Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen
prof. dr. mr. A. de Ruijter, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501646

Partijen

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

en

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

1. Verloop van de procedure

1.1. Verzoekster heeft bij brief van 11 oktober 2025 de zaak voorgelegd aan SKGZ. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft bij brief van 22 januari 2025 meegedeeld geen ruimte te zien voor bemiddeling en de zaak door te sturen naar de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) voor een uitspraak. Op 23 januari 2026 vond een intakegesprek plaats, dat bij brief van dezelfde datum aan verzoekster is bevestigd. Op 27 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.

1.2. Bij brief van 27 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 31 maart 2026 aan verzoekster gestuurd.

1.3. Bij brief van 7 mei 2026 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2026006822) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 8 mei 2026 aan partijen gezonden.

1.4. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 5 juni 2026 een ongedateerde aanvullende verklaring van de indicerend wijkverpleegkundige overgelegd. Een afschrift hiervan is op dezelfde dag aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, met de mogelijkheid hierop tijdens de hoorzitting te reageren.

1.5. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 17 juni 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

1.6. Na de hoorzitting is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld een nadere reactie te geven. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 26 juni 2026 gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op dezelfde dag aan verzoekster gezonden, met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. Verzoekster heeft bij brief van 1 juli 2026 gereageerd. Een afschrift van deze reactie is op dezelfde dag ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

1.7. De aantekeningen van de hoorzitting, kopieën van de voorgedragen pleitnota's en van de nagekomen stukken zijn op 1 juli 2026 aan het Zorginstituut gezonden met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 7 mei 2026 aanpassing behoeft. Bij brief van

15 juli 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht. Dit advies is op 16 juli 2026 aan partijen gestuurd, met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. Verzoekster heeft bij e-mailbericht van 30 juli 2026 een reactie van de indicerend wijkverpleegkundige van dezelfde datum overgelegd. Hierbij bevond zich ook een verklaring van de huisarts van 1 juli 2026. Deze stukken zijn op 18 augustus 2026 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden, met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. De ziektekostenverzekeraar heeft van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

1.8. De nagekomen reactie van de indicerend wijkverpleegkundige en de verklaring van de huisarts zijn op 8 september 2026 in kopie aan het Zorginstituut gestuurd, met de vraag hierop te reageren. Bij brief van 21 september 2026 heeft het Zorginstituut een nader definitief advies uitgebracht. Een afschrift hiervan is op 22 september 2026 aan partijen gezonden, met de mogelijkheid hierop binnen drie weken te reageren. Van partijen heeft de commissie geen reactie ontvangen.

2. Vaststaande feiten

2.1. Verzoekster was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorg-op-maatpolis (natura) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen 50+ en Uitgebreide Tandarts Collectief (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).
De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

2.2. Bij verzoekster zijn in 2014 in verband met een sepsis als gevolg van een pneumokokkeninfectie beide onderbenen en handen inclusief de polsen geamputeerd. Als gevolg hiervan heeft zij zorg nodig, die aan haar wordt verleend door haar echtgenoot. Deze zorg bekostigt zij al jaren met een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Op 20 januari 2025 heeft verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een PGB vv op basis van 30 uren en 15 minuten Persoonlijke Verzorging per week, zoals geïndiceerd door een wijkverpleegkundige.

2.3. Bij brief van 14 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar via verzoekster aan de indicerend wijkverpleegkundige gevraagd om een aanvullende verklaring. Bij e-mailbericht van 26 mei 2025 heeft de indicerend wijkverpleegkundige, onder verwijzing naar een eerder e-mailbericht van 17 april 2025, een nadere reactie gegeven.

2.4. Bij brief van 27 mei 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat een PGB vv wordt verstrekt op basis van 18 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week.

2.5. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 22 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

2.6. Verzoekster heeft hierop een advocaat geraadpleegd, die namens haar op 25 september 2025 een brief aan de ziektekostenverzekeraar heeft gezonden. De ziektekostenverzekeraar heeft bij e-mailbericht van 26 september 2025 aan de advocaat meegedeeld dat zijn brief niet leidt tot een herbeoordeling van de aanvraag.

2.7. Bij brief van 7 mei 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

2.8. Bij brief van 15 juli 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

2.9. Bij brief van 21 september 2026 heeft het Zorginstituut aan de commissie een nader definitief advies uitgebracht.

3. Standpunt verzoekster

3.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden alsnog een PGB vv te verstrekken op basis van 30 uren en 15 minuten Persoonlijke Verzorging per week, zoals geïndiceerd door de wijkverpleegkundige.

3.2. Verzoekster heeft hiertoe in haar brief aan SKGZ van 11 oktober 2025 aangevoerd dat zij sinds 2014 een PGB vv ontvangt. De nieuwe indicatie is gesteld door een wijkverpleegkundige op niveau 5. In deze herindicatie van 5 februari 2025 is expliciet opgenomen dat de situatie van verzoekster ongewijzigd is. Zij heeft geen handen en onderbenen, en is volledig afhankelijk van hulp bij alle algemene dagelijkse levensverrichtingen, waaronder eten en drinken, gezondheid bevorderende activiteiten, en het aan- en uitdoen van de jas als zij naar buiten gaat om te fietsen. Ondanks de ongewijzigde medische situatie heeft de ziektekostenverzekeraar besloten om het PGB vv met circa 37% te verlagen. Deze verlaging betreft het niet langer vergoeden van hulp bij eten en drinken, en gezondheid ondersteunende activiteiten. De indicerend wijkverpleegkundige heeft duidelijk meegedeeld dat het uitblijven van deskundige ondersteuning bij vocht- en voedselinname niet slechts een theoretisch risico oplevert, maar dat het een feit is dat dit zal leiden tot ondervoeding, dehydratatie, elektrolytentekort, hormonale disbalans en uiteindelijk overlijden. Hierbij moet voor ogen worden gehouden dat verzoekster als gevolg van de zeer ernstige gevolgen van sepsis vrijwel volledig hulpbehoevend is en een fragiele gezondheid heeft. Dit onderstreept dat ook het aan- en uittrekken van de jas van cruciaal belang is bij het naar buiten gaan. Als verzoekster niet meer kan fietsen, wat in feite nog de enige mogelijkheid tot beweging is die zij heeft, dan zal zij hiervan grote lichamelijke gevolgen ondervinden. Hiermee is de geneeskundige context door de indicerend wijkverpleegkundige onderbouwd. De verlaging van het aantal uren lijkt uitsluitend te berusten op een beleidswijziging of bezuiniging. Beleid kan echter niet afdoen aan de wettelijke aanspraak op noodzakelijke zorg.

3.3. Ter zitting heeft verzoekster verklaard dat zij, naast de afwezigheid van handen en onderbenen, te maken heeft met nierfalen en een niet-werkende milt. Haar situatie is blijvend en onveranderd. Sinds 2014 is vijf keer een vergelijkbaar PGB vv toegekend. In 2025 is, zonder dat er medisch iets is gewijzigd, gekort op de onderdelen maaltijdzorg en gezondheid bevorderende activiteiten, samen 11 uren en 35 minuten per week. Belangrijk is dat het Zorginstituut niet heeft gezegd dat deze zorg nooit onder de Zorgverzekeringswet kan vallen. Het enige bezwaar was dat in het zorgplan onvoldoende was onderbouwd dat de hulp een medisch doel dient, de zogenoemde geneeskundige context. Dat is dus geen principiële afwijzing, maar een kwestie van onderbouwing. En juist die onderbouwing heeft de wijkverpleegkundige inmiddels aangeleverd in haar notitie van 6 juni 2026. De kern van het verschil van inzicht is een juridische. De ziektekostenverzekeraar verlangt dat er op dit moment een actuele medische noodzaak bestaat die de inzet van verpleegkundige zorg vereist. Dat is niet de maatstaf van de wet. Artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering vraagt of zorg wordt geboden met het oog op herstel van gezondheid of het voorkomen van verergering van een ziekte of aandoening. De toets is dus preventief. De zorg is er juist om een acute medische noodzaak te voorkomen. Door te eisen dat die noodzaak nu al bestaat, legt de ziektekostenverzekeraar de lat hoger dan de wet doet. Het Zorginstituut heeft in dit dossier zelf vastgesteld dat de enge lezing van de ziektekostenverzekeraar, namelijk dat alleen sprake is van een geneeskundige context wanneer tijdens de maaltijd verpleegkundig wordt gehandeld of toezicht wordt gehouden, onjuist is. Het aansporen tot eten of hulp bij eten kan in een geneeskundige context plaatsvinden. Of de geneeskundige context bij verzoekster aanwezig is, beoordeelt het Zorginstituut aan de hand van drie vragen. Eén bevestigend antwoord volstaat. Bij haar zijn dit er twee. Ten eerste, het overnemen van een algemene dagelijkse levensverrichting. Verzoekster kan zonder handen niet zelf eten of drinken. De wijkverpleegkundige beschrijft dat de armprotheses, ook wanneer zij werken, geen kopje of glas kunnen vastpakken, dat er geen fijngevoeligheid is en dat een beker wordt stukgeknepen of valt, en dat de techniek bovendien vaak

kapot is, waardoor volledige hulp bij de maaltijd nodig is. De inname wordt daarmee volledig overgenomen. Dat is naar de maatstaf van het Zorginstituut zelf al voldoende om van een hoog risico op een behoefte aan geneeskundige zorg te spreken. Ten tweede, medische instabiliteit. Hier is de comorbiditeit - iemand heeft twee of meer aandoeningen - voor verzoekster beslissend. Door haar nierfalen is haar vermogen om de vocht- en elektrolytenhuishouding zelf te reguleren verminderd, waardoor een tekort of disbalans sneller en ernstiger ontspoort dan bij een gezonde nierfunctie. Door het ontbreken van een werkende milt is zij sterk infectiegevoelig, waardoor ondervoeding en verminderde weerstand een direct medisch risico vormen. Het bewaken en signaleren van haar daadwerkelijke inname, en het herkennen van een dreigend tekort, vormen daarom geen praktische hulp bij het klaarzetten van eten, maar een verpleegkundige signalerings- en bewakingstaak die rechtstreeks gezondheidsschade voorkomt. De wijkverpleegkundige onderstreept dat dit kennis en kunde vereist in de benadering van verzoekster. Beide vragen worden dus bevestigend beantwoord. Daarmee staat de geneeskundige context vast en valt de maaltijdzorg onder de Zorgverzekeringswet.

