

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te B, en Eno Zorgverzekeraar N.V. te Deventer en Eno Aanvullende Verzekeringen N.V. te Deventer
Zaak : Verpleging en Verzorging, persoonsgebonden budget (PGB vv), beheer, beëindiging
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2021 en 2022, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en 2.15a t/m 2.15c Bzv, 2.29a t/m 2.29 Rzv
Zaaknummer : 202201634
Zittingsdatum : 7 juni 2023

1. Partijen

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

en

- 1) Eno Zorgverzekeraar N.V. te Deventer, en
 - 2) Eno Aanvullende Verzekeringen N.V. te Deventer,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft op 12 december 2022 telefonisch aan een medewerker van de Ombudsman Zorgverzekeringen meegedeeld dat hij de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) vraagt een uitspraak te doen. Op 25 januari 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 13 april 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 14 april 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 juni 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering Top (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verzekering hierna onbesproken blijft. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de Basisverzekering (hierna: de zorgverzekering).
- 3.2. Aan verzoeker was aanvankelijk een PGB vv toegekend voor de periode van 1 januari 2021 tot en met 31 december 2022 op basis van 15 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Bij brief van 18 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij met het aan hem toegekende PGB vv niet op doelmatige wijze voorziet in toereikende zorg. Om die reden beëindigt de ziektekostenverzekeraar het PGB vv met ingang van 1 januari 2022.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 11 augustus 2022 een nieuwe aanvraag voor een PGB vv van verzoeker ontvangen. Het betreft een aanvraag voor een PGB vv op basis van 15 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 23 mei 2022 tot en met 22 mei 2023.

3.4. Bij brief van 14 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag voor het PGB vv is afgewezen, omdat bij een eerdere verstrekking van een PGB vv is gebleken dat verzoeker niet in staat is om op eigen kracht of met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger zich te houden aan de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen.

3.5. Bij e-mailbericht van 22 september 2022 heeft verzoeker de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van zijn beslissingen gevraagd. Bij e-mailbericht van 26 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissingen handhaaft.

4. **Standpunt verzoeker**

4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat i) de ziektekostenverzekeraar de beëindiging van het PGB vv per 1 januari 2022 ongedaan dient te maken en ii) de aanvraag van 11 augustus 2022 alsnog dient goed te keuren.

4.2. Verzoeker licht in dit verband toe dat hij reuma heeft, waardoor hij pijnklachten ervaart in zijn gewrichten en misvormingen heeft aan zijn handen. Hierdoor heeft hij een beperkte handfunctie. Vanwege nierinsufficiëntie wordt verzoeker behandeld met nierdialyse, waardoor hij veel last heeft van vermoeidheid. Verzoeker heeft dan ook hulp nodig bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen, zoals het wassen, drogen, aan- en uitkleden. Verzoeker kan zich daarnaast niet volledig zelfstandig verplaatsen naar het toilet en zichzelf niet hygiënisch verzorgen. Hulp hierbij, gefinancierd vanuit een PGB vv is om deze redenen belangrijk voor verzoeker.

4.3. Omdat het volledige budget voor 2021 al was opgebruikt per 20 september 2021, heeft de ziektekostenverzekeraar het PGB vv per 1 januari 2022 beëindigd. Verzoeker is het hiermee oneens en voert hiertoe aan dat in de eerste negen maanden van 2021 meer zorg nodig was, omdat zijn gezondheid verslechterde. Dit heeft hij ook diverse keren telefonisch doorgegeven aan de ziektekostenverzekeraar.

4.4. Verzoeker heeft in 2022 een nieuwe indicatie laten stellen door een indicierend wijkverpleegkundige. De ziektekostenverzekeraar heeft de op basis hiervan ingediende aanvraag voor een PGB vv afgewezen. Volgens verzoeker ten onrechte, want hij kan het PGB vv wel beheren. De premieachterstand is ontstaan, omdat zijn partner de extra zorg leverde en daardoor een deel van zijn salaris was weggefallen. De extra geleverde zorg had moeten worden vergoed vanuit het PGB vv.

4.5. Ter zitting heeft verzoeker nogmaals aangevoerd dat de extra uren voor de zorg noodzakelijk waren en dus goed gebruikt zijn. Er is geen sprake van het niet kunnen beheren van een PGB. Verzoeker heeft meegedeeld dat hij destijds niet in de beveiligde omgeving van de ziektekostenverzekeraar kon om de indicatie aan te passen. De ziektekostenverzekeraar is alleen telefonisch bereikbaar. Om die reden heeft hij in september 2021 telefonisch contact opgenomen. Verzoeker heeft meegedeeld dat de indicatie voor de (hernieuwde) aanvraag van augustus 2022 klopt en door de ziektekostenverzekeraar had moeten worden goedgekeurd. De afwijzing hiervan op grond van een betalingsachterstand vindt verzoeker niet terecht, omdat deze is ontstaan doordat het PGB over 2022 is beëindigd. De zorg wordt niet vanuit de WMO vergoed en zorg in natura is volgens verzoeker geen optie.

4.6. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

5. **Standpunt ziektekostenverzekeraar**

5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het PGB vv van verzoeker per 1 januari 2022 is beëindigd, omdat met het PGB vv niet op doelmatige wijze werd voorzien in toereikende zorg

en dus niet meer werd voldaan aan artikel 4.1 van het 'Reglement Zvw-pgb Zorgdirect' (hierna te noemen: het Reglement). De ziektekostenverzekeraar voert hiertoe aan dat de zorgverlener in de periode van januari 2021 tot en met 20 september 2021 teveel zorg heeft geleverd en teveel uren uitbetaald heeft gekregen. Hierdoor was het volledige budget voor 2021 al per 20 september 2021 opgebruikt. De ziektekostenverzekeraar verklaart voorts dat in het contactregistratiesysteem, voorafgaand aan de beëindiging van het PGB vv, geen berichten van verzoeker zijn te vinden waarin staat dat de op dat moment geïndiceerde zorg niet voldoende zou zijn. Daarnaast heeft de zorgverlener tijdens een telefoon gesprek op 5 oktober 2021 verklaard dat er zorg wordt geleverd die niet onder de Zvw valt, zoals het bereiden van maaltijden. De ziektekostenverzekeraar is van oordeel dat het PGB vv om deze redenen terecht per 1 januari 2022 is beëindigd.

