen van de urinaal gedurende de nacht niet toegekend, omdat dit geen zorg zou zijn zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De indicierend wijkverpleegkundige geeft in haar mail d.d. 16-02-2021 naar verweerder aan dat ze begrip heeft voor het niet toekennen van deze zorg en dat de incontinentie zorg gedurende de nacht mogelijk efficiënter zou kunnen. Het Zorginstituut ziet deze mail als een akkoord van de indicierend wijkverpleegkundige op het schrappen van deze zorg uit de indicatie. Deze zorg is niet meer in geschil en het Zorginstituut zal hierover dan ook geen uitspraak doen.

Controleren katheter

Volgens verzoeker moet niet het urinaal worden gelegeerd maar de katheter worden gecontroleerd. Het Zorginstituut merkt hierbij op dat deze zorg niet is opgenomen in het zorgplan. Wij kunnen geen uitspraken doen/adviseren niet over zorg die niet is geïndiceerd. Daarnaast bevestigt de indicierend wijkverpleegkundige dat het gaat om de zorg met betrekking tot het legen van het urinaal. Het oordeel van de indicierend verpleegkundige is leidend.

Conclusie

De indicierend wijkverpleegkundige is akkoord gegaan met het niet toekennen van de zorg met betrekking tot het legen van het urinaal in de nacht. Hierdoor is er niets meer in geschil. Met betrekking tot het controleren van de katheter kan het Zorginstituut geen uitspraak doen of adviseren, nu het niet is opgenomen in het zorgplan/de indicatie. Hierdoor heeft het Zorginstituut geen adviesbevoegdheid meer.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Het Zorginstituut heeft geen adviesbevoegdheid. (...)"

4. Geschil
- 4.1. Verzoeker heeft, na aanpassing van zijn verzoek, aan de commissie verzocht te beslissen dat:
 - (i) Het teruggevorderde bedrag ad € 2.208,- ten onrechte niet is verrekend met een bedrag van € 2.400,-;

- (ii) de ingangsdatum van het PGB vv 11 november 2020 moet zijn;
- (iii) de ziektekostenverzekeraar ten onrechte heeft verlangd dat hij een vertegenwoordiger aanstelt voor het beheer van het PGB vv;
- (iv) de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem een PGB vv toe te kennen voor het legen van het urinaal onderscheidenlijk het controleren van zijn katheter, en
- (v) de ziektekostenverzekeraar gehouden is zijn advocaatkosten 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 4.6 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

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

Standpunt verzoeker

6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat de indicierend wijkverpleegkundige in maart 2020 bij hem langs is geweest, waarna een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar is ingediend. Deze aanvraag is gedurende drie maanden op de verkeerde afdeling blijven liggen, en is toen doorgestuurd naar het Zorgkantoor Zwolle, dat de aanvraag heeft afgewezen omdat de zorg onder de Zvw valt. Hierna is een aanvraag ingediend bij een ander zorgkantoor, dat met dezelfde argumenten ook tot afwijzing heeft besloten. De procedure heeft hierdoor in totaal zes maanden in beslag genomen. De echtgenote van verzoeker had intussen ontslag moeten nemen om als verpleegkundige voor hem te kunnen zorgen. Door het uitblijven van een PGB-budget zijn verzoeker en zijn echtgenote in ernstige financiële problemen gekomen. Het uiteindelijk toegekende PGB vv liep af op 10 november 2020. In september 2020 heeft verzoeker de wijkverpleegkundige verzocht een nieuwe indicatie te stellen. Vanwege het vertrek van deze wijkverpleegkundige kon de indicatiestelling echter niet tijdig plaatsvinden. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar op 30 oktober 2020 per aangetekend schrijven hiervan op de hoogte gebracht. Volgens de ziektekostenverzekeraar is dit stuk niet ontvangen, terwijl dit volgens gegevens van Post NL wel het geval moet zijn. Vanwege het niet tijdig ontvangen stuk, is de aanvraag voor het PGB vv met betrekking tot de periode van 11 november 2020 tot 20 januari 2021 niet gehonoreerd. Ook is gekort op het aantal uren, terwijl de zorgvraag is toegenomen. Ter zitting heeft verzoeker toegelicht dat bij de bepaling van de hoogte van het PGB vv rekening dient te worden gehouden met de tijd die nodig is voor het legen van het urinaal onderscheidenlijk voor het controleren van zijn katheter.

6.3. Verzoeker merkt verder op dat is afgesproken dat de Sociale Verzekeringsbank (SVB) de administratie verzorgt. Van de SVB kreeg verzoeker echter steeds het bericht dat de ziektekostenverzekeraar geen budget beschikbaar had gesteld. Verder gaf de SVB het advies over te gaan op een vast maandbedrag, omdat de urenverantwoording altijd hetzelfde is. Verzoeker heeft hiermee ingestemd, maar ontving toen van de ziektekostenverzekeraar de mededeling dat dit niet was toegestaan.

Verzoeker ontving in april 2021 bericht van de ziektekostenverzekeraar dat hij een zaakwaarnemer moest aanstellen vóór 3 mei 2021, omdat het PGB vv anders zou worden beëindigd. Zijn echtgenote werd niet als zaakwaarnemer geaccepteerd, omdat zij hiertoe niet geschikt zou zijn. Zij is als verpleegkundige gedurende 20 jaar werkzaam geweest in een ziekenhuis en gedurende 15 jaar als erkend BIG-geregistreeerde wijkverpleegkundige. Verzoeker merkt verder op dat hem is gebleken dat een externe gemachtigde uitsluitend na onderzoek door

de rechter kan worden aangewezen. Het onderzoek kost ongeveer € 250--, en de kosten van de procedure bedragen € 600,--. Vanwege achterstanden door de uitbraak van COVID-19 zal de behandeling ten minste zes maanden in beslag nemen. De eis van de ziektekostenverzekeraar dat vóór 1 juli 2021 een externe bewindvoerder moet zijn aangesteld is daarom onredelijk.

Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat het eerder aan verzoeker toegekende PGB vv liep tot en met 11 november 2020. Op 16 december 2020 ontving de ziektekostenverzekeraar een nieuwe aanvraag, die niet met het juiste aanvraagformulier was ingediend. Het formulier was op 26 november 2020 door de wijkverpleegkundige ondertekend, en had als ingangsdatum 1 januari 2021. Deze aanvraag kon niet in behandeling worden genomen, omdat het niet met het juiste formulier was aangevraagd. Zowel de indicierend wijkverpleegkundige als verzoeker is op 5 januari 2021 verzocht alsnog een juiste en complete aanvraag in te dienen. In de bijlage bij deze e-mail bevond zich het juiste aanvraagformulier. Op 11 januari 2021 werd een nieuwe aanvraag ontvangen. Op deze aanvragen waren twee data vermeld, namelijk 1 januari 2021 en 9 november 2020. De eerste datum was doorgestreept. Ook dit aanvraagformulier bleek niet compleet te zijn. Op 26 januari 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker en de indicierend wijkverpleegkundige gevraagd de ontbrekende informatie alsnog aan te leveren. Uiteindelijk werd op 10 februari 2021 de aanvraag compleet ontvangen. Verzoeker heeft diverse keren meegedeeld dat hij op 30 oktober 2020 per aangetekende brief de Raad van Bestuur van de ziektekostenverzekeraar heeft kenbaar gemaakt dat zijn aanvraag met enige vertraging zou worden ontvangen. Dit stuk is echter door de ziektekostenverzekeraar niet ontvangen. Ook is van verzoeker nimmer een verzendbewijs ontvangen. De ziektekostenverzekeraar handhaaft zijn standpunt dat de ingangsdatum van het PGB vv 21 januari 2021 is.
- 6.5. Het ontstaan van een huurachterstand bij verzoeker is de ziektekostenverzekeraar niet aan te rekenen. De ziektekostenverzekeraar begrijpt dat de lopende procedure en de doorlooptijd van de aanvraag hieraan hebben kunnen bijdragen, maar deze zaken liggen in de risicosfeer van verzoeker. Overigens was medio 2019 ook sprake van een omissie aan de zijde van de SVB. Op verzoek van de Ombudsman Zorgverzekeringen is destijds contact opgenomen met de SVB, waarna alsnog uitbetalingen zijn gedaan. De declaraties van de verleende zorg over de maand november 2020 zijn inmiddels door de SVB verwerkt. De vertraging van de verwerking lag in eerste instantie bij verzoeker. Hij declareerde over de volledige maand november 2020 de verleende zorg bij de SVB, terwijl zijn PGB vv met ingang van 12 november 2020 was geëindigd. Vervolgens heeft verzoeker na verloop van tijd een gewijzigde declaratie ingediend bij de SVB. De SVB heeft hierbij een verkeerde periode vermeld, die weer is hersteld. De zorgverlener is inmiddels uitbetaald.
- 6.6. Met betrekking tot de zorg in de nacht heeft de ziektekostenverzekeraar de aangevraagde zorg niet kunnen toekennen, omdat het legen van een urinaal geen zorg is zoals wijkverpleegkundigen die plegen te bieden. Dat verzoeker in de nacht een katheter gebruikt en dat deze 's nachts moet worden gecontroleerd, blijkt niet uit de overgelegde informatie. De adviserend wijkverpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar heeft navraag gedaan bij de indicierend wijkverpleegkundige. Deze deelde mee dat de zorg voor de nacht is besproken met verzoeker. Verzoeker heeft kenbaar gemaakt dat hij voor de nacht een urinaal wenst te gebruiken. De alternatieven, zoals een uri-tip of een postool naast het bed, werden door hem niet gewenst. Verzoeker heeft geen verklaring overgelegd waaruit blijkt dat hij 's nachts gebruik maakt van een katheter. De ziektekostenverzekeraar merkt verder op dat op de website van de SVB informatie is te vinden over het declareren van kosten van zorg. Deze dienen te worden ingediend op basis van het gewerkte aantal uren. Er mag niet worden uitgegaan van een vast maandloon. Een uitzondering hierop is de situatie van verzoeker, waarbij er vóór 2015 al een vast maandloon was afgesproken. Voor zover verzoeker stelt dat hij brieven ontving waaruit blijkt dat zijn budget niet toereikend zou zijn, vermoedt de ziektekostenverzekeraar dat verzoeker het budget vanuit de Wmo en dat vanuit de Zvw door elkaar haalt.

Op enig moment heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker verzocht een wettelijk vertegenwoordiger aan te stellen, omdat hij in een e-mailbericht had meegedeeld dat hij vanwege een derde CVA geen administratie kan voeren. Deze verplichting was niet kwetsend bedoeld. De ziektekostenverzekeraar heeft nog een openstaande vordering op verzoeker van € 2.208,--. Volgens verzoeker moet dit bedrag worden verrekend met een bedrag van € 2.400,-- dat hij nog tegoed zou hebben. Dit is echter niet aan de orde, zoals eerder aan verzoeker toegelicht.

Overwegingen

Terugvordering PGB vv

- 6.7. Artikel 9 van het 'Reglement 2018 Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar bepaalt dat het PGB vv kan worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht tot de datum van toestemming als iemand langer dan twee maanden in een Wlz-instelling of ziekenhuis verblijft. Door de ziektekostenverzekeraar is aangevoerd dat verzoeker in de periode van 22 december 2018 tot en met 24 februari 2019 was opgenomen in een ziekenhuis en in een revalidatie-instelling. Gedurende die periode had verzoeker geen zorg nodig van zijn echtgenote en daarom had hij tijdelijk geen recht op het PGB vv. Verzoeker heeft niet bestreden dat hij in genoemd tijdvak inderdaad in een ziekenhuis en in een revalidatie-instelling verbleef. Dit betekent dat het bedrag van € 2.208,-- onverschuldigd door de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker is vergoed, zodat hij gerechtigd is dit bedrag van verzoeker terug te vorderen. De stelling van verzoeker dat hij het openstaande bedrag mocht verrekenen met een vordering van € 2.400,-- van zijn zijde terzake van nabetaling van kosten van zorg, treft geen doel. Verzoeker heeft zijn vordering niet onderbouwd, terwijl de ziektekostenverzekeraar heeft uiteengezet dat verrekening niet mogelijk is omdat ter zake van gedeclareerde zorgkosten betaling aan de SVB is gedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft zich bereid verklaard over de achterstand een betalingsregeling met verzoeker te treffen.

Ingangsdatum PGB vv

- 6.8. Artikel 6, eerste lid, van het 'Reglement 2020 Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar bepaalt dat de ingangsdatum van het PGB vv de datum is waarop de ziektekostenverzekeraar de compleet ingevulde en ondertekende aanvraag heeft ontvangen. Ook is bepaald dat het niet mogelijk is het PGB vv met terugwerkende kracht te laten ingaan. Gebleken is dat het eerdere PGB vv van verzoeker afliep op 11 november 2020. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij op 16 december 2020 een aanvraagformulier heeft ontvangen, en dat dit pas op 10 februari 2021 compleet was. Verzoeker had daarom eerst vanaf die datum aanspraak op een PGB vv. De commissie treedt niet in de beslissing van de ziektekostenverzekeraar tot nadere bepaling van de ingangsdatum op 20 januari 2021. Verzoeker heeft niet aannemelijk gemaakt dat de benodigde stukken voordien al door de ziektekostenverzekeraar waren ontvangen. De opgelopen vertraging door afwezigheid van de wijkverpleegkundige ligt in de risicosfeer van verzoeker. Als budgethouder is hij zelf verantwoordelijk voor het tijdig aanvragen van een nieuw PGB vv. Het zelfde geldt voor het niet (tijdig) aankomen van post, zoals in dit verband de brief van 30 oktober 2020 die verzoeker stelt te hebben gestuurd aan de ziektekostenverzekeraar en waarin hij zou hebben aangegeven dat zijn aanvraag met enige vertraging zou worden aangeleverd. Nog daargelaten of deze brief tot een ander oordeel zou kunnen leiden met betrekking tot de ingangsdatum van het PGB vv, geldt dat het risico ter zake bij de verzender ligt.