3.4. Dat haar echtgenoot de zorg kan verlenen, pleit juist voor toekenning. De ziektekostenverzekeraar leidt uit de stukken af dat de inzet van een gediplomeerd verpleegkundige niet nodig is, omdat de echtgenoot de taken kan overnemen. Die redenering keert zich tegen de ziektekostenverzekeraar. Dat haar echtgenoot de taken op zich neemt, betekent niet dat de geneeskundige context ontbreekt. Het PGB vv is er juist voor bedoeld om zorg, zowel verpleging als in het bijzonder verzorging, over te laten aan bijvoorbeeld de echtgenoot. Bovendien geldt: zodra de geneeskundige context vaststaat, is niet bepalend wie de handeling feitelijk uitvoert. Of dat de verpleegkundige is, een verzorgende, of verzoekster met hulp van haar echtgenoot; de context blijft een geneeskundige. Dat is de eigen lijn van het Zorginstituut.

3.5. Voor zover de ziektekostenverzekeraar de hulp richting de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) wil schuiven: die ondersteuning is bedoeld voor een begeleidingsbehoefte, zoals bij een verstandelijke of zintuiglijke beperking. De behoefte van verzoekster komt voort uit een ernstige somatische aandoening, namelijk de amputaties in combinatie met nierfalen en een ontbrekende milt, met het bijbehorende hoge risico op een behoefte aan geneeskundige zorg. Daarmee valt de zorg onder de Zorgverzekeringswet.

3.6. Sinds 2014 is, als eerder opgemerkt, vijf keer een vergelijkbaar budget toegekend. De situatie van verzoekster is helaas niet verbeterd, het wettelijk toetsingskader is niet veranderd, en er is geen nieuwe informatie. Een beoordeling die afwijkt van een bestendige gedragslijn vraagt om een deugdelijke motivering en deze ontbreekt. De ziektekostenverzekeraar heeft het tweede verzoek om heroverweging op 26 september 2025 in een paar regels afgewezen, met de enkele mededeling zich niet te kunnen vinden in de toelichting, zonder die inhoudelijk te weerleggen. Ook hierin ligt een gebrek aan zorgvuldige besluitvorming besloten.

3.7. Vanuit verpleegkundig oogpunt (geneeskundige context) is het behoud van lichamelijke conditie, mobiliteit en participatie van groot belang voor het voorkomen van verdere gezondheidsproblemen. Voor verzoekster vormt fietsen een essentieel onderdeel van haar lichamelijk functioneren, conditiebehoud en maatschappelijke participatie. Door haar amputaties is zij niet in staat zich zelfstandig hiervoor om te kleden of haar kleding adequaat aan te passen. Het niet kunnen uitvoeren van deze activiteiten leidt tot een aanzienlijke beperking van haar bewegingsmogelijkheden en zal bijdragen aan lichamelijke achteruitgang, afname van conditie en vermindering van zelfstandigheid.

3.8. In haar brief aan de commissie van 1 juli 2026 heeft verzoekster aanvullend verklaard dat uit een door de ziektekostenverzekeraar meegezonden stuk van 10 augustus 2023 volgt dat zij 24-uurszorg nodig heeft en dat er altijd iemand aanwezig moet zijn, dat bij koorts direct antibiotica moeten worden toegediend, en dat bij fantoompijn onmiddellijk medicatie nodig is. Dat koorts bij

verzoekster direct met antibiotica moet worden behandeld, hangt rechtstreeks samen met het ontbreken van een werkende milt, want bij een patiënt zonder milt kan een infectie snel levensbedreigend verlopen. Dit is geen praktische ondersteuning, maar betreft een situatie waarin deskundige waakzaamheid en tijdig handelen medisch noodzakelijk zijn. Daarmee staat de geneeskundige context van haar zorg, anders dan de ziektekostenverzekeraar stelt, wel degelijk in het dossier. Bij verzoekster is onvoldoende vocht- en voedingsinname geen algemeen risico zoals bij ieder mens. Door haar nierinsufficiëntie raakt de vocht- en elektrolytenbalans eerder en ernstiger ontregeld. Onvoldoende voeding verlaagt bovendien haar weerstand, en juist een verlaagde weerstand vergroot bij het ontbreken van een milt het risico op een ernstig verlopende infectie, hetzelfde risico waarvoor volgens de wijkverpleegkundige (en de behandelaars) onmiddellijk moet worden ingegrepen. Het bewaken en signaleren van haar inname is in dat licht geen huishoudelijke hulp, maar een schakel in het voorkomen van de medische complicaties waarvoor zij kwetsbaar is. De regie van verzoekster doet niet af aan de aanspraak. Dat zij honger en dorst voelt en kan aangeven wanneer zij wil eten, neemt de geneeskundige context niet weg. Volgens de eigen handvatten van het Zorginstituut is niet bepalend wie de handeling uitvoert of dat de verzekerde de regie houdt. Zodra de geneeskundige context is vastgesteld, blijft die bestaan.

3.9. Een eetrobot is geen passend voorliggend hulpmiddel. Een eetrobot brengt voeding naar de mond, maar bewaakt niet de inname, signaleert geen tekort, en reageert niet op koorts of andere signalen. Juist in dat bewaken en signaleren ligt de kern van de gevraagde zorg. Een eetrobot kan die zorg dus niet vervangen.

3.10. Het gaat verzoekster niet om een garantie uit het verleden. De aanspraak die zij vandaag maakt, baseert zij op haar huidige situatie en op artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. Dat deze zorg jarenlang is toegekend, illustreert slechts dat haar situatie en het wettelijk kader al die tijd ongewijzigd zijn.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoekster aanspraak heeft op een PGB vv op basis van 18 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per dag. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 22 augustus 2025 aangevoerd dat hij op 31 maart 2025 vragen heeft gesteld over de geneeskundige context van de geïndiceerde maaltijdzorg. Op 26 mei 2025 heeft de indicerend wijkverpleegkundige meegedeeld dat in eerdere correspondentie - van 10 augustus 2023 en 21 november 2023 - is vermeld dat bij vervolgaanvragen naar die berichten mag worden verwezen. Deze correspondentie had echter betrekking op een andere indicatie. De huidige aanvraag betreft een nieuwe indicatie, waarbij opnieuw vragen mogen worden gesteld. In de toelichting wordt vermeld dat een ergotherapeut is betrokken, maar een verslag daarvan ontbreekt. Verder wordt als geneeskundige context aangevoerd dat het uitblijven van vocht- en voedselinname kan leiden tot dehydratatie, ondervoeding, elektrolytentekorten, hormonale disbalans en uiteindelijk overlijden. Dit argument is niet doorslaggevend voor het aannemen van een geneeskundige context, omdat het een theoretisch risico beschrijft en niet aantoont dat er op dit moment een actuele medische noodzaak bestaat die inzet van verpleegkundige zorg vereist. Met betrekking tot de ondersteuning bij het aan- en uittrekken van de jas geldt dat de indicerend wijkverpleegkundige deze zorg heeft gemotiveerd door te stellen dat verzoekster afgelegen woont, geen netwerk heeft, en niet zonder jas of vervoermiddel naar anderen kan gaan. Daarbij wordt opgemerkt dat het inzetten van een gediplomeerde verpleegkundige voor deze handeling zonde is, omdat de echtgenoot deze taak kan overnemen. Deze motivering wijst echter juist op het ontbreken van een geneeskundige context, omdat geen medische interventie of toezicht door een professional noodzakelijk is.