- 5.2. Op 11 augustus 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar een nieuwe aanvraag voor een PGB vv van verzoeker ontvangen. Dit betreft een PGB vv op basis van 15 uren en 45 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 23 mei 2022 tot en met 22 mei 2023. Bij brief van 14 september 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar deze aanvraag afgewezen, omdat bij de eerdere verstrekking van het PGB vv is gebleken dat verzoeker zich niet houdt aan de taken en verplichtingen die verbonden zijn aan een PGB vv. Sindsdien is door verzoeker geen wijziging aangebracht met betrekking tot het beheer van het PGB vv. Naast deze weigeringsgrond is er bij verzoeker een premieachterstand ontstaan.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat als de indicatie te laag zou zijn vastgesteld, het aan de wijkverpleegkundige is om een nieuwe indicatie te stellen. Als er telefonisch contact is geweest tussen verzoeker en de ziektekostenverzekeraar, dan is het aannemelijk dat verzoeker is geïnformeerd over de mogelijkheid tot het laten vaststellen van een nieuwe indicatie. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het voor verzoeker mogelijk is om zorg in natura af te nemen.
- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

6. **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 25 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.
- 7.2. In de verzekeringsvoorwaarden 2021 van de zorgverzekering wordt op pagina 48 voor het PGB vv verwezen naar het Reglement (zoals hiervoor in 5.1 reeds genoemd). De vraag die ter beantwoording voorligt is of de ziektekostenverzekeraar, gelet op het Reglement, het lopende PGB vv per 1 januari 2022 mocht beëindigen. Artikel 15.2, onder c van het Reglement, bepaalt dat de ziektekostenverzekeraar het PGB vv mag beëindigen of wijzigen, zo nodig met terugwerkende kracht, als de verplichtingen op grond van het Reglement niet worden nagekomen. Verzoeker heeft voor heel 2021 een budget ontvangen om de geïndiceerde zorg in te kopen. Dit budget had hij in september 2021 al volledig opgebruikt, omdat zijn zorgverlener meer dan de geïndiceerde uren zorg had geleverd en verzoeker deze had uitbetaald. Volgens verzoeker was dit nodig omdat

zijn gezondheid in de eerste negen maanden van 2021 verslechterde en hij dus meer zorg nodig had. Dit argument kan de commissie niet overtuigen. Op grond van artikel 11.5 van het Reglement is verzoeker zelf ervoor verantwoordelijk dat de besteding van het budget in overeenstemming is met de gestelde indicatie. Verzoeker had kunnen voorzien dat de geïndiceerde zorg na september 2021 niet meer kon worden geleverd vanuit het beschikbare budget. Het had dan ook op zijn weg gelegen, bij wijziging van zijn situatie, tijdig een nieuwe indicatie te laten stellen door een indicerend wijkverpleegkundige en een nieuwe aanvraag in te dienen bij de ziektekostenverzekeraar, zoals bepaald in artikel 10.1 van het Reglement. Dit is echter niet gebeurd. Dat hierover telefonisch contact heeft plaatsgevonden met de ziektekostenverzekeraar is weliswaar gesteld, maar door verzoeker niet aannemelijk gemaakt, terwijl dit ook niet anderszins is gebleken. Zou dit wel het geval zijn geweest, dan zou voor verzoeker de aangewezen route nog steeds zijn geweest het laten stellen van een nieuwe indicatie, voor een groter aantal uren. De ziektekostenverzekeraar heeft dan ook terecht geconcludeerd dat verzoeker niet in staat is de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren en hij mocht het lopende PGB vv per 1 januari 2022 beëindigen op grond van artikel 15.2 van het Reglement.

- 7.3. Verzoeker heeft in augustus 2022 een nieuwe aanvraag ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft deze aanvraag afgewezen op grond van artikel 5.1, onder a, van het Reglement. Hierin is bepaald dat een verzekerde niet in aanmerking komt voor een PGB vv als bij een eerdere verstrekking van een PGB vv niet is gebleken dat verzekerde zelfstandig of met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger zich kan houden aan de taken en verplichtingen die horen bij een PGB vv. Deze bepaling is gebaseerd op artikel 2.15c, tweede lid, sub a Bzv. Nu onder 7.2 is geconcludeerd dat de ziektekostenverzekeraar het lopende PGB vv van verzoeker terecht heeft beëindigd, omdat deze zich niet heeft gehouden aan de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen en niet is gebleken dat er sindsdien een wijziging is aangebracht in het beheer, is de nieuwe aanvraag van augustus 2022 terecht afgewezen.
- 7.4. De standpunten van partijen over de ontstane premieachterstand in 2021 zijn in dit verband niet van belang. Voor beoordeling van de ingediende aanvraag van 11 augustus 2022 geldt het Reglement van 2022. Daarin is een premieachterstand niet als weigeringsgrond opgenomen, zodat dit niet leidt tot een ander oordeel.
- 7.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
8. **Bindend advies**
- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 22 juni 2023,

A.I.M. van Mierlo

Informatie voor partijen

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

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

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

Artikel 2.10

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

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

Artikel 2.15a

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

Artikel 2.15b

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

Artikel 2.15c

1. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt een Zvw-pgb verstrekt indien:

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste € 24,36 per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.
5. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook

vergoed indien:

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

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

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

Artikel 2.29c

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

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

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

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

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor verblijf door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in geval van zintuiglijk gehandicaptenzorg. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via 088 687 74 74.