Zelfstandig beheer

- 6.9. Verzoeker heeft verklaard dat hij vanaf 1 juli 2021 van de ziektekostenverzekeraar het PGB vv niet meer zelf mag beheren. Hoewel hiervan niet blijkt uit de stukken, merkt de commissie op dat in artikel 3, derde lid, van het 'Reglement 2021 Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar is bepaald dat de aanvrager van het PGB vv naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar in staat moet zijn op eigen kracht, of met hulp van

een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze te kunnen uitvoeren. Aangezien het woord 'wettelijk' tussen haken staat, is het - anders dan verzoeker veronderstelt - niet noodzakelijk dat een officiële externe wettelijk vertegenwoordiger wordt aangewezen door de rechter, zoals een bewindvoerder of curator. Wel is het zo dat als verzoeker het PGB vv naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar niet (langer) zelf kan beheren, de door hem aangewezen vertegenwoordiger daartoe in staat moet zijn. In die zin ligt het in de rede dat de ziektekostenverzekeraar wenst te onderzoeken of de echtgenote van verzoeker het PGB vv voor hem kan beheren. Blijkt dit niet het geval en is er niemand anders om deze taak te vervullen, dan is de ziektekostenverzekeraar niet gehouden het PGB vv toe te kennen en moet eventueel worden gekozen voor een andere leveringsvorm van de geïndiceerde zorg, zoals zorg in natura. De commissie heeft overigens van partijen begrepen dat verzoeker inmiddels geen PGB op grond van de Zvw meer ontvangt, waardoor de kwestie van de vertegenwoordiging nu geen rol meer speelt.

Legen urinaal en controleren katheter

- 6.10. Bij de beoordeling van het zorgplan heeft de ziektekostenverzekeraar contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige, en haar een aantal vragen gesteld. De wijkverpleegkundige heeft op 16 februari 2021 op deze vragen gereageerd, en bij die gelegenheid tevens verklaard het standpunt van de ziektekostenverzekeraar ten aanzien van het legen van het urinaal te kunnen begrijpen. De ziektekostenverzekeraar heeft naar het oordeel van de commissie aldus de vereiste zorgvuldigheid jegens verzoeker in acht genomen. Daarbij is de wijkverpleegkundige akkoord gegaan met het verlagen van de uren met betrekking tot het legen van het urinaal, zodat daarmee de gestelde indicatie voor deze zorg is komen te vervallen. Met betrekking tot het controleren van de katheter merkt het Zorginstituut in zijn advies van 23 december 2021 op dat deze zorg niet is opgenomen in het zorgplan. Deze zorg kan daarom niet worden toegekend in het kader van het PGB vv. De commissie volgt het advies van het Zorginstituut en maakt de conclusie hiervan tot de haren. Ter zitting heeft verzoeker overigens gesteld dat hij geen gebruik maakt van een katheter.

Advocaatkosten

- 6.11. Verzoeker heeft verder nog schade gevorderd in verband met kosten van de inzet van een advocaat. Deze kosten zijn door hem niet gespecificeerd of gesubstantieerd zodat dit onderdeel van het verzoek bij gebrek aan onderbouwing reeds daarom moeten worden afgewezen.
- 6.12. Ter zitting is nog aan de orde gekomen dat de ziektekostenverzekeraar bij de SVB zou nagaan of er over de maanden april, mei en juni door verzoeker gedeclareerd is terzake het PGB vv en of er budget beschikbaar was. Hierover heeft de ziektekostenverzekeraar bij brief van 8 november 2021 meegedeeld dat hij navraag heeft gedaan bij de SVB. Daaruit bleek volgens de ziektekostenverzekeraar dat de declaraties van verzoeker over de maanden mei en juni 2021 door de SVB aan de zorgverlener, de echtgenote van verzoeker, zijn uitbetaald. Over de maand april 2021 heeft de SVB geen Zvw-declaratie ontvangen van verzoeker. Deze aprilmaand kan hij volgens de ziektekostenverzekeraar dus alsnog declareren. Er is nog een resterend saldo van 1862 eenheden (van 5 minuten). Dit komt neer op 155 uren. Volgens verzoeker is dit niet juist. Deze kwestie valt echter buiten het bestek van dit geschil, zodat de commissie hierover verder geen uitspraak zal doen.
- 6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 3 februari 2022,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Artikel 26 Zintuiglijk gehandicaptenzorg

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op (extramurale) zintuiglijk gehandicaptenzorg. Deze zorg omvat multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis.

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

- diagnostisch onderzoek;
- interventies die zich richten op psychisch leren omgaan met de handicap;
- interventies die de beperkingen opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Naast de behandeling van de persoon met de zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeemgerichte medebehandeling van ouders of verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met de zintuiglijke beperking.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- ondersteuning bij maatschappelijk functioneren (zoals doventolk zorg);
- complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof-blinden en volwassen pre linguaal doven.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft voor aanvang van de zorg een schriftelijke verwijzing nodig voor:

- zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis. Voor de verwijzing moet u zijn doorverwezen door een medisch specialist of een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum. De verwijzing is gebaseerd op de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC). Bij eventuele nieuwe zorgvragen kan, als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden, ook een huisarts of jeugdarts verwijzen;
- zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een visuele beperking. Voor de verwijzing moet u zijn doorverwezen door een medisch specialist op basis van de richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG). Bij eventuele nieuwe zorgvragen kan, als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden, ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Heeft u medisch noodzakelijk verblijf in een instelling nodig in combinatie met extramurale zintuiglijk gehandicaptenzorg? Dan moet u voor de start van het verblijf schriftelijk toestemming aan ons vragen. Bij de aanvraag moeten de volgende gegevens vermeld en bijgevoegd worden:

- de verwijsbrief;
- een onderbouwing van de medische noodzaak van het verblijf;
- de verwachte verblijfsduur;
- het behandelplan.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp van een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van 80% van het WMG (maximum) tarief. Is er geen WMG (maximum) tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 80% van het in de markt gebruikelijke tarief.

Artikel 27 Verpleging en verzorging

27.1 Wijkverpleging

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

Vergoeding persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget. U heeft dan vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. Met dit budget kunt u zelf uw wijkverpleging inkopen. Het Reglement persoonsgebonden budget wijkverpleging is in dit geval van kracht. In dit Reglement vindt u onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Het reglement kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/brochures.

Wat zijn de voorwaarden?

- een Hbo-opgeleide verpleegkundige moet vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte;
- voor verzekerden onder de 18 jaar moet een Hbo-opgeleide kinderverpleegkundige vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte;

- de zorg houdt verband met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop;
- de zorg gaat niet gepaard met verblijf zoals bedoeld in artikel 6.2, artikel 18.5 en artikel 27.2;
- de zorg wordt geleverd door een verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er). Voor het Zvw-pgb gelden hiernaast de voorwaarden volgens het Reglement persoonsgebonden budget wijkverpleging;
- de zorg betreft geen kraamzorg als bedoeld in artikel 7.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- verzorging die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen;
- verpleging en verzorging ten laste van de zorgverzekeringswet als er voor verpleging en verzorging een Wlz indicatie is of aangevraagd zou kunnen worden.

Heb ik een verwijzing nodig?

- voor verpleging en verzorging voor verzekerden onder de 18 jaar is een verwijzing nodig van een kinderarts;
- voor palliatief terminale zorg is een verklaring nodig van de behandelend arts. Uit de verklaring moet blijken dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U moet vooraf schriftelijk toestemming aanvragen als er meer zorg nodig is dan 12 uur per dag. Dit is niet nodig voor palliatief terminale zorg. Het machtigingsformulier kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/wijkverpleging bij downloads.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot 75% van het in de markt gebruikelijke tarief.

Bij een restitutenota dient u de indicatiestelling (naam indicatiesteller en aantal geïndiceerde uren) en de naam van de zorgverlener toe te voegen. Diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn.

27.2 Eerstelijns verblijf

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk verblijf in een Eerstelijns verblijf (ELV) instelling in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Hierbij is 24-uurs toezicht noodzakelijk. De zorg bestaat uit:

- verblijf inclusief de daaraan onlosmakelijk gekoppelde verpleging en verzorging;
- generalistische geneeskundige zorg (zorg zoals huisartsen die plegen te bieden);
- paramedische zorg voor zover dit onlosmakelijk verbonden is met de reden voor opname;
- geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen voor zover deze onlosmakelijk verbonden zijn met de reden voor opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- de huisarts of medisch specialist heeft de indicatie gesteld en een verwijzing afgegeven voor ELV;
- de zorg wordt geleverd door een verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er) met minimaal niveau 3 onder toezicht van een HBO-verpleegkundige;
- bij de opname in een ELV instelling is er zicht op herstel en terugkeer naar de eigen omgeving, tenzij er sprake is van palliatieve zorg;
- er is een Zorgplan opgesteld door de instelling met inschatting van de duur van het verblijf;
- de duur van ELV is tenminste 24 uur en in de regel niet langer dan 91 dagen maanden. Na 1095 dagen bestaat geen recht meer op ELV; de ELV instelling beschikt over een toelating op basis van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op ELV als:

- respijtzorg (Wmo/Wlz), crisiszorg (Wmo/Wlz) of (geriatrische) revalidatiezorg aangewezen is;
- er sprake is van een indicatie voor medisch-specialistische zorg (bijvoorbeeld een ziekenhuisopname) of specialistische GGZ-zorg.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor het voortzetten van een behandeling die (naar verwachting) langer duurt dan 91 dagen heeft u vooraf schriftelijk toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag moet uiterlijk 2 weken voor het verstrijken van de 91 dagen ingediend zijn bij Zorg en Zekerheid.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp van een niet-gecontracteerde zorginstelling ontvangt u een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte tot maximaal 75% van het van het in de markt gebruikelijke tarief.

Bij het indienen van een restitutenota, moet u de verwijzing van de huisarts of medisch specialist toevoegen. Diagnose-informatie op de verwijzing hoeft niet zichtbaar te zijn.

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

- diagnostisch onderzoek;
- interventies die zich richten op psychisch leren omgaan met de handicap;
- interventies die de beperkingen opheffen of compenseren en daarmee de zelfredzaamheid vergroten.

Naast de behandeling van de persoon met de zintuiglijke beperking gaat het ook om (indirect) systeemgerichte medebehandeling van ouders of verzorgenden, kinderen en volwassenen, rondom de persoon met een zintuiglijke beperking, die vaardigheden aanleren in het belang van de persoon met de zintuiglijke beperking.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- ondersteuning bij maatschappelijk functioneren (zoals doventolkzorg);
- complexe, langdurige en levensbrede ondersteuning aan volwassen doof-blinden en volwassen prelinguaal doven.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft voor aanvang van de zorg een schriftelijke verwijzing nodig voor:

Auditieve of communicatieve beperking: zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een auditieve beperking of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis (TOS).

- u moet zijn doorverwezen door een medisch specialist of een klinisch fysicus-audioloog van een audiologisch centrum. De verwijzing is gebaseerd op de richtlijnen van de Federatie van Nederlandse Audiologische Centra (FENAC);
- bij eventuele nieuwe zorgvragen kan, als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden, ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.

Visuele beperking: zintuiglijk gehandicaptenzorg aan verzekerden met een visuele beperking.

- voor de verwijzing moet u zijn doorverwezen door een medisch specialist op basis van de richtlijn Visusstoornissen, revalidatie en verwijzing van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG);
- bij eventuele nieuwe zorgvragen kan, als tussentijds geen wijziging in de stoornis is opgetreden, ook een huisarts of jeugdarts verwijzen.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Heeft u medisch noodzakelijk verblijf in een instelling nodig in combinatie met extramurale zintuiglijk gehandicaptenzorg? Dan moet u voor de start van het verblijf schriftelijk toestemming aan ons vragen. Bij de aanvraag moeten de volgende gegevens vermeld en bijgevoegd worden:

- de verwijsbrief;
- een onderbouwing van de medische noodzaak van het verblijf;
- de verwachte verblijfsduur.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 27 Verpleging en verzorging

27.1 Wijkverpleging

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De zorg houdt verband met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. De zorg gaat niet gepaard met verblijf zoals bedoeld in artikel 6.2, artikel 18.5 en artikel 27.3 en betreft geen kraamzorg als bedoeld in artikel 7.

Wat zijn de voorwaarden?