4.2. In zijn brief aan de commissie van 27 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat tijdens het geven van maaltijden geen geneeskundig risico bestaat, zoals verslikken,

waarvoor verpleegkundig ingrijpen nodig is. Ook is toezicht op de inname niet vereist, omdat verzoekster zelf de regie kan houden over haar eet- en drinkmomenten. Zij kan aangeven wanneer zij wil eten of drinken en zo nodig zelf hulp inschakelen. Ondersteuning bij het eten vindt alleen plaats binnen een geneeskundige context als tijdens de maaltijd verpleegkundig handelen of toezicht noodzakelijk is binnen een geneeskundige context of een hoog risico daarop. Als er sprake is van louter praktische ondersteuning zonder medische risico's, waarbij betrokkene zelf de regie houdt, dan betreft het ADL-ondersteuning en valt deze hulp buiten de Zorgverzekeringswet. Daarnaast is eerder gevraagd of is onderzocht of een eetrobot een passende oplossing kan zijn. De ziektekostenverzekeraar kan niet duidelijk terugvinden of dit, eventueel samen met een ergotherapeut, is nagegaan. De wijkverpleegkundige geeft aan dat verzoekster alles wat mogelijk is wil inzetten, maar hieruit blijkt niet concreet dat deze voorziening specifiek is onderzocht. Daarmee lijkt mogelijk sprake te zijn van een voorliggende voorziening die nog nader kan worden bekeken. Zolang niet kan worden uitgelegd waarom er niet kan worden uitgekomen met een minder ingrijpend of goedkoper alternatief vindt de ziektekostenverzekeraar maaltijdondersteuning in de huidige vorm niet doelmatig.

4.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij weet dat het gaat om een heel ingrijpende situatie. Het is duidelijk dat er een zorgvraag is. Dit staat niet ter discussie. De ziektekostenverzekeraar moet evenwel beoordelen of de zorg voor vergoeding uit de zorgverzekering in aanmerking komt. Eén van de voorwaarden is in dit kader dat de zorg verband moet houden met de behoefte aan geneeskundige zorg of een groot risico daarop. De indicerend wijkverpleegkundige moet uitleggen waarom dit het geval is. Voor de ziektekostenverzekeraar is de geneeskundige context niet duidelijk, waardoor de indicatie niet navolgbaar is. In de laatste toelichting wordt duidelijk uitgelegd dat verzoekster een beperking heeft en daarom ondersteuning nodig heeft bij de maaltijdverzorging. Het Zorginstituut heeft eerder toegelicht dat zolang er nog interventies mogelijk zijn om de zelfredzaamheid te vergroten, geen geneeskundige context aanwezig is. Dit is niet toegelicht in het zorgplan en daarom vindt de ziektekostenverzekeraar de indicatie niet navolgbaar. Hetzelfde geldt voor de hulp bij het fietsen. Er is in het e-mailbericht van 5 juni 2026 een aanvullende toelichting gegeven, waarbij ook wordt verwezen naar de nieraandoening. Dit latere stuk is al voorgelegd aan de adviserend verpleegkundige, en deze geeft aan dat die informatie ook in het dossier aanwezig is. De adviserend verpleegkundige handhaaft het eerdere standpunt. De ziektekostenverzekeraar ziet ook dat het Zorginstituut heeft toegelicht dat bepaalde stellingen van de ziektekostenverzekeraar niet zouden kloppen. Hieraan conformeert hij zich. Het gaat dan bijvoorbeeld om de opmerking dat de zorg ook via de Wmo zou kunnen lopen. Verder zouden eten en drinken alleen binnen een geneeskundige context plaatsvinden als tijdens het eten geneeskundige handelingen plaatsvinden. Dit standpunt was inderdaad niet correct en wordt dan ook verlaten. Het Zorginstituut zegt ook dat de handelingen zoals die worden uitgevoerd geen zorg zijn zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. De regelgeving is inderdaad niet veranderd. Het is wel zo dat er tussendoor duidingen zijn van het Zorginstituut en dit is kennis die kan leiden tot wijzigingen. Daarom is men anders of kritischer gaan beoordelen. In 2023 zijn er ook vragen gesteld over maaltijdondersteuning. In 2023 is na enige discussie het gevraagde PGB vv toegekend.

4.4. In zijn brief aan de commissie van 26 juni 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat hij ter zitting de stelling heeft verlaten dat ondersteuning bij eten en drinken uitsluitend binnen een geneeskundige context plaatsvindt als tijdens de maaltijd verpleegkundig handelen of toezicht noodzakelijk is. Ook het aansporen tot, of hulp bij eten kán in een geneeskundige context plaatsvinden, zoals het Zorginstituut terecht opmerkt. Eveneens is de opmerking over de Wmo losgelaten. Het geschil spitst zich daarmee toe op de vraag of in dít individuele geval voldoende navolgbaar is gemaakt dat de ondersteuning bij vocht en voeding verband houdt met een behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop zoals bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering. De indicatie en de nadere onderbouwing beschrijven de ondersteuning vrijwel volledig in functionele termen: verzoekster kan door het

ontbreken van handfunctie en de beperkte werking van de armprotheses geen beker of bestek hanteren, kan voeding niet zelf bereiden en kan de inname niet zelfstandig uitvoeren, zodat deze moet worden overgenomen. Dat is een overname van een algemene dagelijkse levensverrichting op grond van een lichamelijke, functionele beperking. Het Zorginstituut komt op basis van hetzelfde zorgplan tot dezelfde conclusie: de zorg zoals beschreven lijkt volledig praktisch van aard, zonder aanwezigheid van een geneeskundige context, en lijkt daarmee uitsluitend te strekken tot ondersteuning van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar sluit zich hierbij aan.

4.5. In de onderbouwing wordt gewezen op het risico van onvoldoende inname, met als mogelijke gevolgen dehydratie, ondervoeding en uiteindelijk overlijden. Dat een mens zonder voldoende vocht en voeding gezondheidsschade oploopt, geldt echter voor iedereen en medicaliseert de ondersteuning bij de inname niet. Het Zorginstituut heeft dit uitdrukkelijk overwogen: het enkele feit dat een risico op uitdroging bestaat wanneer iemand geen voedsel en vocht tot zich neemt, brengt niet zonder meer mee dat sprake is van een geneeskundige context. De stap van een algemeen risico naar een geneeskundige zorgbehoefte of een hoog risico daarop moet in het concrete geval worden gemaakt, en die stap is niet navolgbaar onderbouwd.

4.6. De ziektekostenverzekeraar erkent de ernst van de medische voorgeschiedenis: de amputaties, de nierinsufficiëntie en de niet functionerende milt. Dat verzoekster comorbiditeit heeft, staat niet ter discussie. De vraag is echter of daaruit volgt dat de inname structureel verpleegkundig moet worden bewaakt en gesignaleerd binnen een geneeskundige context. Dat is niet aangetoond, om de volgende redenen. Ten eerste behoudt verzoekster de eigen regie: er zijn geen aanwijzingen dat zij honger- en dorstprikkels niet zelf ervaart, niet zelf kan aangeven wanneer en wat zij wil eten of drinken, of een dreigend tekort niet zelf kan signaleren en zo nodig hulp kan inschakelen. Van cognitieve beperkingen die het zelf monitoren en signaleren in de weg staan, blijkt niet. Ten tweede en doorslaggevend, ontbreekt objectivering door een behandelaar: er is geen indicatie of instructie van een nefroloog of andere behandelaar dat de inname om medische redenen moet worden gemonitord, er is geen vochtbeleid, er zijn geen te bewaken parameters en er is geen op de nierfunctie of immuunstatus toegesneden signaleringsplan. De in het stuk genoemde taken, toezicht houden op voldoende inname, signaleren van onvoldoende inname en het bewaken van de gezondheidstoestand in relatie tot voeding en vocht, zijn in algemene bewoordingen gesteld, maar zijn voor dít individuele geval niet navolgbaar gemaakt als medisch noodzakelijke verpleegkundige bewakingstaak. Dat een wijkverpleegkundige deze taken benoemt, is onvoldoende; de geneeskundige context moet uit het dossier navolgbaar blijken, en dat is hier niet het geval.

4.7. Het laatst ingebrachte stuk is opnieuw beoordeeld. Het bevat geen nieuwe, objectieve geneeskundige gegevens ten opzichte van wat reeds medisch is gewogen. De nadruk op het disfunctioneren van de protheses raakt de functionele beperking, en daarmee de praktische overname van de inname, maar niet de geneeskundige context. Het enkele feit dat een prothese onvoldoende functioneert, brengt geen geneeskundige context met zich.

4.8. Primair stelt de ziektekostenverzekeraar zich op het standpunt dat de geneeskundige context onvoldoende is onderbouwd, zodat de ondersteuning bij vocht- en voedingsinname buiten de reikwijdte van de Zorgverzekeringswet valt en aan een doelmatigheidsbeoordeling niet wordt toegekomen. Subsidiair, voor zover de commissie wel een geneeskundige context aanwezig zou achten, wijst de ziektekostenverzekeraar erop dat eerst dient te worden bezien of een aangepast hulpmiddel of een eetrobot als minder ingrijpend, voorliggend middel kan volstaan voor het zelfstandig tot zich nemen van voeding. Het ligt op de weg van de indicerend wijkverpleegkundige om navolgbaar te motiveren waarom hiermee niet kan worden uitgekomen.

