

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. L. Ritzema en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501201

Partijen

A. te B., hierna te noemen: verzoekster,

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoekster heeft bij brief van 10 december 2025 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 17 december 2025 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 24 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 25 februari 2026 aan verzoekster gestuurd.
- 1.3. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 april 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering Basis Zeker (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Aanvullend Zorg drie sterren, Aanvullend Tand drie sterren en Extra Vitaal (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoekster heeft de beschikking over een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). De zorg wordt aan haar verleend door drie ZZP'ers. Tot 1 januari 2025 werkten deze ZZP'ers via een thuiszorgorganisatie. Met ingang van 1 januari 2025 is dit wettelijk niet meer toegestaan, en zijn de ZZP'ers rechtstreeks voor haar gaan werken.
- 2.3. Bij brief van 18 juni 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat het uurtarief voor formele zorgverleners die Persoonlijke Verzorging verlenen maximaal € 35,40 per uur bedraagt.

- 2.4. Verzoekster is van mening dat dit tarief te laag is en zij heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brieven van 1 en 8 juli 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3. Standpunt verzoekster

- 3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden voor de aan haar verleende Persoonlijke Verzorging een hoger tarief te vergoeden dan € 35,40 per uur.
- 3.2. Verzoekster heeft hiertoe in haar brief aan de ziektekostenverzekeraar van 23 juni 2025 aangevoerd dat zij eind 2024 een aanvraag heeft ingediend voor een PGB vv, waarna een discussie ontstond tussen de ziektekostenverzekeraar en de indicierend wijkverpleegkundige over het aantal toe te kennen uren. De ziektekostenverzekeraar heeft zich nimmer tot verzoekster gewend als gesprekspartner. Daardoor is er geen ruimte geweest om tot goede en afgestemde zorg te komen. De zorg die verzoekster ontvangt wisselt bijvoorbeeld per dag in tijdsduur in verband met spasmes. De ZZP'ers die deze zorg verlenen waren in eerste instantie in dienst bij een thuiszorgorganisatie, waar zij € 43,- per uur kregen betaald. Omdat deze constructie sinds 1 januari 2025 niet langer is toegestaan, heeft verzoekster de ZZP'ers vanaf die datum zelf betaald, in afwachting van het toe te kennen PGB vv. Zij heeft hierbij hetzelfde uurtarief aangehouden als de thuiszorgorganisatie. De ziektekostenverzekeraar kent echter maar € 35,40 per uur toe. Dit leidt tot een verschil van € 7,60 per uur dat onacceptabel is. Door het lagere tarief verliest verzoekster haar huidige ZZP'ers en zal zij ook geen nieuwe kunnen vinden. Het tarief van € 35,40 dekt bij lange na niet hetgeen de zorgverleners moeten doen, de verantwoordelijkheden die zij hebben, en het up-to-date houden van kennis, waaronder het volgen van scholing. Het gaat bij verzoekster niet om een kort zorgmoment en haar zorgbehoefte is ook niet tijdelijk. De bijscholing vormt overigens een eis die de ziektekostenverzekeraar stelt. Over de hoogte van het tarief is met de ziektekostenverzekeraar echter geen gesprek mogelijk.
- 3.3. In haar brief aan de commissie van 10 december 2025 heeft verzoekster aanvullend verklaard dat zij van oktober 2023 tot november 2024 opgenomen is geweest in een revalidatie-instelling. Op dat moment was er geen thuiszorgorganisatie meer bij haar situatie betrokken. De revalidatie-instelling heeft toen met alle mogelijke thuiszorgorganisaties contact gezocht om na te gaan of zij de hulpvraag van verzoekster konden oppakken. Er was destijds maar één thuiszorgorganisatie die dit kon, en het was de bedoeling te zoeken naar ZZP'ers om de hulpvraag en zorgmomenten te verkleinen. In juni 2025 heeft met de ziektekostenverzekeraar een Bewust Keuze Gesprek (BKG) plaatsgevonden. Verzoekster had de hoop dat tijdens dat gesprek ook de tarieven bespreekbaar zouden zijn, maar dit bleek niet het geval. De ziektekostenverzekeraar heeft nooit gekeken naar haar situatie, en de menselijke maat lijkt hierin ook niet te zijn betrokken. Verzoekster is met ingang van 1 januari 2026 overgestapt naar een andere zorgverzekeraar, waar de maximumtarieven voor alle zorgaanbieders hoger zijn.
- 3.4. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat haar klacht breder is dan het tarief. Zij heeft zich vanaf het begin van de aanvraag van het PGB niet gehoord en serieus genomen gevoeld. De ziektekostenverzekeraar heeft meegedeeld dat zij geen goede gesprekspartner was en dat de informatie die gegeven werd vaak tegenstrijdig was. Zij heeft lang moeten wachten op antwoord. Het tarief is zeker ook een aanleiding geweest de klacht in te dienen. De ZZP'ers die bij haar werken werden voorheen door de thuiszorgorganisatie in dienst genomen om de zorg te verlenen. Dit omdat de totale hulpvraag te groot was voor deze thuiszorgorganisatie, en het ook de enige thuiszorgorganisatie was die deze zorg wilde op zich nemen. Zij hebben toen de prijsafspraken gemaakt en op basis daarvan zijn de mensen bij haar aan de slag gegaan. De zorgverleners kregen niet de hoogste vergoeding uitgekeerd, want zij hadden andere cliënten waar