Eerstelijnsverblijf

Wat is de dekking?

U heeft recht op eerstelijnsverblijf. Eerstelijnsverblijf omvat kortdurend verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen plegen te bieden. Daarbij is sprake van 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging, al dan niet gepaard gaande met paramedische zorg die samenhangt met de indicatie voor het verblijf. Het eerstelijnsverblijf is gericht op herstel en terugkeer naar de thuissituatie op korte termijn of heeft betrekking op palliatief terminale zorg.

De zorg omvat niet:

- verblijf als bedoeld in het aparte artikel voor verblijf in deze verzekeringsvoorwaarden;
- verblijf in verband met het tijdelijk overnemen van de zorg om een mantelzorger te ontlasten (respijtzorg);
- verblijf dat u nodig heeft in verband met een psychiatrische stoornis of beperking als u jonger bent dan 18 jaar;
- verblijf voor verzekerden op grond van een Wlz-indicatie.

Waar moet u op letten?

Een instelling voor eerstelijnsverblijf mag de zorg verlenen.

U moet een verwijzing hebben van een huisarts of een medisch specialist.

U moet voorafgaande aan het (verlengde) verblijf schriftelijke toestemming van ons hebben als het gaat om:

- verblijf in een instelling die geen contract met ons heeft;
- verblijf dat langer dan drie maanden duurt en geen verblijf voor palliatieve zorg betreft.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor verblijf.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico

Verpleging en verzorging zonder verblijf

Wat is de dekking?

Verpleging en verzorging zonder verblijf omvat zorg die verpleegkundigen plegen te bieden. U heeft recht op vergoeding van kosten van verpleging en verzorging zonder verblijf, als de zorg verband houdt met uw behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of als u een hoog risico op die zorg heeft.

De zorg bestaat uit verpleegkundige handelingen (zorgverlening) en verzorging, maar ook uit het indiceren, coördineren, signaleren, coachen en preventie.

De zorg omvat niet:

- verpleging en verzorging tijdens uw verblijf in een ziekenhuis of een andere instelling;
- kraamzorg.

Waar moet u op letten?

U of uw wettelijk vertegenwoordiger moet een zorgplan hebben ondertekend. Het zorgplan moet minimaal bevatten de soort, omvang, frequentie en beoogde duur van de benodigde verpleging en verzorging zonder verblijf, de prestaties en zijn voorzien van een motivering. In het zorgplan moet ook de bijdrage van uw sociale netwerk zijn betrokken.

Een wijkverpleegkundige, een kinderverpleegkundige en een verpleegkundig specialist mogen uw indicatie voor de zorg bepalen en een zorgplan opstellen. De indicatie moet zijn vastgesteld conform de Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, die zijn opgesteld door de vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Deze zorgaanbieders mogen de geïndiceerde zorg verlenen;

- een verpleegkundig specialist;
- een wijkverpleegkundige;
- een verpleegkundige met diploma MBO-Verpleegkunde;
- een verzorgende IG of verzorgende niveau 3 met diploma op MBO-niveau 3.

U moet schriftelijke toestemming van ons hebben voordat u de zorg krijgt:

- voor vergoeding van verpleging en verzorging zonder verblijf door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Voor deze aanvraag moet u het aanvraagformulier voor niet-gecontracteerde wijkverpleging gebruiken. Het aanvraagformulier is te vinden op www.zorgdirect.nl. Op verzoek zenden wij het toe. Als het zorgplan wijzigt, moet u opnieuw toestemming van ons hebben, voordat u de nieuwe zorg krijgt.
- voor vergoeding van verpleging en verzorging zonder verblijf in het buitenland. Bij de aanvraag moet u een kopie van het zorgplan en een offerte voor de zorg, waarin is opgenomen welke zorg het betreft, de kosten en de periode voor de zorglevering in het buitenland meesturen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor verpleging en verzorging zonder verblijf.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

De kosten van verpleging en verzorging zonder verblijf tellen niet mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor verpleging en verzorging zonder verblijf door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via 088 687 74 74.

Persoonsgebonden budget

In plaats van het recht op de zorg, kunt u in aanmerking komen voor een persoonsgebonden budget. In dat geval krijgt u budget om de verpleging en verzorging zelf in te kopen. Voor het recht op het persoonsgebonden budget gelden speciale voorwaarden. Deze zijn opgenomen in het Reglement pgb wijkverpleging. Het Reglement pgb wijkverpleging kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/wijkverpleging. Op verzoek zenden wij het toe. Als de kosten die u maakt voor de verpleging en verzorging hoger zijn dan de vergoeding in de vorm van het persoonsgebonden budget dan komt het verschil tussen de kosten en het persoonsgebonden budget voor uw rekening .

Ambulancevervoer

Wat is de dekking?

U heeft recht op vergoeding van kosten van ambulancevervoer. Ambulancevervoer omvat ziekenvervoer per ambulance over een afstand van maximaal 200 kilometer:

- a. naar een zorgaanbieder waarvan u zorg krijgt die (gedeeltelijk) ten laste van uw basisverzekering komt;
- b. naar een instelling waarin u verblijft en het verblijf (gedeeltelijk) ten laste van de Wlz komt;
- c. naar een persoon bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
- d. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
 1. een persoon bij wie of een instelling waarin u een onderzoek of een behandeling krijgt waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz komen;
 2. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de Wlz wordt verstrekt;
- e. naar uw woning of een andere woning, als u in uw woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen, als u komt van een van de zorgaanbieders, bedoeld in de onderdelen a tot en met d.