4.9. Verzoekster ontleent aan de correspondentie uit 2023 ten onrechte een gerechtvaardigd vertrouwen op toekenning. Een concrete, ongeclausuleerde toezegging voor de toekomst

ontbreekt; het tegendeel volgt uit de stukken. In de brief van 10 oktober 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar uitdrukkelijk voorbehouden dat "een eerdere akkoordverklaring geen garantie biedt voor toekomstige vergoedingen" en dat voor de zorg na 1 april 2025 een nieuwe indicatie en aanvraag nodig is. De toekenning in 2023 geschiedde bovendien "met voordeel van de twijfel" en behelst dus geen inhoudelijke erkenning dat de zorg onder artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering valt. Het e-mailbericht van 21 november 2023 bevestigt enkel dat het e-mailbericht van 10 augustus 2023 deel uitmaakt van het dossier en daarnaar "zo nodig kan worden verwezen" bij een nieuwe aanvraag, niet meer dan dat, en zeker geen toezegging over de uitkomst van die beoordeling.

5. Advies Zorginstituut

5.1. In het voorlopig advies van 7 mei 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

“De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

In het dossier is de PGB vv-aanvraag, het daarbij behorende zorgplan en medische informatie van de huisarts van verzoekster aanwezig. Daarnaast bevat het dossier mailwisselingen tussen de indicerend verpleegkundige (en haar vervanger) en verweerder.

<u>Ondersteuning bij vocht en voeding</u>
Met betrekking tot ondersteuning bij de inname van vocht en voeding door een verpleegkundige is de geneeskundige context onvoldoende onderbouwd door de indicerend wijkverpleegkundige. Het feit dat er een risico bestaat op uitdroging wanneer iemand geen voedsel en vocht tot zich neemt, brengt niet zonder meer met zich mee dat er ook sprake is van een geneeskundige context.

De stelling van verweerder dat ondersteuning bij het eten en drinken alleen binnen een geneeskundige context plaatsvindt als tijdens de maaltijd verpleegkundig handelen of toezicht noodzakelijk is, is echter niet correct. Het aansporen tot eten of hulp bij het eten kan plaatsvinden in een geneeskundige context. Dit is ook nader uitgewerkt in het rapport ‘De verpleegkundige indicatiestelling – een nadere duiding’.

De geneeskundige context van ondersteuning bij vocht en voeding, zoals beschreven in het zorgplan voor verzoekster, is echter onvoldoende onderbouwd. De zorg zoals deze is beschreven in dit zorgplan lijkt volledig praktisch van aard, zonder aanwezigheid van een geneeskundige context. Het lijkt daarmee uitsluitend om ondersteuning van verzoekster te gaan.

<u>Ondersteuning bij aan- en uittrekken van de jas en omkleden voor het fietsen</u>
Bij de beoordeling van deze handelingen is de vraag of dit zorg is zoals verpleegkundigen plegen te bieden. De beoordeling van de geneeskundige context is daarmee niet aan de orde. Het plegen te bieden criterium strekt tot de beoordeling of zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep behoort, en of deze beroepsgroep de zorg rekent tot zijn deskundigheidsgebied. Daarbij gaat het om het soort zorg en niet om specifieke behandelmethoden (in Nederland). Het gaat om een algemene aanduiding van het zorgarsenaal. Het ondersteunen bij het aan- en uitdoen van de jas en het omkleden voor het fietsen is geen zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden.

Conclusie
Op basis van [de] beschikbare informatie in het dossier is de geneeskundige context van ondersteuning bij inname van vocht en voeding onvoldoende onderbouwd. Daarnaast kan ondersteuning bij het aan- en uittrekken van de jas en het omkleden bij het fietsen niet worden beschouwd als zorg zoals verpleegkundigen plegen te bieden.

Het advies
Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering voor de geïndiceerde zorg met betrekking tot de ondersteuning bij inname van vocht en voeding, de ondersteuning bij het aan- en uittrekken van de jas en het omkleden voor het fietsen."

5.2. In het definitief advies van 15 juli 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen.

Uit deze stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

De commissie merkt op dat uit het voorlopig advies volgt dat onder bepaalde omstandigheden ondersteuning bij het eten en drinken een geneeskundige context kan hebben en onder de verzekerde prestatie wijkverpleging valt, maar dat deze geneeskundige context door de indicerend wijkverpleegkundige niet voldoende is onderbouwd. De commissie vraagt om dit nader toe te lichten en daarbij in te gaan op de wel toegekende ADL-zorg, waaronder het douchen, aan- en uitkleden en het op- en afdoen van make-up.

<u>Zorg rondom de maaltijdondersteuning</u>
Het Zorginstituut zal hieronder nader toelichten waarom de geneeskundige ondersteuning bij het eten en drinken in geval van verzoekster onvoldoende is onderbouwd.

Het Zorginstituut heeft in de publicatie 'Verpleegkundige indicatiestelling: een nadere duiding' uitgelegd wanneer zorg rondom de maaltijdondersteuning een geneeskundige context heeft. Grofweg kan zorg rondom maaltijdondersteuning in vijf stappen worden onderscheiden:
1. *Het bereiden van de maaltijd; klaarmaken en/of opwarmen;*
2. *Het klaarzetten van de maaltijd; zodat de verzekerde erbij kan om het eten op te eten;*
3. *Het aansporen van verzekerde en het herinneren van verzekerde om te eten;*
4. *Toezien dat de verzekerde eet;*
5. *Toedienen van de maaltijd.*

Het bereiden en klaarzetten van de maaltijd, het aansporen, toezien en toedienen van de maaltijd (1 tot en met 5) kunnen onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) vallen als er sprake is van een geneeskundige context. Er kan om te beoordelen of het onder de Zvw of Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) valt, niet volstaan worden met het alleen kijken naar de handeling. De handeling moet binnen de context van de gesteldheid van verzekerde geplaatst worden.

Om te kunnen beoordelen of zorg rondom de maaltijdondersteuning en medicatiebegeleiding onder de Zvw valt, moet in elke individuele situatie door de wijkverpleegkundige afgewogen worden wat een passende interventie is en wie de interventie moet uitvoeren. De wijkverpleegkundige maakt deze afweging in stap vier van het verpleegkundig proces. Als er sprake is van een geneeskundige context is inzet van de wijkverpleegkundige nodig.

De wijkverpleegkundige bepaalt en onderbouwt bij het doorlopen van het verpleegkundig proces wat in de individuele situatie van verzekerde een passende interventie is. Bij instabiele gezondheidssituaties en dreigende gezondheidsrisico's is er sprake van een geneeskundige context en zal de inzet van een wijkverpleegkundige aangewezen zijn. Enkele voorbeelden die in de publicatie worden genoemd van dergelijke gezondheidsrisico's zijn:

- *"Combinatie medicatie en voedselinname; dit is vaak gecombineerd, en er is regelmatig een noodzaak om de medicijnen te combineren met voedsel in verband met het voorkómen van bijvoorbeeld maagklachten.*
- *Uitdroging en ondervoeding met alle gevolgen van dien, verslechterde gezondheidstoestand.*
- *Verslikkingsgevaar.*
- *Combinatie diabetes- maaltijd, de maaltijd moet zijn afgestemd op hoogte bloedsuiker en insuline."*

Uit de beschikbare informatie blijkt niet dat er bij verzoekster sprake is van een instabiele gezondheidssituatie en dreigende gezondheidsrisico's. Om deze reden kan er niet worden gesteld dat er sprake is van een geneeskundige context waarbij inzet van een wijkverpleegkundige aangewezen is.

Toegekende zorg
Het Zorginstituut maakt uit de beschikbare informatie op dat de aanvraag op enkele punten wel is goedgekeurd, waaronder ondersteuning bij het douchen, aan- en uitkleden en het op- en afdoen van make-up. Hiermee heeft verweerder erkend dat dit verzekerde zorg betreft en dat verzoekster redelijkerwijs is aangewezen op deze zorg. Nu er op deze punten geen geschil bestaat, heeft het Zorginstituut dan ook geen adviesbevoegdheid."

5.3. In het nader definitief advies van 21 september 2026 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft uw brief van 8 september 2026 met nagekomen stukken ontvangen. Bij hoge uitzondering heeft het Zorginstituut deze nagekomen stukken beoordeeld.

Uit de nadere onderbouwing (van 30 juli 2026) van de wijkverpleegkundige van verzoekster volgt dat de zorg met betrekking tot de ondersteuning bij vocht en voeding méér omvat dan de handeling van het eten en drinken naar de mond brengen. De zorg omvat daarnaast:
• beoordelen of de inname voldoende is;
• beoordelen of de vocht- en voedingsbehoefte daadwerkelijk wordt gehaald;
• signaleren van afnemende intake;
• beoordelen van gevolgen voor de gezondheidstoestand;
• tijdig interveniëren wanneer onvoldoende intake dreigt;
• afstemmen van voeding en vocht op de actuele gezondheidstoestand.

Op basis hiervan concludeert het Zorginstituut dat de geneeskundige context ten aanzien van de ondersteuning bij vocht- en voedingsinname voldoende is onderbouwd in de situatie van verzoekster. Dit betekent dat verzoekster aanspraak kan maken op de door de wijkverpleegkundige geïndiceerde zorg ten laste van de basisverzekering met betrekking tot de ondersteuning bij inname van vocht en voeding. Voor het overige blijft het voorlopig advies van 7 mei 2026 in stand."

6. Bevoegdheid van de commissie

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

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

7. Beoordeling

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

Zorgverzekering

7.2. De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld in artikel B.28 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het PGB vv is een financieringsvorm die nader is uitgewerkt in het 'Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). Verzoekster heeft aanspraak op verpleging en verzorging voor zover het gaat om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Verder moet sprake zijn van een geneeskundige context en dient de verzekerde op de zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs te zijn aangewezen. Tot slot kunnen partijen afspraken hebben gemaakt over de doelmatigheid.