- een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide verpleegkundige moet vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte op basis van 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN);
- voor verzekerden onder de 18 jaar moet een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide kinderverpleegkundige vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte;
- indicaties gesteld door andere professionals zijn geen verzekerde zorg;
- de zorg wordt geleverd door een verpleegkundige specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg of een helpende niveau 2 mits in een organisatorisch verband onder eindverantwoordelijkheid van een BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige;
- u bent gehouden mee te werken aan een huisbezoek, een telefonisch of schriftelijk onderzoek om te controleren of declaraties kloppen;

- u kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen;
- bij een restitutenota dient u de indicatiestelling (naam indicatiesteller en aantal geïndiceerde uren) en de naam van de zorgverlener toe te voegen. Diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- verzorging bij kinderen tot 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Wanneer een kind binnen de intensieve kindzorg valt of wanneer er sprake is van palliatief terminale zorg, dan valt de totale zorg thuis, verpleging en verzorging, wel onder de basisverzekering;
- verpleging en verzorging als u een Wlz-indicatie heeft. Als de verpleging plaatsvindt onder directe aansturing van de behandelend medisch specialist is dit niet zo. Dan valt de zorg onder de basisverzekering..
- persoonlijke verzorging (in de zin van ADL-ondersteuning), als u niet voldoende zelfredzaam bent bijvoorbeeld in verband met een psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke of zintuiglijke handicap, die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid. Deze zorg is geregeld in de Wmo.

Heb ik een verwijzing nodig?

Voor verpleging en verzorging voor verzekerden onder de 18 jaar is een verwijzing nodig van een kinderarts.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid:

- als er meer zorg nodig is dan gemiddeld twaalf uur per etmaal. Het machtigingsformulier kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/wijkverpleging bij downloads;
- als u gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

27.2 Vergoeding persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget. U heeft dan vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. Met dit budget kunt u zelf uw wijkverpleging inkopen. Naast de voorwaarden van art 27.1 is het Reglement persoonsgebonden budget wijkverpleging in dit geval van kracht. In dit Reglement vindt u onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Het reglement kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

27.3 Eerstelijns verblijf

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk verblijf in een Eerstelijns verblijf (ELV) instelling in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. De zorg bestaat uit:

- verblijf inclusief de daaraan onlosmakelijk gekoppelde verpleging en verzorging;
- generalistische geneeskundige zorg (zorg zoals huisartsen die plegen te bieden);
- paramedische zorg voor zover dit onlosmakelijk verbonden is met de reden voor opname;
- geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen voor zover deze onlosmakelijk verbonden zijn met de reden voor opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- de huisarts of medisch specialist heeft de indicatie gesteld en opname vindt plaats in overleg met de opnemende behandelaar ELV;
- de zorg wordt geleverd door een verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er) met minimaal niveau 3 onder toezicht van een hbo-verpleegkundige;
- bij de opname in een ELV-instelling is er zicht op herstel en terugkeer naar de eigen omgeving, tenzij er sprake is van palliatieve zorg;
- er is een Zorgplan opgesteld door een behandelaar in de ELV-instelling met een inschatting van de duur van het verblijf;
- de duur van ELV is tenminste 24 uur en in de regel niet langer dan 91 dagen. Na 1.095 dagen bestaat geen recht meer op ELV;
- de ELV-instelling beschikt over een toelating op basis van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi);
- bij het indienen van een restitutenota moet u de verwijzing van de huisarts of medisch specialist toevoegen. De diagnose-informatie op de verwijzing hoeft niet zichtbaar te zijn.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op ELV als:

- respijtzorg (Wmo/Wlz), crisiszorg (Wmo/Wlz) of (geriatrische) revalidatiezorg aangewezen is;
- er sprake is van een indicatie voor verblijf in een medisch-specialistische zorginstelling (bijvoorbeeld een ziekenhuisopname) of specialistische GGZ-zorginstelling.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor het voortzetten van een behandeling die (naar verwachting) langer duurt dan 91 dagen heeft u vooraf schriftelijk toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag moet uiterlijk twee weken voor het verstrijken van de 91 dagen ingediend zijn bij Zorg en Zekerheid.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 28 Gecombineerde Leefstijlinterventie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- een Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI), bestaande uit een behandelphase en een onderhoudsphase. Dit programma kent een doorlooptijd van maximaal 24 maanden;
- het programma is gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering;
- het programma bestaat uit een intake, individuele bijeenkomsten en groepsbijeenkomsten en een outtake;
- tijdens dit programma wordt u begeleid door een leefstijlcoach.

Wat zijn de voorwaarden?

- u heeft recht op de GLI vanaf een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR) volgens de indicatiecriteria uit de NHG-richtlijn Obesitas en de Zorgstandaard Obesitas en wanneer u intrinsiek gemotiveerd bent om aanpassingen te doen in uw leefstijl;
- u bent 18 jaar of ouder. Uitzondering hierop is als u 16 of 17 jaar bent en er sprake is van een matig verhoogd GGR (of hoger) en de behandelaar inschat dat de jeugdige baat kan hebben bij een GLI die op de leest voor volwassenen is geschikt;
- de zorgverlener die het leefstijladvies biedt is kwaliteitsgeregistreerd voor de betreffende GLI. Registratie vindt plaats in het register van de BLCN of in het register van de eigen paramedische beroepsgroep. In dit laatste geval betreft dit een specifieke registratie als leefstijlcoach;
- de GLI moet erkend zijn op het niveau effectiviteit in het erkenningstraject van het Loket Gezond Leven (www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies) van het RIVM;
- tijdens het aanbieden van de GLI blijft de huisarts betrokken: de zorgverlener van de GLI stemt af met de huisarts, koppelt regelmatig resultaten terug en overlegt zo nodig over eventuele aanvullende zorg;
- binnen de GLI moet de zorgverlener de contacten onderhouden met de huisarts, met andere zorgverleners en in voorkomende gevallen met het sociale domein;
- de periode waarin u de GLI (deels) ontvangen heeft maar u bij een andere zorgverzekeraar verzekerd was, telt eveneens mee voor de maximale doorlooptijd van 24 maanden.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- de daadwerkelijke begeleiding bij het bewegen zelf;
- Gecombineerde Leefstijlinterventies die niet bewezen effectief zijn volgens het Loket Gezond Leven van het RIVM.

Heb ik een verwijzing nodig?

U heeft een schriftelijke verwijzing nodig van de (huis)arts.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 27 Verpleging en verzorging

27.1 Wijkverpleging

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De zorg houdt verband met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. De zorg gaat niet gepaard met verblijf 3 als bedoeld in artikel 2.11 Besluit zorgverzekering en betreft geen kraamzorg als bedoeld in artikel 7.

Wat zijn de voorwaarden?

- een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide verpleegkundige moet vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte op basis van 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN);
- voor verzekerden onder de 18 jaar moet een BIG-geregistreerde hbo-opgeleide kinderverpleegkundige vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte;
- indicaties gesteld door andere professionals zijn geen verzekerde zorg;
- de zorg wordt geleverd door een verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of een helpende niveau 2. Zorg geleverd door een helpende niveau 2 moet in een organisatorisch verband onder eindverantwoordelijkheid van een BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige;
- u bent gehouden mee te werken aan een huisbezoek, een telefonisch of schriftelijk onderzoek om te controleren of declaraties kloppen;
- u kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. Dit is het geval als u naar een zorgaanbieder gaat waar Zorg en Zekerheid geen contract mee heeft. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen of een nota bij ons in te dienen. U moet de nota zelf bij ons indienen;
- bij een restitutenota dient u de indicatiestelling (naam indicatiesteller en aantal geïndiceerde uren) en de naam van de zorgverlener toe te voegen. Diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- verzorging bij kinderen tot 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen. Wanneer een kind binnen de intensieve kindzorg valt of wanneer er sprake is van palliatief terminale zorg, dan valt de totale zorg thuis in de vorm van verpleging en verzorging wel onder de basisverzekering;
- verpleging en verzorging als u een Wlz-indicatie heeft. Als de verpleging plaatsvindt onder directe aansturing van de behandelend medisch specialist is dit niet zo. Dan valt de zorg onder de basisverzekering;
- persoonlijke verzorging (in de zin van ADL-ondersteuning), als u niet voldoende zelfredzaam bent bijvoorbeeld in verband met een psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke of zintuiglijke handicap, die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid. Deze zorg is geregeld in de Wmo.

Heb ik een verwijzing nodig?

Voor verpleging en verzorging voor verzekerden onder de 18 jaar is een verwijzing nodig van een kinderarts.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U heeft vooraf schriftelijke toestemming nodig van Zorg en Zekerheid:

- als er meer zorg nodig is dan twaalf uur per etmaal. Het machtigingsformulier kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/wijkverpleging bij downloads;
- als u gebruik wenst te maken van een nieuw door ons gecontracteerde zorgaanbieder wijkverpleging. Het gaat om een zorgaanbieder die een contract heeft voor 2021, maar geen contract had in 2020. In de zorgzoeker kunt u vinden welke zorgaanbieders dit betreft. Het machtigingsformulier voor nieuw gecontracteerde zorgaanbieders kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/wijkverpleging;
- als u gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

27.2 Vergoeding persoonsgebonden budget (Zvw-pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget. U heeft dan vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. Met dit budget kunt u zelf uw wijkverpleging inkopen. Naast de voorwaarden van art 27.1 is het Reglement persoonsgebonden budget wijkverpleging in dit geval van kracht. In dit Reglement vindt u onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Het reglement kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

27.3 Eerstelijns verblijf

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk verblijf in een Eerstelijns verblijf (ELV) instelling in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. De zorg bestaat uit:

- verblijf inclusief de daaraan onlosmakelijk gekoppelde verpleging en verzorging;
- generalistische geneeskundige zorg (zorg zoals huisartsen die plegen te bieden);
- psychologische hulp, niet zijnde (specialistische) geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, door een gedragskundige aan patiënten met (een vermoeden van) gedragsmatige en/of cognitieve problematiek op verzoek van de huisarts, specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten;
- paramedische zorg voor zover dit onlosmakelijk verbonden is met de reden voor opname;
- hulpmiddelen en verbandmiddelen voor zover deze onlosmakelijk verbonden zijn met de reden voor opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- de huisarts of medisch specialist heeft de indicatie gesteld en opname vindt plaats in overleg met de opnemende behandelaar ELV;
- de zorg wordt geleverd door een verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er) met minimaal niveau 3 onder toezicht van een hbo-verpleegkundige;
- bij de opname in een ELV-instelling is er zicht op herstel en terugkeer naar de eigen omgeving, tenzij er sprake is van palliatieve zorg;
- er is een Zorgplan opgesteld door een behandelaar in de ELV-instelling met een inschatting van de duur van het verblijf;
- de duur van ELV is tenminste 24 uur en in de regel niet langer dan 91 dagen. Na 1.095 dagen bestaat geen recht meer op ELV;
- de ELV-instelling beschikt over een toelating op basis van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi);
- bij het indienen van een restitutenota moet u de verwijzing van de huisarts of medisch specialist toevoegen. De diagnose-informatie op de verwijzing hoeft niet zichtbaar te zijn.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op ELV als:

- respijtzorg (Wmo/Wlz), crisiszorg (Wmo/Wlz) of (geriatrische) revalidatiezorg aangewezen is;
- er sprake is van een indicatie voor verblijf in een medisch-specialistische zorginstelling (bijvoorbeeld een ziekenhuisopname) of specialistische GGZ-zorginstelling.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor het voortzetten van een behandeling die (naar verwachting) langer duurt dan 91 dagen heeft u vooraf schriftelijk toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag moet uiterlijk twee weken voor het verstrijken van de 91 dagen ingediend zijn bij Zorg en Zekerheid.

Gaat u naar een zorgverlener waarmee wij geen contract hebben afgesloten? Kijk voor meer informatie in artikel 1.5 van deze polisvoorwaarden.

Artikel 28 Gecombineerde leefstijlinterventie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI), bestaande uit een behandelphase en een onderhoudsfase. Dit programma kent een doorlooptijd van maximaal 24 maanden;
- het programma is gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering;
- het programma bestaat uit een intake, individuele bijeenkomsten en groepsbijeenkomsten en een outtake;
- tijdens dit programma wordt u begeleid door een leefstijlcoach.

Wat zijn de voorwaarden?

- u heeft recht op de GLI vanaf een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR) volgens de indicatiecriteria uit de NHG-richtlijn Obesitas en de Zorgstandaard Obesitas en wanneer u intrinsiek gemotiveerd bent om aanpassingen te doen in uw leefstijl;
- u bent 18 jaar of ouder. Uitzondering hierop is als u 16 of 17 jaar bent en er sprake is van een matig verhoogd GGR (of hoger) en de behandelaar inschat dat de jeugdige baat kan hebben bij een GLI die op de leest voor volwassenen is geschied;
- de zorgverlener die het leefstijladvies biedt is kwaliteitsgeregistreerd voor de betreffende GLI. Registratie vindt plaats in het register van de BLCN of in het register van de eigen paramedische beroepsgroep. In dit laatste geval betreft dit een specifieke registratie als leefstijlcoach;



Reglement 2018

Persoonsgebonden Budget
Verpleging en Verzorging

Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2018

Artikel 1. Inleiding	3
Artikel 2. Doelgroep Zvw-Pgb	3
Artikel 3. Voorwaarden voor toegang Zvw-Pgb	3
Artikel 4. Weigeringsgronden	4
Artikel 5. aanvraag Zvw-Pgb	4
Artikel 6. Toekenningsverklaring	5
Artikel 7. declareren van zorg	6
Artikel 8. Verplichtingen	7
Artikel 9. Herziening of intrekking	8
Artikel 10. Begripsbepalingen	8

Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging 2018

Artikel 1 Inleiding

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 is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om voor deze zorg een persoonsgebonden budget wijkverpleging (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 wijze van declaratie en toetsing. Dit reglement maakt onderdeel uit van uw polisvoorwaarden.

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.