het bedrag hoger lag. De constructie waarbij ZZP'ers via een thuiszorgorganisatie werkten mocht sinds 2025 niet meer en toen kwamen de zorgverleners zelf bij haar in dienst. Zij heeft toen de bedragen aangehouden die hen eerder werden betaald. Het kan niet zijn dat zij zou zeggen dat iemand ineens € 8,-- minder per uur zou ontvangen omdat de ziektekostenverzekeraar niet meer wilde betalen. Zij wist toen zij bij de ziektekostenverzekeraar was dat het formele tarief lager lag, maar bij een Bewust Keuze Gesprek (BKG) zou zij het tarief ter sprake kunnen brengen, zo werd haar verteld. Dit gesprek heeft in juni plaatsgevonden, en toen vernam zij dat het tarief helemaal niet ter onderhandeling was. Maar op dat moment kon zij ook niet meer naar een andere ziektekostenverzekeraar. Door de ziektekostenverzekeraar is toegezegd dat het tarief zou worden besproken tijdens het BKG. Intussen heeft zij elders een restitutiepolis en daarbij is het tarief heel anders. Een tarief van € 35,40 is beschamend laag. De verantwoordelijkheden die zij hebben en de scholing die zij moeten hebben brengen een hoger bedrag met zich. Er gaat niemand komen voor dit tarief. De ziektekostenverzekeraar heeft een voorbeeldfunctie in het laten blijken blij te zijn met de mensen die in de zorg werken. Hier hoort ook een normale vergoeding bij. Verzoekster vindt het heel denigrerend naar de zorgverleners toe om te zeggen dat zij het voor dit tarief moeten doen.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster geen aanspraak heeft op een hoger tarief dan € 35,40 per uur. Hij heeft hiertoe in zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 24 oktober 2025 verklaard dat hij de tarieven die hij hanteert voor formele zorgverlening redelijk vindt. Er is geen wettelijk maximumtarief. Ook is er geen koppeling tussen de tariefstelling PGB vv vanuit de Zorgverzekeringswet en de tariefstelling vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) stelt de tarieven vast voor het PGB vanuit de Wlz, terwijl de zorgverzekeraars de tarieven vaststellen voor het PGB vv vanuit de Zorgverzekeringswet. Hierdoor ontstaan niet alleen verschillen tussen de tarieven voor de Wlz en de Zorgverzekeringswet, maar ook binnen de leveringsvorm PGB vv vanuit de Zorgverzekeringswet kunnen de tarieven dus variëren per zorgverzekeraar. De NZa en de individuele zorgverzekeraars maken hierin elk hun eigen afweging. Voor de ziektekostenverzekeraar geldt dat jaarlijks onderzoek wordt gedaan om te zien of de tarieven nog toereikend zijn om passende zorg te kunnen inkopen. De ziektekostenverzekeraar heeft geen aanwijzingen dat de huidige tarieven niet toereikend zouden zijn. Ook herkent hij het signaal niet dat andere zorgverzekeraars (aanzienlijk) hogere tarieven hanteren.
- 4.2. De tarieven die de ziektekostenverzekeraar hanteert worden tijdig gepubliceerd. Verzoekster kan met een PGB vv zelf zorg inkopen bij een zorgverlener naar keuze. Of een PGB vv de enige manier is om adequate zorg te ontvangen, kan de ziektekostenverzekeraar niet beoordelen. In principe kan iedere daartoe bevoegde zorgverlener adequate zorg leveren. Verzoekster heeft in ieder geval niet bij de ziektekostenverzekeraar geïnformeerd naar bijvoorbeeld de mogelijkheden van zorg in natura.
- 4.3. In zijn brief aan de commissie van 24 februari 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat de afhandeling van de aanvraag voor het PGB vv van verzoekster langer heeft geduurd dan gebruikelijk. De oorzaken hiervan zijn onder andere dat de aanvraag in eerste instantie niet voldeed aan de voorwaarden, informatie ontbrak, en het inplannen van het BKG langer duurde in verband met de wens voor een gesprek met een tweede persoon. De ziektekostenverzekeraar dient het PGB vv vast te stellen op basis van de indicatie van de wijkverpleegkundige. Voor de beoordeling van de aanvraag en de vaststelling van het aantal uren overlegde de adviserend wijkverpleegkundige van de ziektekostenverzekeraar met de indicierend wijkverpleegkundige. Op grond van de polisvoorwaarden heeft verzoekster recht op een uurtarief van maximaal € 35,40 voor Persoonlijke Verzorging. Verzoekster was op het moment dat zij de aanvraag deed voor het PGB vv bekend met de voorwaarden en tarieven of had daarmee bekend moeten zijn. De polisvoorwaarden en tarieven die de ziektekostenverzekeraar vergoedt worden

tijdig gepubliceerd. Naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar kan van een hogere vergoeding in afwijking van de polisvoorwaarden enkel sprake zijn, indien toepassing van deze voorwaarden in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid een onaanvaardbare uitkomst oplevert. De ziektekostenverzekeraar meent dat van een dergelijke onaanvaardbare uitkomst in dit geval geen sprake is. Het staat de ziektekostenverzekeraar vrij om maximumtarieven te bepalen voor formele zorgverleners. Iedere zorgverzekeraar stelt deze tarieven zelf vast. De ziektekostenverzekeraar meent dat het tarief dat hij vergoedt voldoende is om de zorg in te kopen. De ziektekostenverzekeraar heeft, als gezegd, geen aanwijzingen dat de tarieven voor 2025 niet toereikend zouden zijn.

- 4.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de zorgverleners die aan verzoekster in 2024 zorg leverden niet rechtstreeks betaald. Hij betaalde de gecontracteerde zorgaanbieder voor de door deze geleverde zorg. De ziektekostenverzekeraar is niet bekend met de vergoeding die deze zorgaanbieder aan de betrokken zorgverleners betaalde. De uurtarieven die de ziektekostenverzekeraar betaalt aan zorgaanbieders waarmee hij een overeenkomst (voor zorg in natura) heeft, wijken af van de vergoeding die de ziektekostenverzekeraar betaalt in relatie tot het PGB vv. Er bestaat voor de ziektekostenverzekeraar geen verplichting om deze vergoedingen op gelijke hoogte vast te stellen en dat zou ook niet passend zijn, gelet op de verschillen tussen zorg in natura en zorg op basis van een PGB vv. Zorg in natura wordt geleverd door een zorgorganisatie. Deze organisaties hebben te maken met een ander wettelijk kader dan ZZP'ers, en hebben eveneens een rol in het zorglandschap, die de rol van individuele patiëntenzorg overstijgt. Daarvoor is een zekere mate van overhead nodig en zijn de verhouding directe/indirecte tijd en de deskundigheidsmix van het personeel anders dan voor een individuele budgethouder. Dit vraagt dan ook om een ander tarief. Bij het PGB vv gaat het om een individuele budgethouder die zorg kan inkopen, passend bij zijn of haar gezondheidssituatie. Een individuele budgethouder hoeft geen taken in te kopen die de individuele patiëntenzorg overstijgen. Verzoekster heeft zelf ervoor gekozen om een hoger uurtarief te betalen aan de ZZP'ers dan dat zij vergoed krijgt op grond van de polisvoorwaarden.
- 4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop aangevoerd dat het vervelend is dat het tot juni heeft geduurd voordat de aanvraag is afgehandeld. Een aantal factoren heeft hierbij een rol gespeeld, maar het had wellicht sneller gekund en gemoeten. De wijkverpleegkundige en de verpleegkundige van de verzekeraar hebben samen contact gehad, en daarbij werd het zo geformuleerd dat verzoekster het niet eens was met de toegekende uren. Het is zeker niet zo dat verzoekster geen partij zou zijn, maar de wet schrijft voor de indicatie en het aantal uren af te stemmen met de wijkverpleegkundige. Dat is geprobeerd door te achterhalen hoe de indicatie tot stand is gekomen en is onderbouwd. Daarom is het gesprek met de wijkverpleegkundige gevoerd. Het is natuurlijk ook belangrijk dat verzoekster contact had met de wijkverpleegkundige om samen te timen hoe lang zorgbehandelingen duren. In het dossier heeft de ziektekostenverzekeraar niet terug kunnen vinden dat het uurtarief nog ter sprake zou kunnen komen. De voorwaarden waarvoor de ziektekostenverzekeraar deze zorg toekent staan in de polisvoorwaarden en het reglement dat daarbij hoort, en daarin staat dat het formele tarief € 35,40 per uur is. Het tarief staat vast voor het hele jaar. Er zijn inderdaad andere verzekeraars die hoger zitten, maar nog altijd onder de € 43,--. Daarbij is de ziektekostenverzekeraar ook zeker niet de organisatie die het minst vergoedt.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.18 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