Een afstand van meer dan 200 kilometer valt ook onder het ambulancevervoer als wij daarvoor schriftelijke toestemming hebben gegeven, voordat het vervoer plaatsvindt.

Vervoer met een ander vervoermiddel dan een ambulance, kan ook onder het ambulancevervoer vallen. Dit is het geval als het vervoer per ambulance niet mogelijk is en wij vooraf schriftelijke toestemming hebben gegeven voor vervoer met een door ons aan te wijzen ander vervoermiddel.

Waar moet u op letten?

Een ambulancevervoerder met een erkende vergunning mag de zorg verlenen.

U moet een voorschrift hebben van een huisarts, medisch specialist, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, physician assistant, verpleegkundig specialist of verloskundige. Deze voorwaarde geldt niet als er sprake is van onvoorziene zorg die

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor verblijf.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

Als u 18 jaar of ouder bent, tellen de kosten mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico

Verpleging en verzorging zonder verblijf

Wat is de dekking?

Verpleging en verzorging zonder verblijf omvat zorg die verpleegkundigen plegen te bieden. U heeft recht op vergoeding van kosten van verpleging en verzorging zonder verblijf, als de zorg verband houdt met uw behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of als u een hoog risico op die zorg heeft.

De zorg bestaat uit verpleegkundige handelingen (zorgverlening) en verzorging, maar ook uit het indiceren, coördineren, signaleren, coachen en preventie.

De zorg omvat niet:

- verpleging en verzorging tijdens uw verblijf in een ziekenhuis of een andere instelling;
- kraamzorg.

Waar moet u op letten?

U of uw wettelijk vertegenwoordiger moet een zorgplan hebben ondertekend. Het zorgplan moet minimaal bevatten de soort, omvang, frequentie en beoogde duur van de benodigde verpleging en verzorging zonder verblijf, de prestaties en zijn voorzien van een motivering. In het zorgplan moet ook de bijdrage van uw sociale netwerk zijn betrokken.

Een wijkverpleegkundige, een kinderverpleegkundige en een verpleegkundig specialist mogen uw indicatie voor de zorg bepalen en een zorgplan opstellen. De indicatie moet zijn vastgesteld conform de Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, die zijn opgesteld door de vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Deze zorgaanbieders mogen de overige zorg verlenen;

- een verpleegkundig specialist;
- een wijkverpleegkundige;
- een verpleegkundige met diploma MBO-Verpleegkunde;
- een verzorgende IG of verzorgende niveau 3 met diploma op MBO-niveau.

U moet schriftelijke toestemming van ons hebben voordat u de zorg krijgt:

- voor vergoeding van verpleging en verzorging zonder verblijf door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Voor deze aanvraag moet u het aanvraagformulier voor niet-gecontracteerde wijkverpleging gebruiken. Het aanvraagformulier is te vinden op www.zorgdirect.nl. Op verzoek zenden wij het toe. Als het zorgplan wijzigt, moet u opnieuw toestemming van ons hebben, voordat u de nieuwe zorg krijgt.
- voor vergoeding van verpleging en verzorging zonder verblijf in het buitenland. Bij de aanvraag moet u een kopie van het zorgplan en een offerte voor de zorg, waarin is opgenomen welke zorg het betreft, de kosten en de periode voor de zorglevering in het buitenland meesturen.

Geldt er een wettelijke eigen bijdrage?

Er geldt geen wettelijke eigen bijdrage voor verpleging en verzorging zonder verblijf.

Tellen de kosten mee voor het verplicht en vrijwillig eigen risico?

De kosten van verpleging en verzorging zonder verblijf tellen niet mee voor het verplicht en het eventuele vrijwillig eigen risico.

Moet u bijbetalen voor niet-gecontracteerde zorg ?

Wij hanteren een maximumvergoeding voor verpleging en verzorging zonder verblijf door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. In dat geval vergoeden wij maximaal de tarieven volgens de tarievenlijst voor niet-gecontracteerde zorg. De tarievenlijst kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/tarieven. Op verzoek zenden wij deze toe. Als de tarieven van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder hoger zijn dan onze maximumtarieven is het verschil voor uw eigen rekening.

De gecontracteerde zorgaanbieders zijn te vinden op www.zorgdirect.nl/zorgzoeker. U kunt ook bellen met onze Zorgadvieslijn via 088 687 74 74.

Persoonsgebonden budget

In plaats van het recht op de zorg, kunt u in aanmerking komen voor een persoonsgebonden budget. In dat geval krijgt u budget om de verpleging en verzorging zelf in te kopen. Voor het recht op het persoonsgebonden budget gelden speciale voorwaarden. Deze zijn opgenomen in het Reglement pgb wijkverpleging. Het Reglement pgb wijkverpleging kunt u bekijken en downloaden via www.zorgdirect.nl/wijkverpleging. Op verzoek zenden wij het toe. Als de kosten die u maakt voor de verpleging en verzorging hoger zijn dan de vergoeding in de vorm van het persoonsgebonden budget dan komt het verschil tussen de kosten en het persoonsgebonden budget voor uw rekening .

Reglement pgb wijkverpleging ZorgDirect 2021

Dit reglement is geldig vanaf 1 januari 2021 en treedt in de plaats van het Reglement pgb wijkverpleging 2020.

Eno Zorgverzekeraar N.V. (KvK 08147983)

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 Zw-pgb die zijn overeengekomen door het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, V&VN en Per Saldo.