7.3. De indicerend wijkverpleegkundige stelt de indicatie voor verpleging en verzorging, die in beginsel leidend is. De zorgverzekeraar mag hiervan afwijken als niet aan eerdergenoemde voorwaarden is voldaan. Uit de contractuele verhouding tussen partijen volgt dat hij in dat geval een zorgvuldige procedure moet volgen. De commissie heeft in eerdere bindende adviezen deze procedure beschreven:

a) de zorgverzekeraar neemt contact op met de wijkverpleegkundige over de gestelde indicatie, en legt de inhoud van een eventueel telefoongesprek schriftelijk vast;
b) de wijkverpleegkundige krijgt ten minste vier weken de tijd hierop schriftelijk te reageren;
c) bereiken de zorgverzekeraar en de wijkverpleegkundige geen akkoord, dan motiveert de verzekeraar waarom hij van de gestelde indicatie afwijkt.

7.4. Als de zorgverzekeraar de hiervoor beschreven procedure niet heeft gevolgd, moet de indicatie van de wijkverpleegkundige als uitgangspunt worden genomen voor het toekennen van het aangevraagde PGB vv tenzij dit tot een uitkomst leidt die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.

7.5. In de situatie van verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar op verschillende momenten contact gezocht met de indicerend wijkverpleegkundige om de gestelde indicatie te bespreken. De indicerend wijkverpleegkundige heeft telkens gereageerd en aanvullende vragen beantwoord. Nadat zij en de ziektekostenverzekeraar niet tot overeenstemming kwamen, heeft laatstgenoemde gemotiveerd waarom de zorg rondom de eetmomenten, bij het aan- en uittrekken van de jas bij het naar buiten gaan, en het omkleden voor het fietsen niet werd toegekend. Daarmee is voldaan aan de voorwaarden van zorgvuldigheid voor de beoordeling van het PGB vv.

7.6. Vervolgens is de vraag of de ziektekostenverzekeraar inhoudelijk de juiste conclusie heeft getrokken. Het Zorginstituut heeft de kwestie beoordeeld, en deelt in zijn nader definitief advies van 21 september 2026 aan de commissie mee dat de geneeskundige context van de zorg bij het eten en drinken voldoende is onderbouwd. De commissie kan het Zorginstituut hierin volgen. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat voor zover de commissie een geneeskundige context aanwezig zou achten, eerst dient te worden bezien of een aangepast hulpmiddel of een eetrobot als minder ingrijpend, voorliggend middel kan volstaan voor het, door verzoekster, zelfstandig tot zich nemen van voeding. Zijns inziens lag het op de weg van de indicerend wijkverpleegkundige om navolgbaar te motiveren waarom hiermee niet kan worden uitgekomen. De commissie overweegt dat door het Zorginstituut in het nader definitief advies aan de hand van een aantal punten is onderbouwd dat de zorg met betrekking tot de ondersteuning bij vocht en voeding méér omvat dan de handeling van het eten en drinken naar de mond brengen. Zonder in dit verband in te gaan op deze afzonderlijke punten staat vast dat hierin niet kan worden voorzien door middel van een

aangepast hulpmiddel of een eetrobot. Hieruit volgt dat de geïndiceerde tijd voor zorg met betrekking tot de ondersteuning bij het eten en drinken alsnog moet worden toegekend.

7.7. In het voorlopig advies werd door het Zorginstituut al vermeld dat de ondersteuning bij het aan- en uittrekken van de jas en het omkleden voor het fietsen geen zorg is zoals wijkverpleegkundigen die plegen te bieden. Het Zorginstituut adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek voor zover dit hierop betrekking heeft. Dit advies is in het (nader) definitief advies gehandhaafd. De commissie ziet in de argumenten van verzoekster geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit over. Dit heeft tot gevolg dat verzoekster geen aanspraak heeft op de voor deze zog geïndiceerde tijd.
Aangezien het verzoek gedeeltelijk wordt toegewezen, dient de ziektekostenverzekeraar het door verzoekster in het kader van deze procedure betaalde klachtgeld van € 37,-- aan haar te vergoeden.

Slotsom

7.8. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie beslist dat:
(i) verzoekster aanspraak heeft op een aanvulling van het PGB vv met de uren die zien op zorg met betrekking tot de ondersteuning bij het eten en drinken;
(ii) de ziektekostenverzekeraar is gehouden het in het kader van deze procedure betaalde klachtgeld van € 37,-- aan verzoekster te vergoeden;
(iii) het meer of anders gevorderde wordt afgewezen.

Zeist, 26 oktober 2026,

S.M.L.M. Schneiders-Spoor

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

Wat krijgt u niet vergoed?
Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Wijkverpleging en PGB

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Wijkverpleging (artikel B.26.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Wijkverpleging
  Het gaat hierbij om verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement.
  Onder bepaalde voorwaarden is het mogelijk om voor deze zorg een Persoons Gebonden Budget verpleging en verzorging (Zvw-pgb) aan te vragen. Het budget stellen wij vast op basis van geïndiceerde uren (verpleging en verzorging).

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor wijkverpleging.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?
- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - Er is sprake van behoefte aan verpleging en verzorging waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg.
    Het gaat om geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering of een hoog risico op die zorg.

Wat zijn de voorwaarden?
- U moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg
- De indicatiestelling en de te verlenen zorg moeten doelmatig zijn
  Verpleegkundige handelingen en verzorgingshandelingen worden zoveel mogelijk gecombineerd uitgevoerd in één bezoek aan u. Als de zorg alleen bestaat uit het uitvoeren van verzorgingshandelingen, dan heeft u regelmatig contact met de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, om na te gaan of uw situatie gewijzigd is en om eventueel de indicatie en het zorgplan aan te passen.

- Het zorgplan en de indicatiestelling moeten inhoudelijk voldoen aan het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).
  Bij de indicatie wordt gebruik gemaakt van een digitaal classificatiesysteem.
  De indicatiestelling omschrijft en onderbouwt hoeveel en hoe vaak u welke verpleging en verzorging nodig heeft. De HBO-bachelor opgeleide verpleegkundige of verpleegkundig specialist (niveau 6 of hoger) die de indicatie stelt en het behandelvoorstel doet, legt dit vast in een zorgplan. Deze zorgverlener is continu betrokken bij de zorg en bewaakt of de indicatie en het zorgplan (dus de ingezette zorg), nog passen bij de zorgvraag. Als u een PGB heeft, kan deze betrokkenheid en bewaking anders zijn. De voorwaarden hiervoor vindt u in het Reglement Zvw-pgb.
  Wij beoordelen of het verpleegkundig proces in de indicatiestelling navolgbaar is.
  Wilt u kiezen voor een PGB dan kijken wij aan de hand van de opgestelde voorwaarden en uw zorgindicatie of u in aanmerking komt voor een pgb-verpleging en verzorging (vv). Zie hiervoor ook het Reglement Zvw-pgb in de bijlage.
- De verpleegkundige of verpleegkundig specialist die de indicatie stelt en het behandelvoorstel doet, is aangesloten bij het netwerk dat in uw omgeving zorg en ondersteuning organiseert
  Dit is bijvoorbeeld een sociaal wijkteam, samenwerking van thuiszorgorganisaties en huisartsen en ziekenhuis.
- De zorgverlener of zorgverlenende instantie moet beschikken over een AGB-code wijkverpleging en over gekwalificeerd personeel
  De zorgverlener die de zorg verleent en declareert heeft daarom de beschikking over ten minste één persoon met een AGB-code 'Verpleegkundige niveau 6' of hoger die duurzaam verbonden is aan de zorgverlener. Of er meer verpleegkundigen niveau 6 beschikbaar moeten zijn is afhankelijk van welke zorg wordt geleverd. U kunt bij ons navragen of de zorgverlener aan deze voorwaarden voldoet.
- Bepaalde zorgvormen moeten verleend worden door gespecialiseerde verpleegkundigen
  Ons Zorgteam kan u helpen een passende zorgverlener te vinden.
- Advies om bij zorg op grond van verschillende wetten tegelijkertijd (integrale zorg) contact met ons op te nemen
  Bijvoorbeeld zorg vanuit de Zorgverzekeringswet, Jeugd-wet, WMO en Wlz.
  Voor integrale zorgverlening hebben wij afspraken met gemeenten gemaakt. Wij doen dit om de uitvoering van onze wettelijke taken op grond van de Zorgverzekeringswet en WMO op elkaar af te stemmen. De afspraken die van belang zijn voor uw zorgverzekering staan in deze verzekeringsvoorwaarden.
- Als u kiest voor een PGB, moet u zelf de taken en verplichtingen rond het PGB uit kunnen voeren
  - U bent naar ons oordeel in staat om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn, op verantwoorde manier uit te voeren. De aspecten die meewegen in onze beoordeling daarbij staan in het Reglement Zvw-pgb Verpleging en Verzorging.
  - U bent naar ons oordeel in staat om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de zorgverleners die u heeft gekozen op zodanig aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of wordt van verantwoorde zorg;
  - U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een pgb geleverd wil en kan krijgen.
    Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan al deze voorwaarden te voldoen, dan verlenen wij u geen toegang tot het Zvw-pgb, of we stellen aanvullende eisen waaraan moet worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb;
  - Alle specifieke voorwaarden en informatie over het aanvragen van PGB vindt u in het Reglement Zvw-pgb Verpleging en Verzorging.
- Voor zorg vanuit een PGB moet het gaan om zorg die u langer dan 1 jaar nodig heeft of het moet gaan om palliatieve terminale zorg (PTZ)
  PTZ betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- De indicatiestelling voor volwassen vanaf 18 jaar wordt gedaan door minimaal een HBO-bachelor opgeleide verpleegkundige of verpleegkundig specialist (niveau 6 of hoger)
  - ○ De HBO-bachelor opgeleide verpleegkundige of verpleegkundig specialist (niveau 6 of hoger) die de indicatie stelt en het behandelvoorstel doet, voldoet aantoonbaar aan vigerende voorwaarden voor (vakbekwaam) indiceren van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).
  - ○ De indicatie is opgesteld in uw eigen omgeving waarbij u zelf aanwezig bent.
- De indicatiestelling voor kinderen onder de 18 jaar wordt gedaan door een HBO-bachelor opgeleide verpleegkundige of verpleegkundig specialist (niveau 6 of hoger)
  - ○ De HBO-bachelor opgeleide verpleegkundige of verpleegkundig specialist (niveau 6 of hoger) die de indicatie stelt en het behandelvoorstel doet, voldoet aantoonbaar aan vigerende voorwaarden voor (vakbekwaam) indiceren van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).
  - ○ De verpleegkundig specialist moet een opleiding tot kinderverpleegkundige hebben en moet werkzaam zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de BINKZ (Branchevereniging Integrale Kindzorg).
  - ○ De indicatie is opgesteld in de eigen omgeving van het kind waarbij het kind zelf aanwezig is met de ouder(s) of andere wettelijk vertegenwoordiger (bijvoorbeeld mentor of curator).