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 en het 'Reglement Zvw-pgb 2025' (hierna: het reglement) opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

- 6.2. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoekster aanspraak heeft op een PGB vv. Hetzelfde geldt voor het naar aanleiding van de gestelde indicatie bepaalde aantal uren. Hetgeen hen verdeeld houdt, is de hoogte van het te vergoeden uurtarief voor formele zorg. De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld in artikel B.26 van de voorwaarden van de zorgverzekering en verder uitgewerkt in het reglement. In artikel 7.2 van het reglement is bepaald dat voor Persoonlijke Verzorging door formele zorgverleners een tarief geldt van € 35,40 per uur.
- 6.3. Verzoekster is van mening dat voornoemd uurtarief te laag is. Zij heeft in dat kader betoogd dat haar zorgverleners voorheen via een thuiszorgorganisatie € 43,-- per uur verdienden, dat het voor haar onmogelijk is de zorg tegen het lagere tarief in te kopen, en dat het uurtarief onder de Wlz veel hoger ligt. Zij vindt daarnaast dat een uurtarief van € 35,40 te laag is in verband met de verantwoordelijkheden die de zorgverleners dragen en de vereisten op het gebied van scholing. De commissie stelt voorop dat het reglement deel uitmaakt van de voorwaarden van de zorgverzekering, en dat verzoekster zich hieraan bij het afsluiten van de zorgverzekering (en de stilzwijgende verlenging hiervan) heeft geconformeerd. Het uurtarief van € 35,40 staat hiermee vast.. Dit zou slechts anders kunnen zijn indien zou blijken dat de ziektekostenverzekeraar hiermee een wettelijke bepaling schendt. Dit is evenwel niet aan de orde, aangezien de ziektekostenverzekeraar vrij is bij de vaststelling van de hoogte van het te vergoeden bedrag. Dit blijkt uit artikel 2.29a Rzv, waar in het eerste lid is bepaald dat, tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, met een Zvw-pgb ten hoogste € 30,84 per uur wordt vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering. Het tweede lid bepaalt dat in afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur bedraagt indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van de Wet 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. Bij een PGB dat wordt verstrekt ten laste van de Wlz ligt dit anders, aangezien in dat geval de tarieven worden vastgesteld door de NZa.
- 6.4. De ziektekostenverzekeraar heeft gesuggereerd dat een hoger tarief aan de orde zou kunnen zijn indien onverkorte toepassing van hetgeen tussen partijen is overeengekomen leidt tot een uitkomst die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is (artikel 6:248, tweede lid, BW). Die situatie is hier naar het oordeel van de commissie niet aan de orde. Het was een keuze van verzoekster het bedrag van € 43,- per uur te (blijven) vergoeden. Door haar is niet aangetoond dat dit bedrag lager dan wel gelijk is aan het tarief dat andere, als ZZP'er werkzame zorgverleners, zouden hebben berekend voor de aan verzoekster verleende zorg. Dat het verschil voor haar rekening blijft is daarmee het gevolg van de door verzoekster zelf gemaakte keuze. Verzoekster heeft betoogd dat andere zorgverzekeraars een fors hoger tarief per uur toestaan. Wat hiervan ook zij, dit maakt niet dat de ziektekostenverzekeraar hieraan is gebonden. Een verzekerde die ontevreden is over de vergoeding die zijn verzekeraar heeft vastgesteld, kan overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Dit is in de onderhavige situatie ook gebeurd.

Slotsom

6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 6 mei 2026,

A. de Ruijter

Informatie voor partijen

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

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

BIJLAGE – Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering
3. Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering

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

24.2 Geriatrische revalidatie

U heeft recht op geriatrische revalidatiezorg. Deze zorg omvat integrale, multidisciplinaire revalidatiezorg. Het gaat om zorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden in verband met kwetsbaarheid en complexe multimorbiditeit. Het doel van geriatrische revalidatie is het herstel of verbeteren van uw functioneren en uw participatie in de maatschappij.

Voorwaarden voor het recht op geriatrische revalidatie

1. Het verblijf moet medisch noodzakelijk zijn in verband met geriatrische revalidatiezorg.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapten of medisch specialist.
3. Voorafgaand aan deze verwijzing naar geriatrische revalidatiezorg verbleef u niet voor behandeling in een verpleeghuis. Wij spreken hier over een verpleeghuis als bedoeld in artikel 3.1.1. van de Wet langdurige zorg (Wlz). In deze situatie wordt de herstelgerichte behandeling namelijk vergoed uit de Wlz.
4. Of u bent aangewezen op geriatrische revalidatiezorg moet blijken uit een geriatrisch assesssement. Dit assesssement wordt afgenomen door een specialist ouderengeneeskunde, een (klinisch) geriater of internist ouderengeneeskunde.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

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

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) of neem contact met ons op.

B.25 Second Opinion

Wilt u een second opinion? Dan heeft u daar recht op. Met een second opinion laat u een door uw arts gestelde diagnose of voorgestelde behandeling opnieuw beoordelen. Uw arts kan hier ook zelf om vragen. Een tweede onafhankelijke arts voert de nieuwe beoordeling uit. Deze arts moet hetzelfde specialisme hebben of werkzaam zijn in hetzelfde vakgebied als de eerste arts.