Inhoud

1.	Begripsomschrijvingen	1
2.	Wanneer komt u in aanmerking voor een pgb wijkverpleging?	2
3.	Indicatie pgb wijkverpleging	2
4.	Voorwaarden voor het verlenen van een pgb wijkverpleging	3
5.	Weigeringsgronden voor een pgb wijkverpleging	3
6.	Aanvraag van het pgb	4
7.	Beoordeling van de aanvraag	4
8.	Ingangsdatum en looptijd van het pgb wijkverpleging	4
9.	Hoogte van het pgb wijkverpleging	5
10.	Wijzigingen en verlengen	5
11.	Verplichtingen pgb-houder	6
12.	Buitenland	6
13.	Tarieven	7
14.	Declareren	7
15.	Beëindigingsgronden van het pgb wijkverpleging	8
16.	Overstappen	9

1 Begripsomschrijvingen

- 1.1 Op de begrippen in dit Reglement zijn de begripsomschrijvingen van toepassing die zijn opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden van uw basisverzekering.
- 1.2 Daarnaast verstaan wij in dit Reglement onder:
- Bewuste-keuzegesprek:* een gesprek tussen u en ons voorafgaand aan de beoordeling van uw aanvraag en dat is bedoeld om u uw aanvraag te laten toelichten, te kijken of u in staat bent om het pgb te beheren en om u informatie te geven over de mogelijkheden van zorg in natura en pgb;
- Zorg door het eigen netwerk:* zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen en op basis van de belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen de zorgsituatie van de betrokkene in redelijkheid mag worden verwacht van huisgenoten, tot wie gerekend worden de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie u duurzaam gemeenschappelijk een woning gewoont. Als uw zorgvraag kan worden ingevuld met zorg door uw eigen netwerk, dan bestaat op deze zorg geen aanspraak vanuit de basisverzekering;
- Gespecialiseerde verpleging:* gespecialiseerde verpleging zoals nader beschreven in de Beleidsregel verpleging en verzorging van de Nederlandse Zorgautoriteit (BR/REG-20109 en opvolgende beleidsregels);
- Pgb (wijkverpleging):* persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging als bedoeld in de basisverzekering;
- Reglement:* Reglement pgb wijkverpleging;
- Verpleegkundige:* verpleegkundige die als verpleegkundige geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG;
- Vertegenwoordiger:*
- uw wettelijk vertegenwoordiger;
 - uw bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad;
 - uw echtgenoot, geregistreerde partner of een andere levensgezel.
- Voorbehouden handeling:* een voorbehouden handeling als bedoeld in Hoofdstuk IV van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
- Wettelijk vertegenwoordiger:* een wettelijk vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een curator, mentor of bewindvoerder, door de rechtbank vastgesteld;

<i>Wijkverpleegkundige:</i>	een verpleegkundige die is opgeleid met de graad van bachelor;
<i>Zorg:</i>	verpleging en/of verzorging als bedoeld in de basisverzekering;
<i>Zorg in natura:</i>	bij zorg in natura levert en organiseert de zorgaanbieder de zorg. Hierbij kan sprake zijn van gecontracteerde zorg en van niet-gecontracteerde zorg zoals bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden;
<i>Zorgplan:</i>	een dynamische set van afspraken tussen u en uw zorgaanbieder(s) over de wijkverpleging en uw eigen bijdrage aan de zorg (zelfmanagement). Deze afspraken zijn gebaseerd op uw individuele doelen, behoefte en situatie. Ze komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand. Het zorgplan moet minimaal bevatten de soort, omvang en beoogde duur van de benodigde wijkverpleging en de prestaties. Het zorgplan moet worden ondertekend door u of uw wettelijk vertegenwoordiger.

2 Wanneer komt u in aanmerking voor een pgb wijkverpleging?

- 2.1 U komt in aanmerking voor een pgb wijkverpleging als is voldaan aan alle van de volgende voorwaarden:
- u beschikt over een geldige indicatie voor verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 3 van het Reglement; en
 - u voldoet aan de voorwaarden voor het verlenen van een pgb wijkverpleging als bedoeld in artikel 4 van het Reglement; en
 - geen van de weigeringsgronden als bedoeld in artikel 5 van het Reglement is van toepassing; en
 - u voldoet aan de overige voorwaarden die van toepassing zijn op het aanvragen en beheer van het pgb als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden en dit Reglement.

3 Indicatie pgb wijkverpleging

- 3.1 U komt in aanmerking voor een pgb als u beschikt over een indicatie voor verpleging en verzorging zonder verblijf als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden.
- 3.2 Een wijkverpleegkundige of een verpleegkundig specialist moet de indicatie vaststellen.
- 3.3 In afwijking van artikel 3.2 moet de indicatie voor verzekerden onder de 18 jaar moet zijn gesteld door een HBO kinderverpleegkundige en bij voorkeur met gebruikmaking van het Medisch Kindzorgsysteem (MKS). De HBO kinderverpleegkundige moet werkzaam zijn bij een bij de Branchevereniging Integrale KindZorg (BINKZ) aangesloten zorgaanbieder.
- 3.4 Bij de indicatie voor palliatieve terminale zorg, moet een verklaring van uw behandelend arts zijn gevoegd, waaruit blijkt dat de ingeschatte levensverwachting voor u minder is dan drie maanden
- 3.5 De indicatie moet zijn vastgesteld conform de Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, die zijn opgesteld door de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).
- 3.6 De indicatie moet door een onafhankelijk persoon zijn gesteld. De indicatiesteller mag niet uw (wettelijk) vertegenwoordiger en/of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn zijn.
- 3.7 De indicatie mag niet gesteld worden door een individuele zorgaanbieder die de zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.
- 3.8 Als u een combinatie wenst van zorg in natura en een pgb, dan moet de indicatie door de zorgaanbieder zijn gesteld die ook de indicatie voor de zorg in natura heeft gesteld.
- 3.9 De indicatie mag niet ouder zijn dan drie maanden, te rekenen vanaf het moment van afgifte van de indicatie tot het moment dat uw aanvraag voor het pgb door ons is ontvangen.
- 3.10 Bij de indicatiestelling dient de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg te hanteren bij het bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk.
- 3.11 Uit de indicatie moet blijken dat u:
- langdurig, dat wil zeggen langer dan één jaar, op de verpleging en/of verzorging bent aangewezen; of
 - op palliatieve terminale zorg bent aangewezen. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting van u minder is dan 3 maanden.
- 3.12 U mag niet beschikken over meer dan één indicatie voor de zorg. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg dient in één indicatie te zijn verwoord.