Dit recht vloeit voort uit:

1. de Zorgverzekeringswet, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 358, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'de Zorgverzekeringswet');
2. het Besluit zorgverzekering, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 389, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'het besluit');
3. de Regeling zorgverzekering, zoals gepubliceerd in de Staatscourant 2005, 171, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'de regeling').

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.

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, nader te bepalen.

Artikel 2 Doelgroep Zvw-pgb

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.

Daarnaast dient u:

- langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf
- 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:

1. u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging waarvan de datum waarop de indicatie gesteld is, niet ouder is dan 3 maanden op het moment dat de aanvraag binnen is bij de zorgverzekeraar;
2. u bent naar het oordeel van de verzekeraar in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. Hiervan is in ieder geval geen sprake in de volgende situaties:
 - a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b. u was binnen een periode van 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 heeft binnen een periode van drie jaar voorafgaand aan de Zvw-pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnp) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;
 - f. u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent ooit failliet verklaard;
3. u bent naar het oordeel van de verzekeraar 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;

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

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

Artikel 4 Weigeringsgronden

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

1. 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;
2. u beschikt volgens de basisregistratie personen niet over een woonadres;
3. uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
4. u verleent geen medewerking (meer) aan een “bewust-keuze gesprek” dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
5. uit uw aanvraagformulier of het bewuste keuzegesprek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft 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 artikel 2. 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 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 rechtens ontnomen;
 - d. heeft binnen een periode van drie jaar voorafgaand aan de Zvw-pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnr) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;
 - e. heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of is ooit failliet verklaard;
 - f. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen.
9. er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor gebruikelijke zorg, zoals vastgesteld wordt door V&VN.

Artikel 5 Aanvraag Zvw-pgb

1. De aanvraag van een Zvw-Pgb vindt plaats door indiening van het Zvw-Pgb aanvraagformulier. Dit Zvw-Pgb-aanvraagformulier bestaat uit drie delen: (I) het verpleegkundig deel, (II) het verzekerden deel en deel III een (wettelijke) vertegenwoordiger. Het verpleegkundig deel (I) moet u laten invullen door de verpleegkundige die de indicatie stelt, waarna u beiden in elkaars aanwezigheid voor akkoord ondertekent. Het verzekerden deel (II) wordt door u zelf volledig ingevuld en ondertekend. In deel III moet u aangeven of sprake is van een (wettelijk) vertegenwoordiger.
2. Op uw aanvraag beschrijft u onder andere op wijze u de zorg zult inzetten ten behoeve van verbetering, behoud of beperking van achteruitgang van uw zelfredzaamheid, afhankelijk van wat gezien uw zorgvraag reëel is. U vindt het Pgb-aanvraagformulier op **zorgenzekerheid.nl/brochures**.
3. 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. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 27.1 van de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering, krijgt u toestemming voor een Zvw-pgb.
4. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door 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.
5. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld middels het Medisch Kindzorgsysteem (MKS) door een hbo-kinderverpleegkundige die werkzaam is bij een bij de VGVK en/of BMKT aangesloten zorgverlener.
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.
7. Indien er sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, dient u aan te kunnen tonen hoe u er voor zorgdraagt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen te verrichten.

8. Indien 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 drie maanden.
9. 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 zal gaan leveren, tenzij dit een door de verzekeraar voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.
10. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Dan kennen wij u voor dit deel van de indicatie geen pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij uw indicatie geanonimiseerd voor advies voorleggen aan een onafhankelijke derde partij.
11. Indien u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, dient u tevens aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) uw in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins.
12. Indien u verbleven bent in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw danwel 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.
13. In deel II van het aanvraagformulier (verzekerden deel) geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan van welke zorgaanbiders u gebruik wilt gaan maken. Ook geeft u in dit deel aan bij welke zorgaanbieder(s) u zorg in natura wenst af te nemen en welke zorgaanbieder(s) u zelf op basis van het ZVW-Pgb wenst te contracteren. Daarbij is het niet mogelijk om zorgaanbiders die door ons zijn gecontracteerd voor zorg in natura op basis van het ZVW-Pgb te contracteren. Indien er wijzigingen zijn in uw keuze of de zorgaanbieder Zorg In Natura aan u levert of Pgb, dan dient u dit direct aan ons te melden door een nieuw ZVW-Pgb aan te vragen.

Als uw ZVW-Pgb-aanvraagformulier niet volledig is ingevuld en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, dan nemen wij uw aanvraag niet in behandeling.

U moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgaanbieder(s) die door ons zijn gecontracteerd. Bij gecontracteerde partijen ontvangt u Zorg In Natura (ZIN). Indien u een combinatie wenst van Zorg In Natura met een Zvw-Pgb, dan mag de indicatie maar door één zorgaanbieder worden gesteld.

Artikel 6 Toekenningsverklaring

1. De ingangsdatum van het Zvw-rgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-rgb ook op een latere datum in laten gaan;
2. In afwijking van artikel 6.1 is bij een herindicatie de ingangsdatum van het Zvw-rgb de datum van ingang van de geldende herindicatie, als aan de volgende voorwaarden is voldaan:
 - op grond van de voorgaande indicatie was u een Zvw-rgb toegekend;
 - de ingangsdatum van de geldende herindicatie ligt niet later dan de dag volgend op de datum van beëindiging van de voorgaande indicatie;
 - de verzekeraar Zorg en Zekerheid heeft uw aanvraag voor een Zvw-rgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de geldende herindicatie.
3. In de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw Zvw-rgb vast. De looptijd van uw Zvw-rgb is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het Zvw-rgb aan u is toegekend en mits u een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-rgb wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe Zvw-rgb aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5. Beschikt u reeds over een toekenningsverklaring met een looptijd van 5 jaar, dan blijft deze geldig tenzij de zorgvraag wijzigt.
4. Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-rgb gaan wij uit van aangevraagde uren Zvw-rgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.
5. Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-rgb is vastgesteld.
6. Als uw zorgverzekering of uw Zvw-rgb voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw Zvw-rgb naar rato verlaagd. Uw Zvw-rgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Indien u meer zorg gedeclareerd hebt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel terug te betalen.
7. De toekenning of beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het Zvw-rgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.
8. Als u voor de zorg waarvoor u een Zvw-rgb 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-rgb, zoals opgenomen in de toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.

9. Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-Pgb gaan wij uit van de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.

Artikel 7 Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

1. U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw toekenningsverklaring staat vermeld.
2. De nota's die u ontvangt van de zorgverleners, waar u op basis van uw Zvw-pgb een overeenkomst mee heeft gesloten, controleert u en dient u bij ons in. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, pgb-aanvraag en toestemming mag gedeclareerd worden.
3. 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;
4. Het declareren van vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten, afgerond op 5 minuten mag worden gedeclareerd.
5. Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.
6. Indicatiestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in art. 2. beschreven, casemanagement en verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg worden niet vergoed uit 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

1. Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
 - Persoonlijke verzorging : € 38,40 per uur (€ 3,20 per 5 minuten)
 - Verpleging : € 56,76 per uur (€ 4,73 per 5 minuten)
2. Voor informele zorgverleners kunt u maximaal € 23,00 per uur declareren voor persoonlijke verzorging en verpleging.
3. Onder informele zorgverleners vallen zorgverleners die:
 - a. een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad is en/of;
 - b. niet is ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
 - c. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86,87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister
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.

7.3 Overige bepalingen t.b.v declareren

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.
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.
3. Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.
4. Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het budget verpleging en verzorging wordt overschreden wordt niet door ons vergoed.
5. Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de algemene polisvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg
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. Pas na onze schriftelijke toestemming, mag u de nota's van buitenlandse zorgverlener(s) declareren.
7. De kosten van vervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf indien medisch noodzakelijk in het kader van Intensieve Kindzorg kunt u niet vanuit het Zvw-Pgb declareren.
8. Deze kosten vallen sinds 1 januari 2017 onder de aanspraak zittend ziekenvervoer.
9. De nota's die u ontvangt van de zorgaanbieders, 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 toestemming mag gedeclareerd worden.
10. 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.
11. Het totaal van de ingediende nota's over een kalenderjaar overstijgt nooit de maximale hoogte van het toegekende jaarbudget Zvw-Pgb. Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het budget verpleging en verzorging wordt overschreden, wordt niet door ons vergoed.

12. Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.
13. Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het budget verpleging en verzorging of het aantal geïndiceerde uren wordt overschreden wordt niet door ons vergoed.
14. Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de algemene polisvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg. De kosten van de indicatiestelling vallen buiten het Zvw-Pgb.

Artikel 8 Verplichtingen

1. U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
 - NAW gegevens verzekerde;
 - NAW gegeven zorgverlener;
 - relatie tussen verzekerde en 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 verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger en zorgverlener.
 Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/brochures.
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 aan werkzaamheden verrichten. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 18 jaar.
3. 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.
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.
5. 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.
6. Ook wanneer u van zorgverlener(s) verandert of er wijzigingen zijn in uw keuze of de zorgverlener Zorg in Natura of 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 nieuwe Zvw-pgb wordt berekend per de ingangsdatum van dit nieuwe Zvw-pgb.
7. U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in overeenstemming is met de gestelde indicatie.
8. 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:
 - een beschikking van de rechtbank als u een wettelijk vertegenwoordiger heeft tenzij u dit van rechtswege bent;
 - de volledige pgb aanvraagformulieren inclusief bijlagen en zorgovereenkomsten;
 - facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;
 - bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);
 - kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties.
9. 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.
10. U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige en de 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.
11. Tevens zijn de gegevens met betrekking tot de indicatiestelling ter inzage opvraagbaar en beschikbaar voor toetsing op doelmatigheid en kwaliteit.
12. 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. 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 toekenningsverklaring te bewaren zolang hij geldig is. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen.

Artikel 9 Herziening of intrekking

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

- u niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden;
- u voldoet aan een van de weigeringsgronden;
- u niet voldoet aan de in dit reglement gestelde verplichtingen;
- u recht heeft op zorg vanuit de Wet langdurige zorg;
- u om beëindiging van het Zvw-pgb verzoekt;
- de toekenningsperiode van uw Zvw-pgb eindigt;
- u langer dan twee maanden in een Wlz-instelling of ziekenhuis verblijft;
- 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;
- uw zorgverzekering eindigt;
- u de informatie die wij bij u vragen niet dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
- u niet meewerkt aan een dossieronderzoek;
- er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen;
- u het reglement niet naleeft;
- u gedurende de looptijd van het Zvw-pgb een nieuwe (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst, danwel 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 dient elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond door te geven via het wijzigingsformulier Zvw-pgb, die u kunt vinden op www.zorgenzekerheid.nl.
- u Zorg in Natura afneemt bij zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier hebt aangegeven.

Artikel 10 Begripsbepalingen

Verpleging en verzorging

Dit betreft de zorg zoals omschreven in artikel 2.10 Besluit zorgverzekering (Bzv). Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

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

Voorbehouden handelingen

Voorbehouden handelingen zijn medische handelingen die onaanvaardbare risico's voor de gezondheid van een patiënt met zich meebrengen als ze door een ondeskundige worden uitgevoerd. Wie deze handelingen mogen uitvoeren, staat in de art. 35 – 39 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

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.

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:

- 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;
- die niet beschikt over een geldig woonadres;
- wiens vrijheid is ontnomen;
- op wie de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, of daartoe een verzoek bij de rechtbank is ingediend;
- die surséance van betaling heeft aangevraagd, in staat van faillissement verkeert of (ooit) failliet is verklaard;
- die anderszins onvoldoende waarborg zal bieden voor het nakomen van de voor de budgethouder aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen.

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



Postbus 400, 2300 AK Leiden

T. (071) 5 825 825

F. (071) 5 825 011

zorgenzekerheid.nl

K.v.K. Leiden 28050216

AFM nummer 12001019



Reglement 2019

Persoonsgebonden Budget
Verpleging en Verzorging

Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2019

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

Artikel 1 Inleiding

Waarom een reglement?

In de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering staat waarop u recht heeft, maar niet tot in detail. Voor verplegingen verzorging is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om voor deze zorg een persoonsgebonden budget wijkverpleging (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 wijze van declaratie en toetsing. Dit reglement maakt onderdeel uit van uw polisvoorwaarden.

1.1 Hoe is het reglement tot stand gekomen?

U heeft recht op verpleging en verzorging zoals deze is opgenomen in de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering.

Dit recht vloeit voort uit:

1. de Zorgverzekeringswet, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 358, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'de Zorgverzekeringswet');
2. het Besluit zorgverzekering, zoals gepubliceerd in het Staatsblad 2005, 389, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'het besluit');
3. de Regeling zorgverzekering, zoals gepubliceerd in de Staatscourant 2005, 171, inclusief latere wijzigingen (hierna te noemen 'de regeling').

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.

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, nader te bepalen.

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

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

Daarnaast dient u:

- langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf
- 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:

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.
2. u bent naar het oordeel van de verzekeraar in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit.
Hiervan kan bijvoorbeeld sprake zijn in de volgende situaties:
 - a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b. u was binnen een periode van 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 heeft binnen een periode van drie jaar voorafgaand aan de Zvw-pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnr) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;
 - f. u heeft surséance van betaling aangevraagd of verkeert in staat van faillissement.
3. U bent naar het oordeel van de verzekeraar 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 mee in onze beoordeling:

- a. U heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b. U was binnen een periode van 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.
4. U bent naar het oordeel van de verzekeraar in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) 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 zorg;
 5. U bent naar het oordeel van de verzekeraar in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.