Voorwaarden voor het recht op een second opinion

1. De second opinion moet betrekking hebben op diagnostiek of behandelingen die vallen onder de voorwaarden van de basisverzekering.
2. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, klinisch psycholoog of psychotherapeut.
3. De second opinion moet betrekking hebben op geneeskundige zorg die voor u bedoeld is, en die uw eerste behandelaar met u heeft besproken.
4. Tijdens de second opinion geeft u een kopie van het medisch dossier van uw eerste behandelaar aan de tweede behandelaar.
5. U moet met de second opinion terug naar de eerste behandelaar. Deze houdt de regie over de behandeling.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

Een second opinion valt niet onder de verzekerde zorg als de second opinion gericht is op en gevolgd wordt door een niet in de basisverzekering verzekerde behandeling.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

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

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op [zk.nl/zorgzoeker](https://www.zorgzoeker.nl) of neem contact met ons op.

Selectieve contractering Basis Budget

Let op!

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

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

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

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

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

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

Let op!

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

Let op!

Heeft u de diagnose dementie of er is sprake van een vermoeden dat u dementie heeft? En heeft u verschillende soorten zorg en ondersteuning nodig? Dan kan iemand nodig zijn die dat coördineert (casemanager). Afhankelijk van uw situatie kan hiervoor casemanagement dementie in worden gezet. De verpleegkundige die de indicatiestelling doet, bepaalt samen met u en/of uw naaste en uw behandeld arts of casemanagement dementie nodig is.

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

- Voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door minimaal een BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld in uw aanwezigheid.
 - Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een HBO- kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkundige. De kinderarts of medisch specialist blijft hierbij eindverantwoordelijk voor de behandeling. Als blijkt dat het om medische kindzorg gaat dan dient de HBO-kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkundige werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Brancheorganisatie Intensieve Kindzorg (BINKZ). De indicatie dient conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving en de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) te worden opgesteld in de thuissituatie in aanwezigheid van uzelf (het kind) en de ouder(s) of (wettelijk) vertegenwoordiger.
- Een minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige (zoals genoemd bij 1a en b) moet voor de start van de zorglevering een indicatie stellen voor uw zorgbehoefte. Met het stellen van een indicatie bedoelen wij het proces waarbij door de wijkverpleegkundige en in samenspraak met u wordt bepaald welke zorg u nodig heeft gezien uw individuele situatie en welke resultaten men wil bereiken en binnen welke termijn. Binnen de indicatiestelling valt ook het vastleggen van de gemaakte afspraken in een zorgplan en het vertalen van de behoefte aan zorg in uren verpleging en verzorging. In het zorgplan legt de BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige de zorgvraag en zorglevering vast. Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt in het aantal uur verzorging en het aantal uur verpleging. De indicatie moet zijn opgesteld volgens de 6 normen uit het document 'Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' en het Begrippenkader Indicatieproces.
- De verpleging en verzorging moet worden geleverd door een verpleegkundige of een verzorgende met opleidingsniveau 3 of hoger.
- Bij palliatieve terminale zorg heeft de verpleegkundige in het dossier vastgelegd dat de behandelend arts (naam, specialisme, BIG-nummer en datum) heeft vastgesteld dat de palliatieve terminale fase is aangebroken. De aard, inhoud en omvang van de zorg wordt uitgewerkt in het zorgplan. De uitvoering moet plaatsvinden conform de inzichten uit het kwaliteitskader palliatieve zorg.
- Wanneer (gespecialiseerde) verpleging voorbehouden of risicovolle handelingen betreft, dient aantoonbaar gemaakt te worden dat deze in opdracht van een arts wordt uitgevoerd. Ook dient de zorgverlener aantoonbaar bevoegd en bekwaam te zijn om deze handelingen uit te voeren. Bij een risicovolle handeling dient de aard, omvang en inhoud van de zorg uitgewerkt te zijn in het zorgplan. In het geval van een voorbehouden handeling, dient er een uitvoeringsverzoek aanwezig te zijn van een arts en wordt er gewerkt overeenkomstig de 'handleiding voorbehouden handelingen in de (wijk) verpleging & verzorging' (ActiZ, 2019).

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

- u heeft volgens dit artikel geen recht op kraamzorg. Dat wordt vergoed via artikel [B.32](#);
- u heeft geen recht op persoonlijke verzorging vanuit deze basisverzekering, als u recht heeft op persoonlijke verzorging ten laste van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).
- u heeft geen recht op zorg door inzet van het eigen (cliënt) netwerk (voorheen gebruikelijke zorg). Bij de indicatiestelling moet de wijkverpleegkundige volgens het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving' van de V&VN de afweging maken wat u en uw netwerk zelf kan oplossen. Dit betekent dat zij onder andere het netwerk van u in kaart brengt. De zorg die het netwerk kan en wil verlenen, mag in een indicatie voor wijkverpleging niet meegenomen worden. Onder netwerk wordt volgens het Begrippenkader van de V&VN verstaan: "naasten en mantelzorgers" zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden van verzekerde. Bij de indicatiestelling maakt de wijkverpleegkundige de afweging, gegeven de hele context van de verzekerde (zorgvrager), hoe de hulpvraag opgelost of hoe de interventie uitgevoerd kan worden. Zelfredzaamheid (samen met het eigen netwerk) is het uitgangspunt van het Normenkader.

Lagere vergoeding bij niet-gecontracteerde zorgverlener

Let op!

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

Wilt u weten met welke zorgverleners wij een contract hebben? Gebruik dan de Zorgzoeker op zk.nl/zorgzoeker of neem contact met ons op.

Let op!

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

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

1. Maakt u gebruik van een niet door ons gecontracteerde zorgverlener? Dan moet u vooraf toestemming bij ons aanvragen. Voor het aanvragen van toestemming dient u gebruik te maken van het formulier 'aanvraag machtiging niet-gecontracteerde wijkverpleegkundige zorg' welke u kunt vinden op onze website. Als u de toestemming bij ons aanvraagt, moet u het volgende opsturen:
 - de indicatie en het zorgplan (opgesteld conform de bovengenoemde voorwaarden);
 - het diploma van de minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige die de indicatie heeft gesteld;
 - en in het geval van palliatief terminale zorg het bewijs van de vastlegging van de verpleegkundige in het dossier dat de behandelend arts (naam, specialisme, BIG-nummer en datum) heeft vastgesteld dat de palliatief terminale fase is aangebroken.