3.13 Voor een herindicatie gelden dezelfde regels als voor een indicatie.

4 Voorwaarden voor het verlenen van een pgb wijkverpleging

- 4.1 U komt in aanmerking voor een pgb als naar ons oordeel is voldaan aan alle van de volgende voorwaarden:
- u bent in staat met het pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. Wij kunnen u vragen om in uw aanvraag op te nemen op welke wijze u de zorg zal inzetten ten behoeve van verbetering, behoud of beperking van achteruitgang van uw zelfredzaamheid. Wij kunnen de visie van de indicierend (wijk-/kinder-)verpleegkundige vragen of uw zorgplan in lijn is met wat gezien uw situatie mogelijk is. Ook zullen wij nagaan of sprake is van een premieachterstand inzake uw verzekering bij ons;
 - u bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Wij kunnen toetsen of u op de hoogte bent van de rechten en verplichtingen die bij het pgb wijkverpleging horen en hoe u daar uitvoering aan denkt te geven;
 - u bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de door u 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. Wij kunnen toetsen of de inzet van zorg, zoals opgenomen in de aanvraag, aansluit bij de zorgvraag. Wij kunnen de visie van de indicierend (wijk-/kinder-)verpleegkundige vragen om advies te geven over welke inzet van zorg noodzakelijk is voor verantwoorde zorg. Van verantwoorde zorg is in ieder geval geen sprake, als u een gezondheidsrisico loopt door de voorgenomen inzet van zorg;
 - u bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg via een pgb geleverd wil en kan krijgen. Om ons ervan te vergewissen dat de keuze voor een pgb wijkverpleging de bewuste keuze is van u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger kunnen wij u verzoeken een inhoudelijke motivering van uw aanvraag te geven.
- 4.2 Als u naar ons oordeel niet voldoet aan één of meerdere in artikel 4.1 genoemde voorwaarden, is het mogelijk dat wij aanvullende eisen stellen waar u aan moet voldoen om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een pgb.

5 Weigeringsgronden voor een pgb wijkverpleging

- 5.1 U komt niet in aanmerking voor een pgb wijkverpleging als één of meerdere van de volgende weigeringsgronden van toepassing is:
- u bent bij een eerdere verstrekking van een pgb wijkverpleging niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te houden aan de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen;
 - u beschikt blijkens de basisregistratie personen niet over een woonadres;
 - uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
 - u, of, indien u de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van uw ouders of voogden, is failliet verklaard;
 - ten aanzien van u of, als u de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van uw ouders of voogden, is de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing verklaard, dan wel is een verzoek daartoe bij de rechtbank ingediend;
 - u verleent geen medewerking aan een bewuste-keuzegesprek of verschijnt niet, na daartoe te zijn opgeroepen, terwijl u daarvoor geen geldige reden opgeeft;
 - uw aanvraag is onvolledig of onduidelijk en u verleent geen medewerking aan een verzoek van ons om nadere informatie of toelichting ten behoeve van uw aanvraag te verschaffen;
 - u wilt gebruik maken van uitsluitend door ons gecontracteerde zorgaanbieder(s) voor het verlenen van de zorg;
 - u wilt gebruik maken van zorg door uw (wettelijk) vertegenwoordiger, niet zijnde uw partner, bloed of aanverwanten in de eerste of tweede graad;
 - de indicatie bevat uitsluitend andere zorg dan de zorg waarvoor een pgb wijkverpleging kan worden ingezet.
- 5.2 U komt voorts niet in aanmerking voor een pgb wijkverpleging als uw (wettelijk) vertegenwoordiger (als u de hulp daarvan nodig heeft voor het voldoen aan de voorwaarden van artikel 4 van het Reglement):
- bij een eerdere verstrekking van een pgb wijkverpleging waarbij deze persoon als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
 - zijn vrijheid rechtens is ontnomen;
 - onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend.
 - failliet is verklaard;
 - anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor u aan het pgb verbonden verplichtingen;
 - hulp tegen betaling verleent.
- 5.3 Als u alleen zorg inkoopt bij 'informele zorgaanbieders' en het aantal uren wijkverpleging per week hoger is dan 24 dan kunnen wij de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een 'formele zorgaanbieder'.