Mocht u naar het oordeel van de verzekeraar niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zal de zorgverzekeraar u geen toegang tot het Zvw-pgb verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan dient te 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:

1. 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;
2. U beschikt volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
3. Uw vrijheid is u rehtens ontnomen;
4. U verleent geen medewerking (meer) aan een "Bewuste-keuze gesprek" en/of huisbezoek dat eventueel door de verzekeraar wordt georganiseerd;
5. 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 de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
6. 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 volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
 - c. is zijn/haar vrijheid rehtens ontnomen;
 - d. valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - e. heeft surséance van betaling aangevraagd, of 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.
7. 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.
8. Er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor gebruikelijke zorg. Onder gebruikelijke zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten, tot wie gerekend worden, de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie cliënt duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Artikel 5 Aanvraag Zvw-pgb

1. De aanvraag van een Zvw-Pgb vindt plaats door indiening van het Zvw-Pgb aanvraagformulier. Dit Zvw-Pgb-aanvraagformulier bestaat uit drie delen:
 - (I) het verpleegkundig deel
 - (II) het verzekerden deel
 - (III) een (wettelijke) vertegenwoordiger

Het verpleegkundig deel (I) moet u laten invullen door de verpleegkundige die de indicatie stelt, waarna u beiden in elkaars aanwezigheid voor akkoord ondertekent. Het verzekerden deel (II) wordt door u zelf volledig ingevuld en ondertekend. In deel III moet u aangeven of sprake is van een (wettelijk) vertegenwoordiger. Op uw aanvraag beschrijft u onder andere op welke wijze u de zorg zult inzetten ten behoeve van verbetering, behoud of beperking van achteruitgang van uw zelfredzaamheid, afhankelijk van wat gezien uw zorgvraag reëel is. U vindt het Pgb-aanvraagformulier op zorgenzekerheid.nl/brochures.
2. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en eventueel een Bewuste-keuze gesprek. Als hieruit blijkt dat u

voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 27.1 van de polisvoorwaarden, krijgt u toestemming voor een Zvw-pgb.

3. a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door 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;
- 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 aangesloten zorgverlener. Indien er capaciteit problemen zijn door de krapte op arbeidsmarkt kan er contact worden opgenomen met de betreffende zorgverzekeraar om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen.
4. 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.
5. Indien er sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, dient u aan te kunnen tonen hoe u er voor zorgdraagt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen te verrichten.
6. Indien 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 drie maanden.
7. 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 zal gaan leveren, tenzij dit een door de verzekeraar voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.
8. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Dan kennen wij u voor dat deel van de zorg geen pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij uw indicatie geanonimiseerd voor advies voorleggen aan een onafhankelijke derde partij die de indicaties herbeoordeelt.
9. Indien u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, dient u tevens aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) uw in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins.
10. Als u verbleef in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw 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.
11. In deel II van het aanvraagformulier (verzekerden deel) geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan van welke zorgaanbieder(s) u gebruik wilt gaan maken. Ook geeft u in dit deel aan bij welke zorgaanbieder(s) u zorg in natura wenst af te nemen en welke zorgaanbieder(s) u zelf op basis van het ZVW-Pgb wenst te contracteren. Daarbij is het niet mogelijk om zorgaanbieders die door ons zijn gecontracteerd voor zorg in natura op basis van het ZVW-Pgb te contracteren. Indien er wijzigingen zijn in uw keuze of de zorgaanbieder zorg in natura aan u levert of Pgb, dan dient u dit direct aan ons te melden door een nieuw ZVW-Pgb aan te vragen

Als uw ZVW-Pgb-aanvraagformulier niet volledig is ingevuld en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, dan nemen wij uw aanvraag niet in behandeling.

U moet er bewust voor kiezen om voor de invulling van uw zorgvraag geen of slechts gedeeltelijk gebruik te maken van zorgaanbieder(s) die door ons zijn gecontracteerd. Bij gecontracteerde partijen ontvangt u Zorg In Natura (ZIN). Indien u een combinatie wenst van Zorg In Natura met een Zvw-Pgb, dan mag de indicatie maar door één zorgaanbieder worden gesteld.

Ook moet u de wijkverpleegkundige die de indicatie stelt, de instelling die de Zorg in Natura levert en degene die de Zvw-pgb zorg levert hierover informeren. Indien u van ons geen akkoord heeft voor de vergoeding van Zorg in Natura in combinatie met Zvw-PGB, heeft dit gevolgen voor de vergoeding.

Artikel 6 Toekenningsverklaring

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;
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. de verzekeraar heeft uw aanvraag voor een Zvw-pgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de geldende herindicatie.
3. In de schriftelijke toekenningsverklaring 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 mits 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 Zvw-pgb aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5. Beschikt u reeds over een toekenningsverklaring met een looptijd van 5 jaar, dan blijft deze geldig tenzij de zorgvraag wijzigt.
4. Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-pgb gaan wij uit van aangevraagde uren Zvw-pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.
 5. Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld.
 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 terug te betalen.
 7. De toekenning of beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.
 8. Als u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al zorg in natura heeft of als u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg heeft op het moment dat u een aanvraag voor een pgb vv 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 uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.
 9. Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-Pgb gaan wij uit van de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.

Artikel 7 declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

1. U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw toekenningsverklaring staat vermeld.
2. Voor een goede en snelle afhandeling van uw declaraties verzoeken wij u om ons standaard declaratie formulier te gebruiken. U kunt deze vinden op onze website op zorgenzekerheid.nl/brochures (declaratieformulier Pgb Zvw). U kunt het declaratieformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Zowel voor formele zorgverleners als voor informele zorgverleners bestaat een apart declaratieformulier.
De nota's die u ontvangt van de zorgverleners, waar u op basis van uw Zvw-pgb een overeenkomst mee heeft gesloten, controleert u en dient u bij ons in. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, pgb-aanvraag en toestemming mag gedeclareerd worden.
3. 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;
4. Het declareren van vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten, afgerond op 5 minuten mag worden gedeclareerd.
5. Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.
6. Indicatiestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in art. 2.1. beschreven, casemanagement en verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg worden niet vergoed uit het Zvw-pgb. Deze zorg zal afhankelijk van uw polis als zorg in natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed vanuit de reguliere wijkverpleging.

7.2 Hoogte en omvang declaratie

1. Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
 - Persoonlijke verzorging : € 39,12 per uur (€ 3,26 per 5 minuten);
 - Verpleging € 56,76 per uur (€ 4,73 per 5 minuten).
2. Voor informele zorgverleners kunt u maximaal €23.00 per uur declareren voor persoonlijke verzorging en verpleging
3. Onder informele zorgverleners vallen zorgverleners die:
 - a. een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad is en/of;
 - b. niet is ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
 - c. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86,87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister.
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.
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

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.
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.

3. Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.
4. Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het budget verpleging en verzorging wordt overschreden wordt niet door ons vergoed.
5. Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de algemene polisvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg
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.
7.
 - a. De kosten van vervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf indien medisch noodzakelijk in het kader van Intensieve Kindzorg kunt u niet vanuit het Zvw-Pgb declareren;
 - b. De nota's die u ontvangt van de zorgaanbieders, 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 toestemming mag gedeclareerd worden;
 - c. 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;
 - d. Het totaal van de ingediende nota's over een kalenderjaar overstijgt nooit de maximale hoogte van het toegekende jaarbudget Zvw-Pgb. Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het budget verpleging en verzorging wordt overschreden, wordt niet door ons vergoed;
 - e. Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode;
 - f. Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het budget verpleging en verzorging of het aantal geïndiceerde uren wordt overschreden wordt niet door ons vergoed.

Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de algemene polisvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg. De kosten van de indicatiestelling vallen buiten het Zvw-Pgb.

Artikel 8 Verplichtingen

1. U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
 - NAW gegevens verzekerde;
 - NAW gegeven zorgverlener;
 - relatie tussen verzekerde en 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 verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger en zorgverlener.Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/brochures.
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 24 uur in één week aan werkzaamheden verrichten. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 18 jaar. U bent verplicht om 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.
3. 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.
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. 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.
5. Ook wanneer u van zorgverlener(s) verandert of er wijzigingen zijn in uw keuze of de zorgverlener Zorg in Natura of 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 nieuwe Zvw-pgb wordt berekend per de ingangsdatum van dit nieuwe Zvw-pgb.
6. U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in overeenstemming is met de gestelde indicatie.

7. U bent verplicht om een dossier te beheren en na het beëindigen van het pgb vv 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 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. 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.
9. U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige en de huisarts en/of medisch specialist om uw (medische) gegevens omtrent de Zvw-rgb aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien, op het moment dat het nodig is voor een juiste beoordeling. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur of verpleegkundig adviseur.
10. 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. 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 toekenningsverklaring te bewaren zolang hij geldig is. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen.
11. Als u alleen zorg inkoopt bij informele zorgverleners en het aantal uren verpleging en verzorging per week hoger is dan 24 uur dan kan de zorgverzekeraar de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een formele zorgverlener.

Artikel 9: Herziening of intrekking

Uw Zvw-rgb 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-rgb 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 vragen 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-rgb een nieuwe (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst, danwel 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-rgb verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren. U dient elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond door te geven via het wijzigingsformulier Zvw-rgb, die u kunt vinden op zorgenzekerheid.nl/brochures;
- m. Wanneer u Zorg in Natura afneemt bij zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier hebt aangegeven.

Artikel 10 Beëindigen van het Pgb

10.1 Uw recht op 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 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 Pgb verzoekt;
- h. de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken;
- i. uw zorgverzekering eindigt.

10.2 De zorgverzekeraar kan uw recht op Pgb ook beëindigen:

- a. met ingang van de dag waarop u niet langer in staat bent om op eigen kracht te voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden en u ook geen hulp van een vertegenwoordiger heeft;

- b. met ingang van de dag waarop uw vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden):
 - 1. niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is;
 - 2. bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - 3. 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 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 Pgb verbonden verplichtingen;
- d. met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat met het Pgb wordt, of zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt;
- e. met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat de continuïteit van de te ontvangen zorg voldoende gewaarborgd is in situaties waarin uw zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins niet in staat zal zijn de benodigde zorg te verlenen;
- f. met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing had geleid.

Artikel 11 Terugvordering

Als u zich bij de besteding vanuit Pgb niet houdt aan de regels uit dit Reglement, dan kan de zorgverzekeraar het aan u uitbetaalde Pgb geheel of gedeeltelijk terugvorderen.

Artikel 12 Begripsbepalingen

Verpleging en verzorging

Dit betreft de zorg zoals omschreven in artikel 2.10 Besluit zorgverzekering (Bzv). Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

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

Voorbehouden handelingen

Voorbehouden handelingen zijn medische handelingen die onaanvaardbare risico's voor de gezondheid van een patiënt met zich meebrengen als ze door een ondeskundige worden uitgevoerd. Wie deze handelingen mogen uitvoeren, staat in de art. 35 – 39 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

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.

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 pgb vv 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 Zvw- pgb verbonden verplichtingen.

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

Postbus 400, 2300 AK Leiden
T. (071) 5 825 825
F. (071) 5 825 011
zorgenzekerheid.nl
K.v.K. 28050216
AFM nummer 12001019



Reglement 2020

Persoonsgebonden Budget

Verpleging en Verzorging

Reglement 2020 Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging

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

Begripsbepalingen

Algemeen Gegevens Beheer-code (AGB-code)

Unieke code per zorgverlener of zorgaanbieder, die opgenomen is in het AGB-register.

Bewuste-keuzegesprek

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. De medewerker stelt vragen over uzelf, uw zorgbehoefte en de in te kopen zorg. Ook kunt u zelf uw vragen aan ons stellen.

Herbeoordeling indicatie

Uw zorgbehoefte kan opnieuw beoordeeld worden. U kunt uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen, door een andere verpleegkundige. De basisverzekering vergoedt de herbeoordeling, maar alleen als wij daarvoor vooraf toestemming hebben gegeven. Wij kunnen deze andere verpleegkundige aanwijzen. Ook kunnen wij zelf uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen.

Partner

Uw echtgeno(o)t(e), geregistreerd partner, of andere levensgezel waarmee u een duurzame huishouding voert.

Verpleging en verzorging

Dit betreft de zorg zoals omschreven in artikel 2.10 Besluit zorgverzekering (Bzv). Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

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

Voorbehouden handelingen

Voorbehouden handelingen zijn medische handelingen die onaanvaardbare risico's voor de gezondheid van een patiënt met zich meebrengen als ze door een ondeskundige worden uitgevoerd. Wie deze handelingen mogen uitvoeren, staat in de art. 35-39 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

Vertegenwoordiger

Een vertegenwoordiger is een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst uit uw familie (bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad) of die uw echtgenoot, uw geregistreerde partner of een andere levensgezel is 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.

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 benoemd.

Woonadres

Het adres op grond waarvan u bij de Basis Registratie Personen (BRP) bent ingeschreven.

Zorg in natura

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

Zorgverlener

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

Artikel 1 Inleiding

Waarom een reglement?

In de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering staat waarop u recht heeft, maar niet tot in detail. Voor verpleging en verzorging is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om voor deze zorg een persoonsgebonden budget wijkverpleging (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 wijze van declareren en toetsing. Dit reglement maakt onderdeel uit van uw polisvoorwaarden.