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

- Een gecontracteerde zorgverlener beoordeelt of u voldoet aan de voorwaarden en of de zorg verzekerd is. Een akkoordverklaring van ons is dan niet nodig
  U kunt deze zorgverleners vinden op onze website. Als de zorg wordt verleend door een niet-gecontracteerde zorgverlener is wel een akkoordverklaring van ons nodig. De aanvraag van een niet-gecontracteerde zorgverlener is alleen geldig als de indicatie niet ouder is dan 3 maanden.
- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig bij herbeoordeling van de zorgbehoefte
  U kunt uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen door een andere verpleegkundige. Deze herbeoordeling wordt alleen vergoed als u hier vooraf toestemming van ons voor heeft gekregen. Wij kunnen hierbij een andere verpleegkundige aanwijzen. Wij kunnen die toestemming bijvoorbeeld weigeren als u al bij meerdere zorgverleners een indicatie heeft gekregen voor dezelfde periode, voordat u een herbeoordeling aanvraagt.
  Twijfelen wij zelf aan de zorgbehoefte die de eerste verpleegkundige heeft vastgesteld? Dan kunnen wij zelf uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen.
- Uw aanvraag voor PGB beoordelen wij aan de hand van de volledig ingevulde Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set
  Meer informatie hierover en over een eventuele akkoordverklaring vindt u in de Bijlage Reglement Zvw-pgb Verpleging en Verzorging.
  Het Zvw-pgb-aanvraagformulier staat op onze website. Of u kunt het telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen.

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Verpleegkundige niveau 4 of hoger met BIG-registratie.
- Zorgverlener (beroepskracht) die bevoegd en bekwaam is voor de handelingen die zij uitvoeren en kunnen dit desgevraagd aantonen.
  Voorbehouden handelingen worden volgens de geldende kaders en normen uitgevoerd. Bij twijfel over de legitimiteit van handelen van een zorgmedewerker kunt u contact opnemen met ons Zorgteam.
- Als u de zorg inkoopt met een PGB kan het ook een andere zorgverlener zijn dan de bovenstaande zorgverleners. De voorwaarden voor die zorgverlener kunt u vinden in het Reglement Zvw-pgb

Waar vindt de behandeling plaats?

- Bij u thuis
- Intensieve kindzorg kan ook in kinderhospice of verpleegkundig dagverblijf plaatsvinden

Wat krijgt u niet vergoed?
- Kraamzorg
  Deze zorg vergoeden wij uit het artikel 'Zorg na de bevalling'.
- Wijkverpleging in combinatie met verblijf in een instelling, behalve als het om Intensieve Kindzorg gaat
- U kunt geen zorg met PGB inkopen ingeval van Intensieve Kindzorg in combinatie met verblijf in een instelling.
- Zorg bij kinderen jonger dan 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)
  Deze zorg valt onder de Jeugdwet omdat de zorg dan niet in geneeskundige context plaatsvindt.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

Zorg voor de bevalling

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Preconceptiezorg, verloskundige zorg en preventieve zorg zonder medische indicatie (artikel B.5.1.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?
- Preconceptiezorg, verloskundige zorg en preventieve zorg zonder medische indicatie
  Het gaat hierbij om al deze zorg:
  - Het inbrengen van een spiraaltje (IUD) / implanteren of verwijderen implanonstaafje;
  - Preconceptieconsult: advies en informatie op verzoek van de verzekerde, om zo gezond mogelijk te beginnen aan een eventuele zwangerschap. De zorg richt zich op medische voorgeschiedenis, leefstijlfactoren (alcohol, roken, drugs, gewicht), foliumzuurgebruik, erfelijke factoren, omgevingsfactoren (zoals arbeidsomstandigheden), eventuele vorige zwangerschapscomplicaties, medicijngebruik en doorgemaakte kinderziekten en vaccinaties;
  - Verloskundige en preventieve zorg tijdens de zwangerschap ter bevordering van een goede gezondheid voor moeder en kind.

Wat is uw vergoeding?
- Vergoeding van 100% voor preconceptiezorg, verloskundige zorg en preventieve zorg zonder medische indicatie.

- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
  - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
  - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 75% van uw rekening tot maximaal 75% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

Wat betaalt u zelf?
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor spiraaltje (IUD) of implanonstaafje zelf (voor het inbrengen of verwijderen geldt geen eigen risico)

Geldig vanaf 1 januari 2025

Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging

Inhoudsopgave

	Begripsbepalingen	3
1	Inleiding	4
2	Doelgroep Zvw-pgb	4
3	Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb	5
4	Weigeringsgronden	6
5	Aanvraag Zvw-pgb	7
6	Akkoordverklaring	10
7	Declareren van zorg	11
8	Verplichtingen	14
9	Herziening of intrekking	16
10	Beëindigen van het Zvw-pgb	17
11	Terugvordering	18

Begripsbepalingen

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

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

Vertegenwoordiger
Een vertegenwoordiger is:

a de wettelijke vertegenwoordiger; of

b de partner; of

c een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst uit uw familie (bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad) en die niet aan de definitie van de wettelijk vertegenwoordiger voldoet.

Wij beoordelen of u met deze vertegenwoordiger in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren. Voor de weigeringsgronden van een vertegenwoordiger zie artikel 4.7.

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 waar wij een contract mee hebben gesloten de zorg en regelt de administratie daaromheen. Wij spreken ook wel over door ons gecontracteerde zorg.

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

Artikel 1

Inleiding

1.1 Waarom een reglement?

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

1.2 Wat is de basis voor dit reglement?

U hebt recht op verpleging en verzorging zoals dit is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering onder artikel B.26.
Artikel 13a van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de basis voor het toekennen van een Zvw-pgb. Wij kunnen dit reglement tussentijds aanpassen, bijvoorbeeld als gevolg van wetswijzigingen. Wij informeren u hier dan over.

1.3 Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb.

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

Artikel 2

Doelgroep Zvw-pgb

2.1

U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb als u behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft. Onder de zorg vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die alleen gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Deze zorg valt onder de Jeugdwet.

Daarnaast moet u:

2.2

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

2.3

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

Artikel 3

Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U moet voldoen aan alle onderstaande voorwaarden. Als u naar ons oordeel niet voldoet aan al die voorwaarden voldoet, dan zullen wij u geen toegang tot het Zvw-pgb verlenen, dan wel aanvullende eisen stellen waaraan moet worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb:

3.1

U bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging, zoals omschreven in artikel 2.1. van dit reglement. Over de voorwaarden die voor de indicatie gelden leest u meer in artikel 5 van dit Reglement en B.26 van de verzekeringsvoorwaarden. Op het moment dat de aanvraag is ontvangen bij ons, mag de indicatie niet langer dan drie maanden geleden gesteld zijn;

3.2

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

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

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

3.3

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

3.4

U bent naar ons oordeel in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit;

3.5

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

Artikel 4

Weigeringsgronden

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

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

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

4.3
u beschikt volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;

4.4
uw vrijheid is u rechtens ontnomen;

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

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

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

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

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

4.9
de zorg al vergoed wordt vanuit andere zorgsoorten, bijvoorbeeld medisch specialistische zorg (vanuit DBC), om dubbele bekostiging en daarmee onrechtmatige zorg uit te sluiten.