6 Aanvraag van het pgb

- 6.1 U vraagt een pgb aan door het indienen van het pgb-aanvraagformulier en de eventuele bijlagen daarbij. Dit pgb-aanvraagformulier bestaat uit twee delen: (I) het verpleegkundig deel en (II) het verzekerden deel. U vindt het pgb-aanvraagformulier op onze website. U kunt het aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk opvragen.
- 6.2 Deel I van het aanvraagformulier (verpleegkundig deel) moet de indicerend wijkverpleegkundige invullen en ondertekenen. Als bijlage bij deel I kunt u het zorgplan meesturen.
- 6.3 Deel II van het aanvraagformulier (verzekerden deel) dient u (of uw (wettelijk) vertegenwoordiger) in te vullen. U geeft op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan van welke zorgaanbieders u gebruik wilt gaan maken.
- 6.4 Als u gedeeltelijk gebruik wilt maken van zorg in natura kunt u in dit deel ook aangeven voor welk deel van de geïndiceerde uren u gebruik wilt maken van zorg in natura en voor welk deel u gebruik wilt maken van een pgb.
- 6.5 Als u op het aanvraagformulier aangeeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgaanbieder, moet u daarbij aangeven hoe en met welke zorgaanbieder(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgaanbieder door ziekte, vakantie of anderszins.
- 6.6 Als uw pgb-aanvraagformulier niet volledig is ingevuld en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, dan nemen wij uw aanvraag niet in behandeling. Wij sturen u daarover bericht met het verzoek om de ontbrekende gegevens aan te vullen.
- 6.7 Als wij hierom vragen moet u nadere (medische) informatie met betrekking tot uw aanvraag verstrekken aan onze medisch adviseur of adviserend verpleegkundige, of uw verpleegkundige, medisch specialist of uw huisarts machtigen dit namens u te doen. Over een onduidelijkheid in de aanvraag kan onze adviserend verpleegkundige contact opnemen met de wijkverpleegkundige, als u daarvoor uitdrukkelijke toestemming heeft gegeven.

7 Beoordeling van de aanvraag

- 7.1 Na ontvangst van uw aanvraag van het pgb kunnen wij u uitnodigen voor een bewuste-keuzegesprek.
- 7.2 Wij beoordelen uw aanvraag op basis van het pgb-aanvraagformulier en de daarbij horende bijlagen, waaronder bij voorkeur ook het zorgplan, en, indien van toepassing, het bewuste-keuzegesprek en de extra informatie als bedoeld in artikel 6.6 en 6.7 van het Reglement.
- 7.3 Als wij daarom vragen, moet u aantonen dat de door u gewenste zorgverlener voldoet aan de eisen om voor het formele tarief in aanmerking te komen.
- 7.4 Bij een indicatie waarbij gedeeltelijk andere zorg is geïndiceerd dan de zorg waarvoor een pgb wijkverpleging kan worden ingezet, zullen wij de aanvraag voor een pgb voor die andere zorg afwijzen. Het kan ook voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet doelmatig is. Voor de zorg die wij niet doelmatig vinden, kennen wij geen pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie.
- 7.5 U ontvangt schriftelijk bericht over de toekenning of weigering van het pgb wijkverpleging.
- 7.6 Als u voor de zorg waarvoor u een pgb heeft aangevraagd al zorg in natura heeft of als u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg heeft op het moment dat u een aanvraag voor een pgb indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het pgb, zoals opgenomen in de toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgaanbieder(s) blijft afnemen.

8 Ingangsdatum en looptijd van het pgb wijkverpleging

- 8.1 De ingangsdatum van het pgb wijkverpleging is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende pgb-aanvraagformulier hebben ontvangen. Op uw verzoek kan de datum van het pgb ook op een latere datum ingaan.
- 8.2 In afwijking van artikel 8.1 is de ingangsdatum van een nieuw pgb wijkverpleging als gevolg van een herindicatie gelijk aan de ingangsdatum van de herindicatie, mits aan de volgende voorwaarden is voldaan:
- op grond van de voorgaande indicatie was u een pgb toegekend;
 - de ingangsdatum van de herindicatie ligt niet later dan de dag volgend op de einddatum van de voorgaande indicatie;
 - wij hebben uw aanvraag voor het pgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de herindicatie.

- 8.3 In afwijking van artikel 8.1 is de ingangsdatum van een nieuw pgb wijkverpleging als gevolg van een wijziging in de verdeling tussen zorg in natura en zorg via het pgb gelijk aan de ingangsdatum van de wijziging in die verdeling, mits aan de volgende voorwaarde is voldaan:
- wij hebben uw aanvraag voor het pgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de wijziging in de verdeling van de zorg.
- 8.4 De toekenning van het recht op pgb wijkverpleging geldt voor de duur van de indicatie, maar maximaal voor een periode van twee jaar te rekenen vanaf de ingangsdatum van het pgb. In afwijking hiervan geldt een kortere looptijd, als deze in de toekenningsbrief is genoemd.
- 8.5 In afwijking van artikel 8.1 is de ingangsdatum van een nieuw pgb wijkverpleging uitsluitend in verband met de afloop van de looptijd als bedoeld in 8.4 gelijk aan de dag die volgt op de dag waarop het huidige pgb eindigt, mits aan de volgende voorwaarde is voldaan:
- wij hebben uw aanvraag voor het nieuwe pgb ontvangen binnen vier weken voor afloop van de looptijd van uw huidige pgb.
- 8.6 Beschikt u op 1 januari 2020 al over een toekenning met een looptijd van vijf jaar, dan blijft deze geldig, tenzij uw zorgvraag wijzigt.

9 Hoogte van het pgb wijkverpleging

- 9.1 De hoogte van het pgb wijkverpleging, het budget, wordt per kalenderjaar vastgesteld en eindigt uiterlijk op 31 december van het betreffende jaar. Voorafgaande aan het betreffende jaar berichten wij u schriftelijk over de hoogte van het pgb voor het betreffende jaar, tenzij uw pgb per 1 januari van het betreffende jaar eindigt.
- 9.2 De hoogte van het pgb wijkverpleging wordt vastgesteld aan de hand van de toegekende uren en de voor het betreffende kalenderjaar geldende tarieven voor formele en informele zorgaanbieders als bedoeld in artikel 13.