Vervolgens beoordelen wij uw aanvraag op doelmatigheid en rechtmatigheid. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Wij kunnen daarvoor ook een nadere onderbouwing vragen aan de verpleegkundige die uw indicatie heeft opgesteld. U ontvangt van ons bericht of wij toestemming geven of uw aanvraag (deels) afwijzen.

2. U dient zelf de nota's van uw niet-gecontracteerde zorgverlener bij ons te declareren. Wij betalen geen nota's aan u uit, zolang er geen toestemming is verleend.

B.27 Eerstelijns verblijf

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

Eerstelijns verblijf bestaat uit:

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

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

Voorwaarden voor het recht op eerstelijns verblijf

1. U moet zijn doorverwezen door een huisarts, medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde of arts voor verstandelijk gehandicapten.
2. U heeft vooraf toestemming van ons nodig wanneer u wilt verblijven bij een niet door ons gecontracteerde zorgverlener voor eerstelijns verblijf. Onderaan dit artikel vindt u meer informatie over hoe u of uw zorgverlener dit aanvraagt.
3. Voor palliatief terminale zorg moet de uitvoering van zorg conform de inzichten uit de geldende zorgmodule palliatieve zorg of het kwaliteitskader palliatieve zorg plaatsvinden.
4. De eerstverantwoordelijke verpleegkundige is een verpleegkundige met minimaal opleidingsniveau 4.

Waar u (volgens dit artikel) geen recht op heeft

U heeft geen recht op eerstelijns verblijf:

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

Op hoeveel dagen klinisch verblijf heeft u recht?

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

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

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

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.

§ 1a. Het Zvw-pgb

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

§ 1.4a. Zvw-pgb

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 € 30,84 per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.
5. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020, als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de zorgverlener niet is verleend;
 - b. deze niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
6. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het vijfde lid. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.
7. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021, door de zorgverlener niet is verleend in verband met:
 - 1°. een besmetting van de verzekerde of de zorgverlener met Covid-19,
 - 2°. een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde of diens zorgverlener vanwege Covid-19,

of

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

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

Artikel 2.29c

- 1.** Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:
- a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,
- b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,

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

Hoofdstuk 6a. Ondersteuning Zvw-pgb

Artikel 6a.1

De Sociale verzekeringsbank wordt aangewezen als de publiekrechtelijke rechtspersoon, bedoeld in artikel 13a, achtste lid, van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 6a.2

1. De ondersteuning, bedoeld in artikel 13a van de Zorgverzekeringswet bestaat uit:
- a. het namens de verzekerde die ten aanzien van zijn zorgverlener inhoudingsplichtige is, indienen van declaraties bij zijn zorgverzekeraar, ontvangen van de vergoedingen van zijn zorgverzekeraar, betalen van zijn zorgverleners met de ontvangen vergoedingen, voeren van een salarisadministratie en doen van aangiften en afdrachten;
 - b. de verzekerde bijstaan of doen bijstaan in zijn werkgeverstaken of opdrachtgeverschap waaronder ten aanzien van ziekte, ontslag, arbeidsomstandighedenregelgeving, zaakschade, aansprakelijkheid en rechtsbijstand.
2. De ondersteuning wordt kosteloos verstrekt.

Artikel 6a.3

1. De Sociale verzekeringsbank stelt voorwaarden aan het verkrijgen van de ondersteuning voor zover dit voor de uitvoerbaarheid van de ondersteuning redelijkerwijs van belang is.
2. De Sociale verzekeringsbank legt haar werkwijze vast en informeert verzekerden en zorgverzekeraars hierover.

Artikel 6a.4

1. De verzekerde verleent medewerking aan de Sociale verzekeringsbank voor zover dat van hem ten behoeve van de uitvoerbaarheid van de ondersteuning redelijkerwijs kan worden verwacht.
2. De verzekerde doet aan de Sociale verzekeringsbank op verzoek of onverwijld uit eigen beweging mededeling van gegevens waarvan hem redelijkerwijs duidelijk moet zijn dat zij noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van de ondersteuning.

Artikel 6a.5

De Sociale verzekeringsbank kan de ondersteuning geheel of gedeeltelijk weigeren, opschorten of beëindigen indien de verzekerde niet meer beschikt over een Zvw-pgb of indien niet of niet langer wordt voldaan aan het gestelde bij of krachtens de artikelen 6a.3 en 6a.4.

Artikel 6a.6

- 1.** De Minister verstrekt de Sociale verzekeringsbank jaarlijks een bijdrage voor de kosten van de ondersteuning.
- 2.** De Sociale verzekeringsbank dient vóór 1 oktober een aanvraag, voorzien van een begroting met toelichting, tot verlening van een bijdrage voor het daaropvolgende jaar in bij de Minister.
- 3.** Binnen 13 weken na ontvangst van de aanvraag besluit de Minister over het verlenen van de bijdrage en van voorschotten op de bijdrage.
- 4.** De Minister kan de Sociale verzekeringsbank bij de verlening van de bijdrage verplichtingen opleggen met betrekking tot de uitvoering van de ondersteuning of het verkrijgen van de bijdrage.
- 5.** Na afloop van het jaar waarvoor de bijdrage is verstrekt, dient de Sociale verzekeringbank vóór 1 juli een aanvraag, voorzien van een financieel verslag met toelichting, tot vaststelling van de bijdrage in bij de Minister.
- 6.** Binnen 13 weken na ontvangst van de aanvraag besluit de Minister over het vaststellen van de bijdrage.



Reglement Zvw-pgb

Ingangsdatum 1 januari 2025

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

[Bekijk online versie](#) →

Inhoudsopgave

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

1 Over het reglement

1.1 Waarom een reglement?

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

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

1.2 Hoe is het reglement tot stand gekomen?

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

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

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

1.3 Waarop is dit reglement van toepassing?

Het reglement Zvw-pgb is van toepassing, als u een zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet heeft bij Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V. (statutair gevestigd te Leiden): Basis Zeker, Basis Exclusief, en Basis Budget.

Hierna te noemen: Zilveren Kruis.

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

2 Doelgroep Zvw-pgb

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

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

Let op!