1.1 Waar is dit reglement op gebaseerd?

Het reglement Zvw-pgb is van toepassing als u een zorgverzekering bij Zorg en Zekerheid heeft. U heeft recht op verpleging en verzorging zoals deze is opgenomen in de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering. Artikel 13a van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de basis voor het toekennen van een Zvw-pgb. Als wijzigingen in artikel 13a Zvw en de daarmee samenhangende lagere regelgeving per 1 januari 2020 of latere datum in werking treden, dan kunnen wij in dit reglement wijzigingen aanbrengen die hier een direct gevolg van zijn. Ook kan dit reglement tussentijds aangepast worden, als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving, overheidsmaatregelen, of andere zaken, nader te bepalen. Wij informeren u hier dan over.

1.2 Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb

De voorwaarden en afspraken die wij opgenomen hebben in het reglement zijn mede 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

1. U komt in aanmerking voor een 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 zorg benoemd in artikel 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).

2. Daarnaast dient u:
 - a. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf;
 - b. 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:

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 daarvoor gesteld zijn;
2. u bent naar ons oordeel in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit;
3. 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 mee in onze beoordeling:

 - a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b. u was binnen een periode van 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 in de afgelopen twaalf maanden 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 surseance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard;
 - g. u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger is de Nederlandse taal zowel schriftelijk als mondeling machtig.
4. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht, of met hulp van een (wettelijk) 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 zorg;
5. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.

Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zal de zorgverzekeraar u geen toegang tot het Zvw-pgb verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan dient te 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:

1. u bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht, of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
2. u beschikt volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
3. uw vrijheid is u rechte ontnomen;
4. u verleent geen medewerking (meer) aan een "Bewuste-keuzegesprek" en/of huisbezoek dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
5. uit uw aanvraagformulier of het Bewuste-keuzegesprek en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee u een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
6. uw (wettelijk) 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 budget(ten) waarbij hij als hulppersoon of (wettelijk) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b. beschikt volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
 - c. is zijn/haar vrijheid rechte ontnomen;
 - d. valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wvsn), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling voor hem/haar is bij de rechtbank ingediend;
 - e. heeft surseance van betaling aangevraagd, of 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.
7. 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;
8. er wordt ook geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door uw eigen netwerk (voorheen genoemd: gebruikelijke zorg) en de zorg die u en uw naasten zelf kunnen doen. Onder deze zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen, en op basis van de belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen uw zorgsituatie, in redelijkheid mag worden verwacht van uw huisgenoten, tot wie gerekend worden: de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie u duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Artikel 5 Aanvraag Zvw-pgb

1. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en bestaat uit twee delen:
 - a. deel I: het verpleegkundige deel;
 - b. deel II: het verzekeren deel.

Een onvolledig ingevulde aanvraagformulieren-set wordt niet in behandeling genomen.

Het verpleegkundig deel (I) moet u laten invullen door de verpleegkundige die de indicatie stelt, waarna u beiden in elkaars aanwezigheid het formulier voor akkoord ondertekent. Het verzekeren deel (II) wordt door u zelf volledig ingevuld en ondertekend. Op uw aanvraag beschrijft u onder andere op welke wijze u de zorg zult inzetten ten behoeve van verbetering, behoud of beperking van achteruitgang van uw zelfredzaamheid, afhankelijk van wat gezien uw zorgvraag reëel is. U vindt het pgb-aanvraagformulier op **zorgenzekerheid.nl/brochures**. U kunt het Zvw-pgb-aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Het is zeer wenselijk dat er een zorgplan opgesteld wordt door een indicerende verpleegkundige volgens de richtlijnen van V&VN. Een Bewuste-keuzegesprek maakt onderdeel uit van de aanvraagprocedure, tenzij wij hiervan afzien. Voordat dit gesprek plaatsvindt adviseren wij u en, indien hiervan sprake is, uw (wettelijk) vertegenwoordiger om u voor te bereiden, zodat de aanvraag volledig beoordeeld kan worden. Als vanuit de beoordeling blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3 van dit reglement en in artikel 27.1. van de polisvoorwaarden en voorts dat er geen sprake is van één van de weigeringsgronden zoals genoemd in artikel 4 van dit reglement, krijgt u toekenning van een Zvw-pgb.

2. Benodigde (her)indicatie:
 - a. voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar bent u in het bezit van een door 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 en in uw aanwezigheid heeft opgesteld;
 - b. voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een, door een BIG-geregistreerde hbo-

- kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist kindergeneeskunde die werkzaam is bij een bij de Branchevereniging Integrale KindZorg (BINKZ) aangesloten zorgverlener, gestelde indicatie. Deze indicatie is opgesteld conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving en waarbij sprake is van de aanwezigheid van het kind en diens wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor) ;
- c. indien er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op de arbeidsmarkt kan er contact worden opgenomen met ons om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen;
 - d. verzekerde of diens wettelijk vertegenwoordiger is zelf verantwoordelijk voor het tijdig aanvragen van een (her)indicatie. Wij adviseren u om twee maanden voor de gewenste ingangsdatum van uw pgb of voorafgaand aan het verlopen van uw huidige pgb contact op te nemen met de indicierend verpleegkundige voor het stellen van een (her)indicatie.
3. 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;
 4. indien er sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, dient u aan te kunnen tonen hoe u er zorg voor draagt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen te verrichten;
 5. indien 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 drie maanden;
 6. de indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de verpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn uw (wettelijk) vertegenwoordiger en of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad. Ook mag de indicatie niet gesteld worden door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door de verzekeraar voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is;
 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. Dan kennen wij u voor dat deel van de zorg geen pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij uw indicatie geanonimiseerd voor advies voorleggen aan een onafhankelijke derde partij die de indicaties herbeoordeelt. Het is ook mogelijk dat u zelf om een herbeoordeling van de indicatie vraagt, maar dit kan alleen met goedkeuring vooraf van ons;
 8. indien u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, dient u tevens 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 door ziekte, vakantie of anderszins;
 9. als u verbleef in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw danwel 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. Een nieuwe aanvraag is nodig als u langer dan zestig dagen in een Wlz-instelling bent opgenomen of in een ziekenhuis verblijft of langer dan zestig dagen gebruik maakt van Kortdurend verblijf in een instelling zoals bedoeld in artikel 27 van uw polisvoorwaarden;
 10. in deel II van het aanvraagformulier (verzekerden deel) geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan van welke zorgaanbieder(s) u gebruik wilt gaan maken. Ook geeft u in dit deel aan bij welke zorgaanbieder(s) u zorg in natura wenst af te nemen en welke zorgaanbieder(s) u zelf op basis van het Zvw-pgb wenst te contracteren. De verpleegkundige moet hiervoor één indicatie opstellen waarin zowel de zorg in natura als zorg vanuit het Zvw-pgb zijn opgenomen. Daarbij is het niet mogelijk om zorgaanbieders die door ons zijn gecontracteerd voor zorg in natura op basis van het Zvw-pgb te contracteren. Ook moet u de verpleegkundige die de indicatie stelt, de instelling die de zorg in natura levert en degene die de Zvw-pgb zorg levert hierover informeren;
 11. indien er wijzigingen zijn in uw keuze of de zorgaanbieder zorg in natura aan u levert of pgb, dan dient u dit direct aan ons te melden door een nieuw Zvw-pgb aan te vragen. Indien u van ons geen akkoord heeft voor de vergoeding van zorg in natura in combinatie met Zvw-pgb, heeft dit gevolgen voor de vergoeding.

Artikel 6 Toekenningsverklaring

1. De ingangsdatum van het Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Het is niet mogelijk om uw Zvw-pgb met terugwerkende kracht in te laten gaan. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb ook op een latere datum in laten gaan;
2. in afwijking van artikel 6.1 is bij een herindicatie de ingangsdatum van het Zvw-pgb de datum van ingang van de geldende herindicatie, als aan de volgende voorwaarden is voldaan:
 - a. op grond van de voorgaande indicatie was u een Zvw-pgb toegekend;
 - b. de ingangsdatum van de geldende herindicatie ligt niet later dan de dag volgend op de datum van beëindiging van de voorgaande indicatie;
 - c. wij hebben uw aanvraag voor een Zvw-pgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de geldende herindicatie.

3. in de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw Zvw-pgb vast. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal twee jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en mits 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 Zvw-pgb-aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5. Beschikt u reeds over een toekenningsverklaring met een looptijd van vijf jaar, dan blijft deze geldig tenzij de zorgvraag wijzigt;
4. voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-pgb beoordelen wij de aangevraagde uren Zvw-pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd;
5. het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld.
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 heeft dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel terug te betalen;
7. de toekenning of beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt;
8. als u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al zorg in natura heeft of als u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg heeft op het moment dat u een aanvraag voor een Zvw-pgb indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het Zvw-pgb, zoals opgenomen in de toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.

Artikel 7 Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

1. u kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw toekenningsverklaring staat vermeld;
2. voor een goede en snelle afhandeling van uw declaraties verzoeken wij u om ons standaard declaratieformulier te gebruiken. U kunt deze vinden op onze website op zorgenzekerheid.nl/brochures (declaratieformulier Pgb Zvw). U kunt het declaratieformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Zowel voor formele zorgverleners als voor informele zorgverleners bestaat een apart declaratieformulier;
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, pgb-aanvraag en de door ons verleende toestemming mag gedeclareerd worden;
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;
5. het declareren van vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten, afgerond op vijf minuten, mag worden gedeclareerd;
6. wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw Zvw-pgb;
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 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

1. Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
 - persoonlijke verzorging: € 39,12 per uur (€ 3,26 per 5 minuten);
 - verpleging: € 56,76 per uur (€ 4,73 per 5 minuten).
2. voor informele zorgverleners kunt u maximaal €23,52 per uur declareren voor persoonlijke verzorging en verpleging;
3. onder informele zorgverleners vallen zorgverleners die:
 - a. een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad is en/of;
 - b. niet is ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
 - c. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI-codes 86,87 of 88 staan geregistreerd als zorg verlenende organisatie in het Handelsregister.
4. formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in 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;
5. alleen de AGB-codes van zorgverleners uit de categorieën 41 zzp-er wijkverpleging, 42 zorgaanbieders, 75 thuiszorginstellingen, 91 verpleegkundigen of 98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars worden als formele zorgverlener geaccepteerd. Uw zorgverlener moet daarnaast aantoonbaar beschikken over het juiste diploma (verzorgende/verpleegkundige). Wij kunnen ter controle daarvan bij u het diploma van uw formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan wij kunnen controleren of uw zorgverlener voldoet aan de door ons gestelde eisen tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief;
6. 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

1. u bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van de zorgverleners waarmee u een overeenkomst heeft gesloten. 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 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;
3. het eventueel niet-gedeclareerde deel van uw budget (op basis van aantal uren) wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode;
4. het totaal van de ingediende nota's over een kalenderjaar overstijgt nooit de maximale hoogte van het toegekende jaarbudget Zvw-pgb. Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het budget (op basis van aantal uren) verpleging en verzorging wordt overschreden wordt niet door ons vergoed;
5. naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de algemene polisvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg;
6. indien u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode (een) buitenlandse zorgverlener(s) inhuren, dan dient u dit schriftelijk vooraf bij ons te melden;
7.
 - a. de kosten van vervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf, indien medisch noodzakelijk in het kader van Intensieve Kindzorg, kunt u niet vanuit het Zvw-pgb declareren;
 - b. wanneer u tijdelijk in het ziekenhuis, een GGZ-instelling of een instelling voor Eerstelijns Verblijf (ELV), revalidatie of geriatrische revalidatie (GRZ) verblijft, dan kunt u in deze periode geen zorg inkopen en declareren met uw Zvw-pgb;
 - c. de kosten van de indicatiestelling vallen buiten het Zvw-pgb.

Artikel 8 Verplichtingen

1. U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
 - a. naam, adres en woonplaats (NAW) gegevens van de verzekerde;
 - b. naam, adres en woonplaats (NAW) gegevens van de zorgverlener;
 - c. relatie tussen verzekerde en zorgverlener;
 - d. looptijd van de overeenkomst;
 - e. welke zorg zal worden geleverd;
 - f. het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten;
 - g. welk tarief u daarvoor zult betalen;
 - h. AGB-code indien het een formele zorgverlener betreft;
 - i. ondertekening door verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger en zorgverlener.

Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op zorgzekerheid.nl/brochures en op www.svb.nl.