Artikel 5

Aanvraag Zvw-pgb

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

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

a voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar bent u in het bezit van een door een BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving (het Normenkader van V&VN) en in uw aanwezigheid heeft opgesteld;
b de verpleegkundige die de indicaties heeft gesteld moet aantoonbaar vakbekwaam1 zijn in het stellen van indicaties voor de Zorgverzekeringswet (artikel 2.10 BZv), binnen het deskundigheidsgebied waarvoor opgeleid, èn moet ook voldaan aan één of meer van de volgende punten:
   - verpleegkundigen met een Hbo-V-getuigschrift (Bachelor);
   - verpleegkundigen met een master-getuigschrift;
   - verpleegkundigen met een A-diploma met de wijkaantekening (MGZ);
   - verpleegkundigen die opgenomen zijn in het deskundigheidsgebied wijkverpleegkundige in het Kwaliteitsregister V&V;
   - verpleegkundigen met een relevante verpleegkundige NLQF6-vervolgopleiding.
c voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een minimaal BIG-geregistreerde hbo-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkundige, die tevens de verplichte HIK-training heeft gevolgd en dit kan aantonen met een geldig certificaat. De indicatiesteller moet werkzaam zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de BINKZ (Brancheverenigingen Integrale Kindzorg). Deze indicatie moet conform het normenkader van V&VN en de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) worden opgesteld in de thuissituatie in aanwezigheid van uzelf (het kind) en uw wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor). Als het u niet lukt om zorg in te kopen voor uw kind onder de 18 jaar kunt u contact opnemen om met ons tot een passende oplossing te komen.

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

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

5.4
Is er sprake van voorbehouden of risicovolle handelingen? Dan moet u, als we u daarom vragen, aan kunnen tonen dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd.

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

Voorbehouden handelingen
Gaat het om voorbehouden handelingen door een formele zorgverlener? Dan moet uw zorgverlener bevoegd en bekwaam zijn om deze handelingen uit te voeren. U moet, als we u daarom vragen, een uitvoeringsverzoek kunnen laten zien van een arts voor

die handelingen en kunnen aantonen dat er wordt gewerkt overeenkomstig de ‘handleiding voorbehouden handelingen in de (wijk) verpleging & verzorging’ (ActiZ, 2019).

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

5.5
Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, moet u een verklaring van uw behandelend arts toevoegen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

5.6
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, of een samenwerkingsverband heeft met een zorgverlener die de zorg deels aan u gaat leveren, tenzij het gaat om een zorgverlener waar wij een contract mee hebben voor deze zorg.

5.7
Bij de indicatiestelling moet de wijkverpleegkundige volgens het Normenkader van V&VN de afweging maken wat verzekerde en diens netwerk zelf kan en wil oplossen. Dit betekent dat zij onder andere het netwerk van verzekerde in kaart brengt en vervolgens afweegt welke zorg op grond van belasting en belastbaarheid wel of niet van het netwerk verwacht kan worden. De zorg die het netwerk kan en wil verlenen, wordt in een indicatie voor wijkverpleging niet meegenomen. Hiervoor krijgt u dan ook geen pgb. De afweging die de wijkverpleegkundige daarbij maakt moet in de indicatie staan.

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

5.8
Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt, niet doelmatig is of dat de indicatiestelling niet voldoet aan het Normenkader van V&VN. In dat geval nemen wij contact op met de indicerend wijkverpleegkundige en vragen wij om een nadere uitleg en onderbouwing. Als na dat contact naar ons oordeel de zorg niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt, of niet doelmatig is, of de indicatie is niet gesteld volgens het normenkader, dan kennen wij voor die zorg geen Zvw-pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij in deze situatie vragen om een herbeoordeling van de indicatie.

Wij kunnen een tweede, onafhankelijke wijkverpleegkundige vragen om de geldende indicatie opnieuw te beoordelen (herbeoordeling). De eerste wijkverpleegkundige behoudt de regie over de indicatie. Na de toetsing door een tweede wijkverpleegkundige moet het oordeel/advies van deze wijkverpleegkundige voorgelegd worden aan de eerste wijkverpleegkundige. Na overleg tussen beide wijkverpleegkundigen (intervisie) beoordeelt de eerste wijkverpleegkundige vervolgens of de herbeoordeling tot aanpassing van de indicatie leidt en moet dit ook kunnen onderbouwen.
U kunt ook om een herbeoordeling van de indicatie vragen, maar dit kan alleen met goedkeuring van ons. Wij kunnen die goedkeuring bijvoorbeeld weigeren als u al bij meerdere zorgverleners een indicatie heeft gekregen voor dezelfde periode, alvorens u een herbeoordeling aanvraagt.

5.9
Als u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, moet u ook aangeven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins. Ook met een vervangende zorgverlener dient u een zorgovereenkomst af te sluiten.

5.10
Verblijft u in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw dan wel in een voorziening voor Kortdurend verblijf (Eerstelijns Verblijf) dan kunt u weer gebruik maken van uw geldende indicatie zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd.
Een nieuwe aanvraag is nodig als u langer dan 60 dagen in een Wlz-instelling of ziekenhuis verblijft of langer dan 60 dagen gebruik maakt van Kortdurend Verblijf in een instelling zoals bedoeld in artikel B.27 van de verzekeringsvoorwaarden.

5.11
Een combinatie tussen door ons gecontracteerde zorg (Zorg in Natura) en een Zvw-pgb is mogelijk, maar alleen onder de volgende voorwaarden:

a als u voor verpleging en verzorging gebruik wilt maken van Zorg in Natura in combinatie met zorg uit een Zvw-pgb, dan moet u dit kenbaar maken op het aanvraagformulier. De verpleegkundige moet hiervoor één indicatie opstellen waarin zowel de Zorg in Natura als de zorg vanuit het Zvw-pgb zijn opgenomen. De door ons gecontracteerde zorgverleners leveren alleen Zorg in Natura en geen zorg vanuit een Zvw-pgb;
b als u uw Zvw-pgb alleen wilt besteden bij door ons voor verpleging en/of verzorging gecontracteerde zorgverleners weigeren wij uw Zvw-pgb (artikel 4.6). U kunt dan immers met Zorg in Natura toe;
c koopt u gedeeltelijk zorg in bij een door ons gecontracteerde zorgverlener, dan wordt deze zorg geleverd als Zorg in Natura. Het overgebleven deel van de zorg kunt u inkopen vanuit een Zvw-pgb als u hiervoor van ons een akkoord heeft. De wijkverpleegkundige die de indicatie stelt moet de betreffende zorgverlener die de Zorg in Natura levert en degene die de zorg vanuit het Zvw-pgb levert, hierover informeren. In het aanvraagformulier kunt u aangeven bij welke zorgverleners u uw Zvw-pgb en bij welke zorgverlener u het deel Zorg in Natura wilt besteden;
d de door ons niet-gecontracteerde zorgverleners kunt u bij een akkoord voor een Zvw-pgb alleen vanuit uw Zvw-pgb betalen. U krijgt van ons geen akkoord als u naast het Zvw-pgb ook nog niet-gecontracteerde zorg wilt inkopen buiten het Zvw-pgb om. Alleen de combinatie Zvw-pgb en daarnaast door ons gecontracteerde zorg (Zorg in Natura) is mogelijk.

Artikel 6

Akkoordverklaring

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

6.2
Als de geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken, kunt u uw Zvw-pgb alleen behouden door opnieuw een Zvw-pgb aan te vragen. Uw nieuwe Zvw-pgb gaat op zijn vroegst pas in op de datum waarop wij het volledig ingevulde aanvraagformulier van u hebben ontvangen. Vraag daarom tijdig vóór het verstrijken van de geldigheidsduur van uw huidige toekenningsverklaring aan uw wijkverpleeg-kundige om het nieuwe aanvraagformulier met u in te vullen. Wij willen de volledig ingevulde en ondertekende aanvraagformulieren, inclusief benodigde bijlagen minimaal 6 weken voor het einde van uw huidige toekenningsverklaring ontvangen hebben.

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

6.4
In de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw Zvw-pgb 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 wijk-verpleegkundige en vervolgens een nieuwe pgb-aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5.

b Indien er eerder door ons een Zvw-pgb is toegekend, dan is het in sommige maatwerksituaties mogelijk om een Zvw-pgb met een looptijd van maximaal 5 jaar toe te kennen, overeenkomstig de Handreiking verlengde toekenning Zvw-pgb.

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

6.6
Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld. Indien u een budget voor verpleging én verzorging heeft, dan zien wij dit als aparte budgetten.

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

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

6.9
Heeft u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al door ons gecontracteerde zorg (Zorg in Natura) of heeft u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg op het moment dat u een aanvraag voor een Zvw-pgb indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het Zvw-pgb, zoals opgenomen in de akkoordverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.

Artikel 7

Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

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

7.1.2 Alleen u of uw wettelijk vertegenwoordiger kan nota's declareren vanuit een Zvw-pgb.

7.1.3 Voor het indienen van uw declaraties dient u gebruik te maken van het declaratieformulier formele zorgverlener of het declaratieformulier informele zorgverlener. U kunt deze vinden op onze website. U kunt het declaratieformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Voor formele zorgverleners en voor informele zorgverleners bestaat een apart declaratieformulier. De nota's die u ontvangt van de zorgverleners, waar u op basis van uw Zvw-pgb een overeenkomst mee heeft gesloten, controleert u en archiveert u in uw dossier. Het toesturen van het pgb-declaratieformulier is voldoende. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, Zvw-pgb aanvraag en akkoordverklaring mag gedeclareerd worden.