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

3 Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de onderstaande voorwaarden. Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle onderstaande voorwaarden te voldoen, dan zullen wij 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:

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

4 Weigeringsgronden

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

1. als blijkt dat u bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat bent geweest om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger u te houden aan de taken en verplichtingen van het Zvw-pgb;
2. u volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet beschikt over een woonadres;
3. uw vrijheid is ontnomen;
4. u geen medewerking (meer) verleent aan een (telefonisch) “bewuste keuze gesprek” en/of huisbezoek dat (eventueel) door ons wordt georganiseerd;
5. uit uw aanvraagformulier, het bewuste keuzegesprek en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
6. u zorg inkoopt bij uw (wettelijke) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (partner, bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad.);
7. u over meer dan één indicatie beschikt voor de zorg zoals beschreven in artikel 2. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven zoals in dit artikel dient in één indicatie te zijn verwoord;
8. uw (wettelijke) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):
 - a. heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij/zij als hulppersoon of (wettelijke) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b. beschikt blijkens de basisregistratie personen niet over een woonadres;
 - c. is zijn/haar vrijheid rechtekens ontnomen;
 - d. heeft binnen een periode van 3 jaar voorafgaand aan de pgb-aanvraag op enig moment in een schuldsaneringsregeling gezeten (Wsnp) of er is een verzoek daartoe door de rechtbank ingediend;
 - e. valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend;
 - f. heeft surséance van betaling aangevraagd of verkeert in staat van faillissement of is failliet verklaard;
 - g. biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen.
9. Er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die al vergoed wordt als onderdeel van andere te verzekeren prestaties, bijvoorbeeld medisch specialistische zorg (vanuit een DBC). Om dubbele bekostiging en daarmee onrechtmatige zorg uit te sluiten.

5 Aanvraag Zvw-pgb

1. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en (eventueel) een bewust keuze gesprek. U dient hiervoor de meest recente versie van het aanvraagformulier te gebruiken, dat u kunt vinden op onze website. U kunt dan in een persoonlijk gesprek uw Zvw-pgb aanvraag toelichten en wij kunnen u informeren wat de keuze voor een Zvw-pgb voor u betekent. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3 en niet voldoet aan de weigeringsgronden uit artikel 4, krijgt u toestemming voor een Zvw-pgb.
2. Als wij hierom vragen bent u verplicht nadere informatie te verstrekken (of uw verpleegkundige, dan wel huisarts te machtigen nadere informatie te verstrekken) aan onze inhoudsdeskundige medisch adviseur.
3. a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar bent u in het bezit van een door een minimaal BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundige gestelde indicatie, die in uw aanwezigheid is opgesteld. Deze indicatie is conform het op dat moment geldende normenkader van V&VN en het Begrippenkader Indicatieproces opgesteld.
b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een minimaal BIG-geregistreerde HBO kinderverpleegkundige of een verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkundige. De indicatiesteller dient werkzaam te zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de Branchevereniging Integrale KindZorg (BINKZ). De indicatie dient conform het op dat moment geldende normenkader van V&VN en de op dat moment geldende Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) te worden opgesteld in de thuissituatie in aanwezigheid van uzelf (het kind) en de wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor).
4. De benodigde uren van de indicatie zijn gebaseerd op de tijd die nodig is voor zorgverlening door een formele zorgverlener onder normale omstandigheden. Er wordt daarbij geen rekening gehouden met de persoonlijke omstandigheden van degene die de zorg daadwerkelijk verleent of de omgeving waarin de zorg wordt verleend.
5. Is er sprake van voorbehouden of risicovolle handelingen? Dan moet u, als we u daarom vragen, aan kunnen tonen dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd.
Risicovolle handelingen:
Bij een risicovolle handeling moet de aard, omvang en inhoud van de zorg uitgewerkt zijn in het zorgplan.
Voorbehouden handelingen:
Gaat het om voorbehouden handelingen door een formele zorgverlener? Dan moet uw zorgverlener bevoegd en bekwaam zijn om deze handelingen uit te voeren. U moet, als we u daarom vragen, een uitvoeringsverzoek kunnen laten zien van een arts voor die handelingen en kunnen aantonen dat er wordt gewerkt overeenkomstig de op dat moment geldende 'handleiding voorbehouden handelingen in de (wijk) verpleging & verzorging' van ActiZ. Bij informele zorgverleners moet u, als we u daarom vragen, kunnen aantonen dat de arts de zorgverlener voldoende bewust en bekwaam acht om de handeling verantwoord uit te voeren.
6. Bij de indicatiestelling dient de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg te hanteren bij het bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk. U en wij hebben de mogelijkheid om gebruik te maken van een tolk bij het voeren van het bewuste keuzegesprek en/of huisbezoek.
7. In het geval de zorg door informele zorgverleners wordt uitgevoerd, dient de inzet van het netwerk expliciet verdisconteerd te zijn in de formele indicatiestelling, waarbij gebruik gemaakt wordt van het dynamisch proces van 'verkenning van zelfredzaamheid van de cliënt en het cliëntsysteem, zoals in het op dat moment geldende normenkader van V&VN staat beschreven.
8. Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandeld arts toe te voegen, waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan 3 maanden. Indien een PTZ aanvraag verlengd moet worden is het vanaf 2 weken voor het einde van het aflopen van het bestaande Zvw-pgb mogelijk om een (her)indicatie te laten stellen. Wij raden u aan om na deze indicatiestelling de aanvraag zo spoedig mogelijk in te sturen.
9. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden. De indicatie mag daarom in ieder geval niet gesteld worden door een wijkverpleegkundige die:
 - uw (wettelijke) vertegenwoordiger en/of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn is, en/of
 - zelf zorg aan u gaat leveren, en/of
 - in dienst is bij een zorgverlener die de zorg deels aan u gaat leveren, tenzij het gaat om een door ons gecontracteerde zorgverlener.
10. Bij de indicatiestelling moet de wijkverpleegkundige volgens het op dat moment geldende normenkader van V&VN de afweging maken wat u en uw netwerk zelf kan oplossen. Dit betekent dat de wijkverpleegkundige onder andere het netwerk van u in kaart brengt. De zorg die het netwerk kan en wil verlenen, mag in een indicatie voor wijkverpleging niet meegenomen worden. Hiervoor krijgt u dan ook geen pgb. Onder netwerk wordt volgens het op dat moment geldende Begrippenkader van V&VN verstaan: "naasten en mantelzorgers" zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden van verzekerde. Bij de indicatiestelling maakt de wijkverpleegkundige de afweging, gegeven de hele context van de verzekerde (zorgvrager), hoe de hulpvraag opgelost of hoe de interventie uitgevoerd kan worden. Zelfredzaamheid (samen met het eigen netwerk) is het uitgangspunt van het op dat moment geldende normenkader van V&VN.
11. Als u of wij vragen hebben over de indicatiestelling dan kunt u of wij deze vraag stellen aan de indicerende verpleegkundige. En als het gaat om zorg die geïndiceerd is, maar niet onder verpleging en verzorging in de eigen omgeving valt, zoals dat beschreven staat in artikel B26 van uw basisverzekering, dan kunnen wij de indicerende verpleegkundige vragen deze indicatie aan te passen.

12. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Wij kunnen daarvoor ook een nadere onderbouwing vragen aan de verpleegkundige die uw indicatie heeft opgesteld. Voor de zorg die wij niet rechtmatig en/of 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 een herbeoordeling laten uitvoeren, als de indicatie niet voldoet aan de eisen die wij stellen in artikel 5.3a of 5.3b. Wanneer wij een herbeoordeling laten uitvoeren, dan is deze in lijn met de op dat moment geldende Toetsingscriteria herbeoordeling indicatie - voor aanspraak 'verpleging en verzorging in de eigen omgeving' Zvw bij machtigingen beleid (pgb en niet-gecontracteerde zorgaanbieders. Onder herbeoordeling wordt verstaan dat de verpleegkundige die de herbeoordeling uitvoert, opnieuw de indicatie stelt in aanwezigheid van u in de thuisomgeving. Hierna kan de verpleegkundige overleggen met de verpleegkundige, de eerste indicatiesteller (interview). Wij nemen de herbeoordeling vervolgens in behandeling. Dat er sprake is van een herbeoordeling sluit niet uit dat de toekenning kan afwijken van de gestelde indicatie. Voor de zorg die wij niet rechtmatig en/of 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 de toekenning afwijkt van de indicatie.
13. Zowel voor artikel 5.11 als 5.12 geldt:

Als er overeenstemming is tussen de indicerende wijkverpleegkundige en de medisch adviseur over wat aangemerkt wordt als rechtmatige en doelmatige zorg dan leidt dat tot aanpassing van de indicatie. Deze overeenstemming (akkoord) wordt schriftelijk vastgelegd en beschouwen wij als bindend. Wij zijn niet gebonden aan een latere eenzijdige aanpassing/intrekking van het akkoord.
14. U heeft zelf ook recht op een second opinion. U kunt dan een andere onafhankelijke verpleegkundige vragen om de opgestelde indicatie opnieuw te beoordelen. Met deze second opinion gaat u terug naar de verpleegkundige van de eerste indicatie. Deze verpleegkundige houdt de regie over de indicatie.
15. Op het aanvraagformulier dient u aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener(s) door ziekte, vakantie of anderszins. Ook met een vervangende zorgverlener dient u een zorgovereenkomst af te sluiten.
16. Indien u heeft verbleven in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zorgverzekeringswet dan wel in een voorziening voor Eerstelijns Verblijf (ELV), kunt u weer gebruik maken van uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen, tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd. U heeft wel een nieuwe aanvraag nodig als u langer dan 60 dagen opgenomen bent in een Wlz-instelling, ziekenhuis of in een voorziening voor Eerstelijns Verblijf.
17. Indien u een combinatie wenst van Zorg In Natura (ZIN) en zorg via een Zvw-pgb dan is dat mogelijk. Daar stellen wij de volgende voorwaarden aan:
 - a. De indicatie mag maar door 1 zorgverlener worden gesteld.
 - b. Vanuit het Zvw-pgb moet minimaal 1 zorgverlener worden betaald die niet door ons is gecontracteerd.
 - c. Zorg die aan u wordt geleverd door een door ons gecontracteerde aanbieder, wordt altijd rechtstreeks door de zorgverlener bij ons gedeclareerd en valt dus buiten uw Zvw-pgb. Het Zvw-pgb wordt hierop aangepastEen combinatie van zorgverlening door een niet door ons gecontracteerde zorgverlener via restitutie en zorg via een Zvw-pgb is niet mogelijk.

6 Toekenningsverklaring

1. De ingangsdatum van een eerste toegekende Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb bij uw eerste aanvraag ook op een latere datum in laten gaan.
2. Als de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken, kunt u uw Zvw-pgb alleen behouden door opnieuw een Zvw-pgb aan te vragen. Uw nieuwe Zvw-pgb gaat op zijn vroegst pas in op de datum waarop wij uw volledig ingevulde aanvraagformulier hebben ontvangen. Vraag daarom tijdig vóór het verstrijken van de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring aan uw wijkverpleegkundige om het nieuwe aanvraagformulier met u in te vullen.
3. Als er is sprake van een (tussentijdse) herindicatie, dan kunt u uw Zvw-pgb alleen behouden door opnieuw een Zvw-pgb aan te vragen. Uw nieuwe Zvw-pgb gaat op zijn vroegst in op de datum waarop wij het volledig ingevulde aanvraagformulier van u hebben ontvangen.
4. In de schriftelijke toekenningsverklaring of bevestiging via elektronische weg, die wij u toesturen, leggen wij de periode van toekenning van het Zvw-pgb en de hoogte van het budgetbedrag dat over deze periode maximaal wordt vergoed vast.
 - a. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en zolang u een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe indicatie aanvragen bij uw wijkverpleegkundige en vervolgens een nieuwe pgb-aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5.
 - b. In afwijking van lid 4.a geldt dat het bij een verlenging van de indicatie in sommige maatwerksituaties mogelijk is om een Zvw-pgb met een looptijd van maximaal 5 jaar toe te kennen overeenkomstig de op dat moment geldende Handreiking verlengde toekenning Zvw-pgb en de voorwaarden zoals gesteld in artikel 5.3. Deze nieuwe aanvraag moet u indienen overeenkomstig de voorwaarden in artikel 6.2.
5. Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-pgb gaan wij uit van aangevraagde uren Zvw-pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.
6. Het budget wordt per kalenderjaar (of deel van een kalenderjaar) berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld. U ontvangt hierover automatisch een bericht van ons.
7. Als uw zorgverzekering of uw Zvw-pgb voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Indien u meer zorg heeft gedeclareerd, dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel uitbetaalde pgb terug te betalen. Bij een tussentijdse herindicatie wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd en/of verhoogd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Indien u meer zorg gedeclareerd heeft dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel uitbetaalde pgb terug te betalen.
8. De toekenning of afwijzing van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.
9. Als u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al zorg in natura heeft of als u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg heeft op het moment dat u een aanvraag voor een Zvw-pgb indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het Zvw-pgb, zoals opgenomen in de toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u bij deze zorgverlener(s) uw zorg blijft afnemen.
10. Op ons besluit is de klachten- en geschillenregeling van de algemene polisvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing. Meer informatie hierover vindt u in artikel A18 van de algemene voorwaarden van uw basisverzekering. Tijdens de behandeling van uw klacht en tijdens de behandeling bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) zorgen wij, indien nodig in overleg met u, er voor dat u de benodigde zorg ontvangt. U houdt recht op verpleging en verzorging in de vorm zorg in natura of restitutie, zoals in artikel B26 van uw basisverzekering is beschreven.