2. U dient er als verzekerde op toe te zien dat uw partner en 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 40 uur in één week aan werkzaamheden verrichten. Op het moment dat de partner of 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 voor deze zorgverlener ook niet meer dan 40 uur bedragen. Verder mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 18 jaar.
3. U bent verplicht om 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 inventarisatie waaruit blijkt dat de zorgvraag meer dan 24 uur per week omvat, kan er voorafgaande aan het afgeven van de indicatie een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd worden door de wijkverpleegkundige, zodat de zorg wordt afgestemd met de verschillende professionals. U bent verplicht om hieraan mee te werken. Dit houdt in dat u toestemming moet geven om uw medische gegevens met de betrokken professionals te delen.
4. U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoopt. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de zorgverleners waarmee u een overeenkomst heeft gesloten.
5. Wijzigingen in uw pgb:
 - a. 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;
 - b. de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, kan ook minstens één 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;

- c. als er wijzigingen zijn in de combinatie van en de verhouding tussen zorg in natura en Zvw-pgb of wanneer u van zorgverlener(s) verandert moet u een nieuwe Zvw-pgb-aanvraag indienen. Wanneer deze aanvraag wordt goedgekeurd, vindt er op basis van deze nieuwe aanvraag, indien dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het nieuwe Zvw-pgb wordt (her)berekend per de ingang van de datum van de nieuwe aanvraag.
- 6. U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in overeenstemming is met de gestelde indicatie.
- 7. U bent verplicht om een dossier (bij voorkeur digitaal, zoals via Nedap) te beheren en dit 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 uw wettelijk vertegenwoordiger dit van rechtswege is;
 - b. de volledige pgb-aanvraagformulieren-set 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. 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.
- 9. U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige en de huisarts en/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 beoordeling. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur of verpleegkundig adviseur.
- 10. U bent verplicht mee te werken aan een Bewuste-keuzegesprek (BKG). Het Bewuste-keuzegesprek wordt gevoerd met u en/of uw wettelijk vertegenwoordiger.
- 11. 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 met 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 toekenningsverklaring te bewaren zolang hij geldig is. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen.
- 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 Zvw-pgb kan worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toestemming als:

- a. u niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden;
- b. één of meerdere weigeringsgronden (alsnog) voor u van toepassing blijken of door gewijzigde omstandigheden van toepassing worden;
- 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 in verband met zorg die ten laste komt van de basisverzekering;
- g. met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, 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;
- h. u de informatie die wij bij u vragen 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, danwel 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 dient elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond door te geven via het wijzigingsformulier Zvw-pgb, dat u kunt vinden op zorgenzekerheid.nl/brochures;
- m. wanneer u zorg in natura afneemt bij (een) zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier heeft aangegeven.

Artikel 10 Beëindigen van het pgb

10.1 Uw recht op 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. rechs uw vrijheid is ontnomen;
- f. u met uw 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 pgb verzoekt;
- h. de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken;
- i. uw zorgverzekering eindigt.

10.2 De zorgverzekeraar kan uw recht op pgb ook beëindigen:

- a. met ingang van de dag waarop u niet langer in staat bent om op eigen kracht te voldoen aan alle in artikel 3 genoemde toekenningsvoorwaarden en u ook geen hulp van een vertegenwoordiger heeft;
- b. met ingang van de dag waarop uw vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden):
 1. niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is;
 2. bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 3. blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres;
 4. zijn/haar vrijheid rechs is ontnomen;
 5. failliet is verklaard of op hem/haar de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr) van toepassing is verklaard;
 6. anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het pgb verbonden verplichtingen;
 7. uw zorgverlener 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 pgb verbonden verplichtingen;
- d. met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat met het 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 een van de situaties zoals beschreven in artikel 4 aan de orde is.

Artikel 11 Terugvordering

Als u zich bij de besteding vanuit pgb niet houdt aan de regels uit dit reglement, dan kan de zorgverzekeraar het aan u uitbetaalde pgb geheel of gedeeltelijk terugvorderen.



Reglement 2021

Persoonsgebonden Budget

Verpleging en Verzorging

Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2021

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

Begripsbepalingen

Algemeen Gegevens Beheer-code (AGB-code)

Unieke code per zorgverlener of zorgaanbieder, die opgenomen is in het AGB-register.

Bewuste-keuzegesprek

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. De medewerker stelt vragen over uzelf, uw zorgbehoefte en de in te kopen zorg. Ook kunt u zelf uw vragen aan ons stellen.

Herbeoordeling indicatie

Uw zorgbehoefte kan opnieuw beoordeeld worden. U kunt uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen, door een andere verpleegkundige. De basisverzekering vergoedt de herbeoordeling, maar alleen als wij daarvoor vooraf toestemming hebben gegeven. Wij kunnen deze andere verpleegkundige aanwijzen. Ook kunnen wij zelf uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen.

Partner

Uw echtgeno(o)t(e), geregistreerd partner, of andere levensgezel waarmee u een duurzame huishouding voert.

Verpleging en verzorging

Dit betreft de zorg zoals omschreven in artikel 2.10 Besluit zorgverzekering (Bzv). Verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg:

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

Voorbehouden handelingen

Voorbehouden handelingen zijn medische handelingen die onaanvaardbare risico's voor de gezondheid van een patiënt met zich meebrengen als ze door een ondeskundige worden uitgevoerd. Wie deze handelingen mogen uitvoeren, staat in de art. 35-39 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

Vertegenwoordiger

Een vertegenwoordiger is een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst uit uw familie (bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad) of die uw echtgenoot, uw geregistreerde partner of een andere levensgezel is 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 Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
- g. 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 benoemd.

Woonadres

Het adres op grond waarvan u bij de Basis Registratie Personen (BRP) bent ingeschreven.

Zorg in natura

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

Zorgverlener

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

Artikel 1 Inleiding

Waarom een reglement?

In de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering staat waarop u recht heeft, maar niet tot in detail. Voor verpleging en verzorging is het onder bepaalde voorwaarden mogelijk om voor deze zorg een persoonsgebonden budget wijkverpleging (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 wijze van declareren en toetsing. Dit reglement maakt onderdeel uit van uw polisvoorwaarden.

1.1 Waar is dit reglement op gebaseerd?

Het reglement Zvw-pgb is van toepassing als u een zorgverzekering bij Zorg en Zekerheid heeft. U heeft recht op verpleging en verzorging zoals deze is opgenomen in de polisvoorwaarden van uw zorgverzekering. Artikel 13a van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de basis voor het toekennen van een Zvw-pgb. Als wijzigingen in artikel 13a Zvw en de daarmee samenhangende lagere regelgeving per 1 januari 2021 of latere datum in werking treden, dan kunnen wij in dit reglement wijzigingen aanbrengen die hier een direct gevolg van zijn. Ook kan dit reglement tussentijds aangepast worden, als gevolg van wijzigingen in wet- en regelgeving, overheidsmaatregelen, of andere zaken, nader te bepalen. Wij informeren u hier dan over.

1.2 Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb

De voorwaarden en afspraken die wij opgenomen hebben in het reglement zijn mede 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

1. U komt in aanmerking voor een 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 zorg benoemd in artikel 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).

2. Daarnaast dient u:
 - a. langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf;
 - b. 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:

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 daarvoor gesteld zijn;
2. u bent naar ons oordeel in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit;
3. 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 mee in onze beoordeling:

 - a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b. u was binnen een periode van 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 in de afgelopen twaalf maanden 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 surseance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard;
 - g. u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger is de Nederlandse taal zowel schriftelijk als mondeling machtig.
4. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht, of met hulp van een (wettelijk) 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 zorg;
5. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.

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, of stellen wij u aanvullende eisen waaraan dient te 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:

1. u voldoet niet aan de voorwaarden opgenomen in artikel 2 en/of 3;
2. u bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht, of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
3. u beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
4. uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
5. u verleent geen medewerking (meer) aan een "Bewuste-keuzegesprek" en/of huisbezoek dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
6. uit uw aanvraagformulier of 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;
7. uw (wettelijk) 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 budget(ten) waarbij hij als hulppersoon of (wettelijk) 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), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling voor hem/haar is bij de rechtbank ingediend;
 - e. heeft surseance van betaling aangevraagd, of 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.
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;
9. er wordt ook geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door uw eigen netwerk (voorheen genoemd: gebruikelijke zorg) en de zorg die u en uw naasten zelf kunnen doen. Onder deze zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen, en op basis van de belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen uw zorgsituatie, in redelijkheid mag worden verwacht van uw huisgenoten, tot wie gerekend worden: de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie u duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Artikel 5 Aanvraag Zvw-pgb

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 verzekerd deel). Een Bewuste-keuze gesprek maakt onderdeel uit van de aanvraagprocedure, tenzij wij hiervan afzien. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3, krijgt u een akkoordverklaring voor een Zvw-pgb. U vindt het Zvw-pgb-aanvraagformulier op onze website zorgenzekerheid.nl/brochures. U kunt het Zvw-pgb-aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Een onvolledig ingevulde aanvraagformulieren-set wordt niet in behandeling genomen.
2.
 - 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 deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving en in uw aanwezigheid heeft opgesteld;
 - b. voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een, door een minimaal BIG-geregistreerde hbo-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist kindergeneeskunde die werkzaam is bij een bij de Branchevereniging Integratie KindZorg (BINKZ) aangesloten zorgverlener, gestelde indicatie; die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving en in uw aanwezigheid (het kind) en de aanwezigheid van uw wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor) heeft opgesteld.
3. 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;
4. indien er sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, dient u aan te kunnen tonen hoe u er zorg voor draagt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen te verrichten. Bij risicovolle handelingen moet aantoonbaar gemaakt worden dat deze in opdracht van een arts wordt uitgevoerd. Met deze verklaring kan door een minimaal BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige een indicatie worden opgesteld die voldoet aan de eisen van artikel 5.2.

5. indien 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 drie maanden;
6. de indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn uw (wettelijk) 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 zal gaan leveren, tenzij dit een door de verzekeraar voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is;
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 onder ander uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Voor de zorg die wij niet doelmatig vinden, kennen wij geen Zvw-pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij 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 vooraf van ons;
8. indien u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, dient u tevens 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 door ziekte, vakantie of anderszins;
9. als u verbleef in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw danwel 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. Een nieuwe aanvraag is nodig als u langer dan zestig dagen in een Wlz-instelling bent opgenomen of in een ziekenhuis verblijft of langer dan zestig dagen gebruik maakt van Kortdurend verblijf in een instelling zoals bedoeld in artikel 27 van uw polisvoorwaarden;
10. in deel II van het aanvraagformulier (verzekerden deel) geeft u op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan van welke zorgaanbieder(s) u gebruik wilt gaan maken. Ook geeft u in dit deel aan bij welke zorgaanbieder(s) u zorg in natura wenst af te nemen en welke zorgaanbieder(s) u zelf op basis van het Zvw-pgb wenst te contracteren. De verpleegkundige moet hiervoor één indicatie opstellen waarin zowel de zorg in natura als zorg vanuit het Zvw-pgb zijn opgenomen. De door ons gecontracteerde zorgaanbieders leveren alleen Zorg in Natura en geen zorg vanuit een Zvw-pgb. Ook moet u de verpleegkundige die de indicatie stelt, de instelling die de zorg in natura levert en degene die de Zvw-pgb zorg levert hierover informeren. Indien u van ons geen akkoord heeft voor de vergoeding van zorg in natura in combinatie met Zvw-pgb, heeft dit gevolgen voor de vergoeding.

Artikel 6 Toekenningsverklaring

1. De ingangsdatum van het Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Het is niet mogelijk om uw Zvw-pgb met terugwerkende kracht in te laten gaan. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb 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 het volledig ingevulde aanvraagformulier van u hebben ontvangen. Vraag daarom tijdig vóór het verstrijken van de geldigheidsduur van uw huidige toekenningsverklaring aan uw wijkverpleegkundige om het nieuwe aanvraagformulier met u in te vullen.
3. als er sprake is van een tussentijdse herindicatie, dan kunt u uw Zvw-pgb alleen behouden door opnieuw een Zvw-pgb aan te vragen. Uw nieuwe Zvw-pgb gaat op zijn vroegst in op de datum waarop wij het volledig ingevulde aanvraagformulier van u hebben ontvangen;
4. in de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw Zvw-pgb vast. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal twee jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en mits 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 Zvw-pgb-aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5. Beschikt u reeds over een toekenningsverklaring met een looptijd van vijf 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 berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld.
7. als uw zorgverzekering of uw Zvw-pgb voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Indien u meer zorg gedeclareerd heeft dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel 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 hebt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel terug te betalen;
8. de toekenning of beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring 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 uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.

Artikel 7 Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

1. u kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw toekenningsverklaring staat vermeld;
2. voor een goede en snelle afhandeling van uw declaraties verzoeken wij u om ons standaard declaratieformulier te gebruiken. U kunt deze vinden op onze website op zorgenzekerheid.nl/brochures (declaratieformulier Pgb Zvw). U kunt het declaratieformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Zowel voor formele zorgverleners als voor informele zorgverleners bestaat een apart declaratieformulier;
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 door ons afgegeven toekenningsverklaring mag gedeclareerd worden;
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;
5. het declareren van vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten, afgerond op vijf minuten, mag worden gedeclareerd;
6. wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw Zvw-pgb;
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 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

1. Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
 - a. persoonlijke verzorging: € 39,12 per uur (€ 3,26 per 5 minuten);
 - b. verpleging: € 56,76 per uur (€ 4,73 per 5 minuten).
2. voor informele zorgverleners kunt u maximaal €23,52 per uur declareren voor persoonlijke verzorging en verpleging;
3. onder informele zorgverleners vallen zorgverleners die:
 - a. ouders, verzorgers, partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad is en/of;
 - b. niet is ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
 - c. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI-codes 86,87 of 88 staan geregistreerd als zorg verlenende organisatie in het Handelsregister.
4. formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in 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;
5. alleen de AGB-codes van zorgverleners uit de categorieën 41 zzp-er wijkverpleging, 42 zorgaanbieders, 75 thuiszorginstellingen, 91 verpleegkundigen of 98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars worden als formele zorgverlener geaccepteerd. Uw zorgverlener moet daarnaast aantoonbaar beschikken over het juiste diploma (verzorgende/verpleegkundige) en aantoonbaar voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. Wij kunnen ter controle daarvan bij u het diploma van uw formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan wij kunnen controleren of uw zorgverlener voldoet aan de door ons gestelde eisen tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief;
6. 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

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;
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 of die in lijn is met de door ons afgegeven 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 budget (op basis van aantal uren) wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode;
4. eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het budget verpleging en verzorging wordt overschreden wordt niet door ons vergoed;
5. naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de algemene polisvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg;
6. indien u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode (een) buitenlandse zorgverlener(s) inhuren, dan dient u dit schriftelijk vooraf bij ons te melden;
7. a. de kosten van vervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf, indien medisch noodzakelijk in het kader van Intensieve Kindzorg, kunt u niet vanuit het Zvw-pgb declareren;
b. wanneer u tijdelijk in het ziekenhuis, een GGZ-instelling of een instelling voor Eerstelijns Verblijf (ELV), revalidatie of geriatrie revalidatie (GRZ) verblijft, dan kunt u in deze periode geen zorg inkopen en declareren met uw Zvw-pgb;
c. de kosten van de indicatiestelling vallen buiten het Zvw-pgb.