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

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

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

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

7.2 Hoogte en omvang declaratie

7.2.1 Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

Soort zorg	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	39,72	3,31
Verpleging	58,80	4,90

7.2.2 Voor informele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

Soort zorg	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	25,44	2,12
Verpleging	25,44	2,12

7.2.3 Onder formele zorgverleners vallen zorgverleners die beschikken over:

a Een AGB-code uit één van de volgende categorieën:
- 41 ZZP'ers in de wijkverpleging / Zvw-pgb aanbieders / beheerstichtingen
- 42 verzorgingshuizen
- 75 thuiszorginstellingen
- 91 verpleegkundigen
- 98 declaranten/servicebureaus/ zorgverzekeraars; en

b die zelfstandig of namens de onder a. bedoelde instelling werkzaam zijn als wijkverpleegkundig

specialist, wijkverpleegkundige, verpleegkundige met diploma MwBO-verpleegkunde of een verzorgende 3IG of verzorgende niveau 3 is 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.

Uw ouder, verzorger, bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad of uw partner (echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel) komen nooit in aanmerking voor het formele tarief.

U kunt maximaal de in artikel 7.2.1 genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.

7.2.4 Onder informele zorgverleners vallen in ieder geval zorgverleners die:

a ouders, verzorgers, partner (echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel), bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad zijn van u/ budgethouder (deze personen kunnen in geen enkel geval aangemerkt worden als formele zorgverlener voor u/budgethouder) en/of;
b zorghulp of helpende tot 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 een zorgverlenende organisatie in het Handelsregister.

Deze zorgverleners komen nooit in aanmerking voor het formele tarief.

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

7.2.6 Zorgverleners die bekend zijn als EVR gesignaleerde aanbieders of waarbij een ernstig vermoeden van fraude is, kunnen op basis van onderzoek worden uitgesloten van een vergoeding vanuit het Zvw-pgb.

7.3 Overige bepalingen t.b.v. declareren

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

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

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

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

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

7.3.6 U kunt uw Zvw-pgb niet besteden aan het bekostigen van ondersteuning bij uw taken als werkgever of opdrachtgever van een zorgverlener en/of aan het bekostigen van ondersteuning bij het betalingsverkeer.

7.3.7 Als u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgverlener(s) inhuren, dan moet u dit schriftelijk vooraf bij ons melden. Na onze schriftelijke toestemming, mag u de nota’s van buitenlandse zorgverlener(s) declareren.

Artikel 8

Verplichtingen

8.1
U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
- NAW-gegevens van verzekerde;
- NAW-gegevens van de zorgverlener;
- relatie tussen verzekerde en de zorgverlener;
- looptijd van de overeenkomst;
- welke zorg zal worden geleverd;
- het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten;
  - welk tarief u daarvoor zult betalen;
  - de AGB-code als het een formele zorgverlener betreft;
  - ondertekening door verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger en zorgverlener.

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

8.2
U dient er als verzekerde op toe te zien dat partner, bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad waarmee u een overeenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, niet meer dan 40 uur in één week aan werkzaamheden te verrichten. Op het moment dat de bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad een dienstbetrekking heeft, waarbij het Arbeidstijden-besluit 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.

8.3
U bent verplicht mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige, die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, bent u verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een Zvw-pgb aanvraagformulier in te vullen en in te dienen. Bij een indicatiestelling die via een Zvw-pgb verzilverd wordt, is het verpleegkundig proces leidend. U bent verplicht om mee te werken aan een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd door de wijkverpleegkundige.

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

8.5
a Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt is een nieuwe indicatiestelling door de verpleegkundige noodzakelijk. Dit kan zowel gaan om een verslechtering als een verbetering van uw gezondheidssituatie. U moet dan per direct een nieuwe indicatie aanvragen en een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen.
b De verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, kan ook minstens 1 keer per jaar op eigen initiatief toetsen of de indicatie nog aansluit bij uw zorgbehoefte en dus nog correct is. Als er op basis van die toetsing een nieuwe indicatie volgt, moet u ook een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. Monitoring en evaluatie zijn onderdeel van het proces van indicatiestelling. Wijzigingen in de zorgbehoefte (indicatiestelling) kunnen leiden tot wijzigingen in de hoogte van het Zvw-pgb.
c Bij een inventarisatie waaruit blijkt dat de zorgvraag meer dan 24 uur per week omvat, kan er voorafgaande aan het afgeven van de indicatie altijd een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd worden door de wijkverpleegkundige, zodat de zorg wordt afgestemd met de verschillende professionals. Dit staat ook in de richtlijn verslaglegging V&VN.
d De wijkverpleegkundige is niet meer aan zet als zij besluit dat haar expertise niet meer nodig is gezien de medische situatie van de verzekerde, of als zij van mening is dat er met haar interventies geen verpleegdoel meer bij de verzekerde te behalen valt. Als de inzet van de verpleegkundige expertise niet meer nodig is, kan de (eventuele) overgebleven zorgbehoefte worden overgedragen aan het netwerk, of aan een ander domein.
e Wanneer u van zorgverlener(s) verandert, of er wijzigingen zijn in uw keuze of de zorgverlener door ons gecontracteerde zorg (Zorg in Natura) of zorg vanuit het Zvw-pgb aan u levert, moet u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan, als dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude Zvw-pgb wordt (her) berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 6.6 en 6.7. Het nieuwe Zvw-pgb wordt berekend per de ingangsdatum van dit nieuwe Zvw-pgb.

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

8.7
U bent verplicht om een dossier te beheren en na het beëindigen van het Zvw-pgb voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste:
a een beschikking van de rechtbank als u een wettelijk vertegenwoordiger heeft tenzij u dit van rechtswege bent;
b de volledige Zvw-pgb aanvraagformulieren inclusief bijlagen en zorgovereenkomsten;
c facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;
d bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);
e kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties;
f uw zorgplan en de administratie over de doelstellingen en evaluatieverslagen.

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

8.9
Wij mogen volgens de privacy regelgeving (AVG/Regeling Zorgverzekering) contact opnemen met de verpleegkundige en/of huisarts om uw (medische) gegevens omtrent de Zvw-pgb aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien, op het moment dat het nodig is voor een juiste beoordeling. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur of verpleegkundig adviseur. Ook mogen wij, of een door ons gecontracteerde partij, met inachtneming van de Regeling zorgverzekering uw Zvw-pgb administratie inzien en controleren.

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

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

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

8.12
Als u alleen zorg inkoopt bij informele zorgverleners en het aantal uren verpleging en verzorging per week hoger is dan 24 uur (met name bij complexe zorgvragen) dan kunnen wij, vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg, de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een formele zorgverlener. Deze voorwaarde kan bijvoorbeeld besproken worden tijdens het Bewuste-keuze gesprek, waarbij maatwerk steeds het uitgangspunt is. In uitzonderingssituaties is het ook mogelijk dat wij bij minder dan 24 uur verpleging en verzorging per week de voorwaarde stellen dat een deel van de zorg wordt geleverd door een formele zorgverlener en/of dat de zorg tussentijds geëvalueerd wordt. Bij een zorgvraag van minder dan 24 uur verpleging en verzorging per week is er afstemming tussen ons, de verpleegkundige en u/budgethouder om gemotiveerd van deze grens af te wijken.

Artikel 9

Herziening of intrekking

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

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

Artikel 10

Beëindigen van het Zvw-pgb

10.1

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

a u niet langer behoort tot de in artikel 2 bedoelde specifieke doelgroep;
b de zorg waaraan u behoefte heeft kan worden bekostigd op grond van een ander wettelijk voorschrift dan de Zorgverzekeringwet, zoals de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo);
c u failliet bent verklaard of de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) op u van toepassing is verklaard;
d u volgens de Basisregistratie niet meer beschikt over een woonadres;
e. rechtens uw vrijheid is ontnomen;
f u met uw Zvw-pgb uitsluitend nog zorg inkoopt bij zorgverleners waarmee wij een contract 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

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

a met ingang van de dag waarop u niet langer in staat bent om op eigen kracht te voldoen aan de in artikel 3 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:
  1 niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste graad is;
  2 bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
  3 blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres;
  4 zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen;
  5 failliet is verklaard of op hem/haar de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) van toepassing is verklaard;
  6 anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
  7 uw zorgverlener en niet ook uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is;
c met ingang van de dag waarop u zich niet (meer) houdt aan de aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
d met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat met het Zvw-pgb wordt of zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit 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 uw gezondheid. Daarmee wordt getoetst of de wijze waarop u uw zorg wil inzetten, gezien uw zorgvraag, effectief is;
e met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat de continuïteit van de te ontvangen zorg voldoende gewaar-borgd 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 toekennings-verklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing had geleid;
g met ingang van de dag waarop alsnog één van de situaties zoals beschreven in artikel 4 aan de orde is.

Artikel 11

Terugvordering

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



Zorg die verder gaat

575.775.000.000.2509

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.