7 Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

1. Alleen u, of uw wettelijk vertegenwoordiger namens u, kan uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw toekenningsverklaring staat vermeld.
2. De nota's die u ontvangt van de zorgverleners, waar u op basis van uw Zvw-pgb een overeenkomst mee heeft gesloten, controleert u en dient u bij ons in. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de door ons afgegeven toekenningsverklaring mag gedeclareerd worden. Voor de declaratie van uw nota's gebruikt u de daartoe bestemde formulieren. U kunt deze formulieren vinden op zilverenkruis.nl of bij ons opvragen. Als wij constateren dat de gedeclareerde zorg niet in lijn is met de toekenningsverklaring, dan behouden wij ons het recht voor om deze gedeclareerde zorg achteraf alsnog af te wijzen.
3. Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Wij verlenen geen voorschot.
4. Door inzending van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg. In de algemene voorwaarden van uw zorgverzekering artikel A5.4 stellen wij verplichtingen als u zelf nota's declareert. Hier is omschreven waaraan een nota moet voldoen om in aanmerking te komen voor vergoeding.
5. Het declareren van vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten (afgerond op 5 minuten) mag worden gedeclareerd.
6. Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen 3 maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Hiermee kunt u een actueel beeld houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.
7. Indicatiestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in artikel 2 beschreven, casemanagement en verpleegkundige dagopvang en verblijf bij kinderen met een intensieve zorgvraag worden niet vergoed uit het Zvw-pgb. Deze zorg zal afhankelijk van uw basisverzekering als zorg in natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed op basis van artikel B26 van uw basisverzekering.

7.2 Hoogte en omvang declaratie

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

Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

Omschrijving	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	€ 35,40	€ 2,95
Verpleging	€ 54,96	€ 4,58

Voor informele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

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

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

7.3 Overige bepalingen ten behoeve van declareren

1. U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig uitbetalen van de door u gecontracteerde zorgverleners. Voor zover u niet tijdig aan uw contractuele betalingsverplichting voldoet, kunnen eventuele bijkomende kosten (bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente) niet vanuit het Zvw-pgb worden betaald.
2. Wij zijn gerechtigd controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgverleners die u hebt gecontracteerd en in lijn is met uw toekenningsverklaring. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en rechtmatigheid van de geleverde zorg beoordelen. Indien van toepassing, kunnen wij u adviseren hoe deze zorg doelmatiger ingezet kan worden.
3. Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw Zvw-pgb wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende budgetperiode.
4. Wij vergoeden geen nota's meer uit uw budget als de maximale hoogte van het toegekende jaarbudget of maximaal aantal toegekende uren uit uw Zvw-pgb is bereikt, of naar rato als het Zvw-pgb voortijdig wordt beëindigd. Eventueel te veel uitbetaalde declaraties worden door ons rechtstreeks bij u teruggevorderd.
5. In de algemene voorwaarden van uw zorgverzekering is opgenomen in artikel A6.9 en A7.10 dat wij openstaande bedragen aan verplicht of vrijwillig eigen risico mogen verrekenen met uw Zvw-pgb declaraties. Daarnaast is in artikel A9.2 opgenomen dat wij achterstallige premie mogen verrekenen met uw Zvw-pgb declaraties.
6. Als u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgverleners inhuren, is dat alleen mogelijk op basis van het informele tarief.
7. Wij betalen de nota's alleen uit aan het bij ons bekende rekeningnummer van u (verzekeringnemer). Wij betalen dus niet rechtstreeks uit aan zorgverleners e.a.

8 Verplichtingen

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

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

Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan, indien dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude Zvw-rgb wordt (her)berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 6.7. Het nieuwe Zvw-rgb wordt berekend per de ingangsdatum van dit nieuwe Zvw-rgb.

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

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

9 Herziening of intrekking

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

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

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

10 Beëindigen van het Zvw-pgb

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

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

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

- a. met ingang van de dag waarop u niet langer in staat bent om op eigen kracht te voldoen aan de in artikel 3 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 genoemde toekenningsvoorwaarden):
 - niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is,
 - bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
 - blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres,
 - zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen,
 - valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard,
 - anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen,
 - uw zorgverlener en niet ook uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is,
- c. met ingang van de dag waarop u zich niet (meer) houdt aan de aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen,
- d. met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat met het Zvw-pgb wordt, of zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit en/of doelmatige zorg. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt. Onder doelmatige zorg wordt verstaan in hoeverre met het Zvw-pgb zal worden gewerkt aan de verbetering, het behoud of beperking van achteruitgang van zijn gezondheid. Daarmee wordt getoetst of de wijze waarop de verzekerde zijn zorg wil inzetten gezien zijn zorgvraag effectief is.
- e. met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat de continuïteit van de te ontvangen zorg voldoende gewaarborgd is in situaties waarin uw zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins niet in staat zal zijn de benodigde zorg te verlenen,
- f. met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing had geleid.

11 Terugvordering

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

12 Begripsbepalingen

Gespecialiseerde verpleging

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

Medisch adviseur

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

Verpleging en verzorging

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

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

- 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.

Vertegenwoordiger

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

Onder bloed- en aanverwanten verstaan wij:

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

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand;

- 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 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;
- die anderszins onvoldoende waarborg zal bieden voor het nakomen van de voor de budgethouder aan het pgb verbonden verplichtingen.

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

Wettelijk vertegenwoordiger

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

Zorg in natura

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

Zorgverlener

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

Bijlagen

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

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

Wij helpen u graag verder



Kijk op zk.nl/contact

Voor een overzicht van alle contactmogelijkheden



Wilt u liever iemand persoonlijk spreken?

Wij zijn bereikbaar op 071 751 00 51

Kijk op zk.nl/contact voor een overzicht van alle openingstijden



Schrijven kan natuurlijk ook

Zilveren Kruis, Postbus 444, 2300 AK Leiden

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

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

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