Artikel 8 Verplichtingen

1. U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
 - a. naam, adres en woonplaats (NAW) gegevens van de verzekerde;
 - b. naam, adres en woonplaats (NAW) gegevens van de zorgverlener;
 - c. relatie tussen verzekerde en zorgverlener;
 - d. looptijd van de overeenkomst;
 - e. welke zorg zal worden geleverd;
 - f. het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten;
 - g. welk tarief u daarvoor zult betalen;
 - h. AGB-code indien het een formele zorgverlener betreft;
 - i. ondertekening door verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger en zorgverlener.

Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/brochures en op www.svb.nl.

2. U dient er als verzekerde op toe te zien dat uw partner en 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 40 uur in één week aan werkzaamheden verrichten. Op het moment dat de partner of 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 voor deze zorgverlener niet meer dan 40 uur bedragen. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 18 jaar.
3. U bent verplicht om 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.
4. U bent verplicht om mee te werken aan een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd door de wijkverpleegkundige.
5. Bij een indicatiestelling die via een Zvw-pgb verzilverd wordt is het verpleegkundig proces leidend.
6. U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoopt. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de zorgverleners waarmee u een overeenkomst heeft gesloten.
7. a. 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;
b. de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, kan ook minstens één 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;
c. bij een inventarisatie waaruit blijkt dat de zorgvraag meer dan 24 uur per week omvat, kan er voorafgaande aan het afgeven van de indicatie een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd worden door de wijkverpleegkundige, zodat de zorg wordt afgestemd met de verschillende professionals;

- d. 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 een ander domein. De geldende indicatie komt hiermee te vervallen;
 - e. als er wijzigingen zijn in de combinatie van en de verhouding tussen zorg in natura en Zvw-pgb moet u een nieuwe Zvw-pgb-aanvraag indienen. Wanneer deze aanvraag wordt goedgekeurd, vindt er op basis van deze nieuwe aanvraag, indien dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude Zvw-pgb wordt (her)berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 6.7 van het Reglement Zvw-pgb 2021 met ingang van de datum van de nieuwe aanvraag.
8. U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in overeenstemming is met de door ons afgegeven toekenningsverklaring.
 9. U bent verplicht om een dossier (bij voorkeur digitaal, zoals via Nedap) te beheren en dit 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 uw wettelijk vertegenwoordiger dit van rechtswege is;
 - b. de volledige Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en zorgovereenkomsten;
 - c. facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;
 - d. bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);
 - e. kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties;
 - f. uw zorgplan en de administratie over de doelstellingen en evaluatiemomenten.
 10. 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.
 11. U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige en de huisarts en/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 beoordeling. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur of verpleegkundig adviseur.
 12. U bent verplicht mee te werken aan een Bewuste-keuzegesprek (BKG). Het Bewuste-keuzegesprek wordt gevoerd met u en/of uw wettelijke vertegenwoordiger.
 13. Wij kunnen een huisbezoek uitbesteden aan een derde partij. Deze derde partij selecteren wij zorgvuldig. Zij zijn namelijk namens ons gemachtigd 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.
 14. 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 met 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 toekenningsverklaring te bewaren zolang hij geldig is. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen.
 15. 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 Zvw-pgb kan worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toestemming als:

- a. u niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden;
- b. één of meerdere weigeringsgronden (alsnog) voor u van toepassing blijken of door gewijzigde omstandigheden van toepassing worden;
- 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 in verband met zorg die ten laste komt van de basisverzekering;
- g. met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, 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;
- h. u de informatie die wij bij u vragen 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 dient elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond door te geven via het wijzigingsformulier Zvw-pgb, dat u kunt vinden op zorgenzekerheid.nl/brochures;
- m. wanneer u zorg in natura afneemt bij (een) zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier heeft aangegeven.

Artikel 10 Beëindigen van het pgb

10.1 Uw recht op 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 volgens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres;
- e. rechtens uw vrijheid is ontnomen;
- f. u met uw 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 pgb verzoekt;
- h. de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken;
- i. uw zorgverzekering eindigt.

10.2 De zorgverzekeraar kan uw recht op pgb ook beëindigen:

- a. met ingang van de dag waarop u niet langer in staat bent om op eigen kracht te voldoen aan alle in artikel 3 genoemde toekenningsvoorwaarden en u ook geen hulp van een vertegenwoordiger heeft;
- b. met ingang van de dag waarop uw vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3.1 genoemde toekenningsvoorwaarden):
 1. niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is;
 2. bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 3. volgens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres;
 4. zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen;
 5. failliet is verklaard of op hem/haar de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnr) van toepassing is verklaard;
 6. anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
 7. uw zorgverlener 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 pgb verbonden verplichtingen;
- d. met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat met het 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 een van de situaties zoals beschreven in artikel 4 van het Reglement Zvw-pgb aan de orde is.

Artikel 11 Terugvordering

Als u zich bij de besteding vanuit pgb niet houdt aan de regels uit dit reglement, dan kan de zorgverzekeraar het aan u uitbetaalde 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.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp van een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats van 80% van het Wmg-(maximum)tarief. Is er geen Wmg-(maximum)tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 80% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Artikel 27 Verpleging en verzorging

27.1 Wijkverpleging

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op verpleging en verzorging (wijkverpleging) zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

Wat zijn de voorwaarden?

- een Hbo-opgeleide verpleegkundige moet vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte op basis van 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van beroepsvereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN);
- voor verzekerden onder de 18 jaar moet een Hbo-opgeleide kinderverpleegkundige vooraf een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte;
- de zorg houdt verband met de behoefte aan de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop;
- de zorg gaat niet gepaard met verblijf zoals bedoeld in artikel 6.2, artikel 18.5 en artikel 27.2;
- de zorg wordt geleverd door een verpleegkundig specialist, verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg met een minimaal benodigd deskundigheidsniveau;
- de zorg betreft geen kraamzorg als bedoeld in artikel 7;
- u bent gehouden mee te werken aan een huisbezoek, een telefonisch of schriftelijk onderzoek om te controleren of declaraties kloppen;
- voor het Zvw-pgb gelden hiernaast de voorwaarden volgens het Reglement persoonsgebonden budget;
- u kunt uw vordering op ons niet aan derden overdragen. De vergoeding waar u recht op heeft, betalen wij altijd aan u (verzekeringnemer) op het rekeningnummer (IBAN) dat bij ons bekend is. Ook kunt u een derde geen toestemming geven om voor u een betaling in ontvangst te nemen.

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op:

- verzorging bij kinderen tot 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen;
- verpleging en verzorging ten laste van de zorgverzekeringswet als u aan de voorwaarden van de Wlz voldoet.

Heb ik een verwijzing nodig?

- voor verpleging en verzorging voor verzekerden onder de 18 jaar is een verwijzing nodig van een kinderarts;
- voor palliatief terminale zorg is een verklaring nodig van de behandelend arts. Uit de verklaring moet blijken dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

U moet vooraf schriftelijk toestemming aanvragen als er meer zorg nodig is dan gemiddeld 12 uur per etmaal. Het machtigingsformulier kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/wijkverpleging bij downloads.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij zorg door een niet-gecontracteerde zorgverlener vindt een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte plaats tot 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Bij een restitutenota dient u de indicatiestelling (naam indicatiesteller en aantal geïndiceerde uren) en de naam van de zorgverlener toe te voegen. Diagnose-informatie hoeft niet zichtbaar te zijn.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid als ik naar een niet-gecontracteerde zorginstelling ga?

U dient vooraf schriftelijk toestemming aan te vragen als u gebruik wenst te maken van een niet-gecontracteerde zorgverlener.

27.2 Vergoeding persoonsgebonden budget (ZVW-PGB)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget. U heeft dan vooraf schriftelijke toestemming van Zorg en Zekerheid nodig. Met dit budget kunt u zelf uw wijkverpleging inkopen. Naast de voorwaarden van art 27.1 is het Reglement persoonsgebonden budget wijkverpleging in dit geval van kracht. In dit Reglement vindt u onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een Zvw-pgb. Het reglement kunt u vinden op zorgenzekerheid.nl/polisvoorwaarden.

27.3 Eerstelijns verblijf

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op medisch noodzakelijk verblijf in een Eerstelijns verblijf (ELV) instelling in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. De zorg bestaat uit:

- verblijf inclusief de daaraan onlosmakelijk gekoppelde verpleging en verzorging;
- generalistische geneeskundige zorg (zorg zoals huisartsen die plegen te bieden);
- paramedische zorg voor zover dit onlosmakelijk verbonden is met de reden voor opname;
- geneesmiddelen, hulpmiddelen en verbandmiddelen voor zover deze onlosmakelijk verbonden zijn met de reden voor opname.

Wat zijn de voorwaarden?

- de huisarts of medisch specialist heeft de indicatie gesteld en een verwijzing afgegeven voor ELV;
- de zorg wordt geleverd door een verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er) met minimaal niveau 3 onder toezicht van een HBO-verpleegkundige;
- bij de opname in een ELV instelling is er zicht op herstel en terugkeer naar de eigen omgeving, tenzij er sprake is van palliatieve zorg;
- er is een Zorgplan opgesteld door een behandelaar in de ELV instelling met inschatting van de duur van het verblijf;
- de duur van ELV is tenminste 24 uur en in de regel niet langer dan 91 dagen maanden. Na 1095 dagen bestaat geen recht meer op ELV;
- de ELV instelling beschikt over een toelating op basis van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

Waar heb ik geen recht op?

U heeft geen recht op ELV als:

- respijtzorg (Wmo/Wlz), crisiszorg (Wmo/Wlz) of (geriatrie) revalidatiezorg aangewezen is;
- er sprake is van een indicatie voor verblijf in een medisch-specialistische zorg (bijvoorbeeld een ziekenhuisopname) of specialistische GGZ-zorg instelling.

Heb ik vooraf toestemming nodig van Zorg en Zekerheid?

Voor het voortzetten van een behandeling die (naar verwachting) langer duurt dan 91 dagen heeft u vooraf schriftelijk toestemming nodig van Zorg en Zekerheid. De aanvraag moet uiterlijk 2 weken voor het verstrijken van de 91 dagen ingediend zijn bij Zorg en Zekerheid.

Wat wordt er vergoed als ik naar een niet-gecontracteerde zorgverlener ga?

Bij hulp van een niet-gecontracteerde zorginstelling ontvangt u een kostenvergoeding van het in rekening gebrachte tot maximaal 75% van het Wmg-(maximum) tarief. Is er geen Wmg-(maximum) tarief, dan vergoedt Zorg en Zekerheid 75% van het in de markt gebruikelijke tarief. Welk bedrag u maximaal vergoed krijgt bij niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u terugvinden op zorgenzekerheid.nl/nietgecontracteerdezorg.

Bij het indienen van een restitutenota, moet u de verwijzing van de huisarts of medisch specialist toevoegen. Diagnose-informatie op de verwijzing hoeft niet zichtbaar te zijn.

Artikel 28 Gecombineerde Leefstijlinterventie

Waar heb ik recht op?

U heeft recht op:

- een Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI), bestaande uit een behandelphase en een onderhoudsphase. Dit programma kent een doorlooptijd van 24 maanden;
- het programma is gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering;
- het programma bestaat uit een intake, individuele bijeenkomsten en groepsbijeenkomsten en een outtake;
- tijdens dit programma wordt u begeleid door een leefstijlcoach.

Wat zijn de voorwaarden?

- u heeft recht op de GLI als u een matig verhoogd gewicht gerelateerd gezondheidsrisico (GGR) heeft volgens de indicatiecriteria uit de NHG-richtlijn Obesitas en de Zorgstandaard Obesitas;
- u bent 18 jaar of ouder. Uitzondering hierop is als u 16 of 17 jaar bent en sprake is van een matig verhoogd GGR (of hoger) en de behandelaar inschat dat de jeugdige baat kan hebben bij een GLI die op de leest voor volwassenen is geschied;
- de zorgverlener die het leefstijladvies biedt is kwaliteitsgereregistreerd voor de betreffende GLI. Registratie vindt plaats in het register van de BLCN of in het register van de eigen paramedische beroepsgroep. In dit laatste geval betreft dit een specifieke registratie als leefstijlcoach;
- de GLI moet bewezen effectief zijn volgens het Loket Gezond Leven (loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies) van het RIVM;
- tijdens het aanbieden van de GLI blijft de huisarts betrokken: de zorgverlener van de GLI stemt af met de huisarts, koppelt regelmatig resultaten terug en overlegt zo nodig over eventuele aanvullende zorg;