10 Wijzigingen en verlengen

- 10.1 Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt, is een nieuwe indicatiestelling noodzakelijk. Het kan gaan om een verslechtering of om een verbetering van uw gezondheidssituatie. U moet dan per direct een nieuwe indicatie aanvragen en een nieuwe aanvraag voor een pgb indienen. Uw pgb dat is gebaseerd op de indicatie die is vervangen, eindigt zoals beschreven in artikel 15.
- 10.2 U bent verplicht om mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige, die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, bent u verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige een nieuwe aanvraag voor een pgb wijkverpleging bij ons in te dienen. Uw pgb dat is gebaseerd op de indicatie die is vervangen, eindigt zoals beschreven in artikel 15.
- 10.3 Als in de verdeling tussen zorg in natura en zorg via het pgb wijzigingen komen, dan dient u dit direct aan ons te melden door een nieuwe aanvraag voor een pgb in te dienen. Uw pgb dat is gebaseerd op de vervangen verdeling tussen zorg in natura en zorg via het pgb, eindigt zoals beschreven in artikel 15.
- 10.4 Wanneer u van zorgaanbieder(s) verandert, moet u dit bij ons melden. U moet daarvoor gebruik maken van het pgb-wijzigingsformulier. U vindt het pgb-wijzigingsformulier op onze website. U kunt het formulier ook telefonisch of schriftelijk opvragen. Uw toekenning van het pgb blijft in stand, maar de hoogte van uw pgb kan wijzigen. Op basis van de melding vindt dan, als dat aan de orde is, een aanpassing en verrekening van het budget plaats.
- 10.5 U moet elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond schriftelijk aan ons door geven. U moet daarvoor gebruik maken van het pgb-wijzigingsformulier. U vindt het pgb-wijzigingsformulier op onze website. U kunt het formulier ook telefonisch of schriftelijk opvragen
- 10.6 Als u tijdens de looptijd van uw pgb voor een periode van maximaal twee maanden verbleven heeft in een instelling, omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw of in een instelling voor eerstelijns verblijf, kunt u weer gebruik maken van uw pgb, zodra u weer thuis bent. U hoeft dan niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen, tenzij sprake is van een situatie als bedoeld in artikel 10.1 of 10.3. Wel moet u een melding bij ons doen als u langer dan twee weken verbleven heeft in een instelling als bedoeld in de eerste zin van dit artikellid. U moet daarvoor gebruik maken van het pgb-wijzigingsformulier. U vindt het pgb-wijzigingsformulier op onze website. U kunt het formulier ook telefonisch of schriftelijk opvragen. De hoogte van het pgb wordt dan verlaagd naar rato van het aantal dagen (te rekenen vanaf de eerste dag van opname) dat u opgenomen bent geweest.

11 Verplichtingen pgb-houder

- 11.1 U moet zelf zorgovereenkomsten sluiten met uw zorgaanbieder(s). U bent verplicht om deze afspraken schriftelijk vast te leggen. Hierin legt u afspraken over de te leveren zorg vast en hoeveel u daarvoor betaalt. De zorgovereenkomst(en) moeten volledig door u en de zorgaanbieder(s) worden ingevuld en door beiden ondertekend. Wij kunnen deze zorgovereenkomst(en) bij u opvragen. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
- uw naam-/adres-/woonplaats gegevens (naw-gegevens);
 - naw-gegevens van uw zorgaanbieder(s);
 - relatie tussen u en uw zorgaanbieder(s);
 - looptijd van de overeenkomst;
 - welke zorg zal worden geleverd;
 - het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten;
 - welk tarief per uur en per vijf minuten u daarvoor zult betalen. Een vast maandloon is niet toegestaan;
 - AGB-code van de zorgaanbieder die in aanmerking komt voor het formele tarief;
 - ondertekening door u of uw wettelijk vertegenwoordiger en zorgaanbieder.
- U kunt daarbij gebruik maken van de modelovereenkomsten van SVB.
- 11.2 U dient er op toe te zien dat degene waarmee u een zorgovereenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, niet meer dan veertig uur in één week voor u aan werkzaamheden verricht. Ook mag de zorgaanbieder niet jonger zijn dan 15 jaar.
- 11.3 U dient er op toe te zien dat degene waarmee u een zorgovereenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit wel van toepassing is niet meer dan achtenveertig uur in één week inclusief de uren die uit het pgb bekostigd worden aan werkzaamheden verricht. Ook mag de zorgaanbieder niet jonger zijn dan 15 jaar.
- 11.4 U bent er verantwoordelijk voor dat de zorg die u inkoop kwalitatief verantwoord is en doelmatig. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgaanbieders.
- 11.5 U bent er verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget in overeenstemming is met de gestelde indicatie.
- 11.6 U bent verplicht om een dossier te beheren en na het beëindigen van het pgb het dossier voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste:
- a. de volledige pgb-aanvraagformulieren set inclusief bijlagen/zorgplan;
 - b. zorgovereenkomsten;
 - c. als u 18 jaar of ouder bent, de beschikking van de rechtbank in geval van een wettelijk vertegenwoordiger;
 - d. facturen of urenregistraties met naam van de zorgaanbieder(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;
 - e. bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);
 - f. kopieën van nota's van zorgaanbieders en kopieën van ingediende declaraties.
- Ook als de Sociale Verzekeringsbank (SVB) aan uw zorgaanbieders betaalt, moet u zelf dit dossier beheren.
- 11.7 U bent verplicht om gegevens uit dit dossier zo spoedig mogelijk aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen.
- 11.8 U geeft ons tijdig alle informatie die van invloed is op de verlening en hoogte van het pgb wijkverpleging.

12 Buitenland

- 12.1 Als u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgaanbieder(s) inhuren, dan moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. Pas na onze schriftelijke toestemming, mag u de nota's van buitenlandse zorgaanbieder(s) declareren. U moet de toestemming schriftelijk bij ons aanvragen. Met uw aanvraag moet u meesturen:
- a. het indicatiebesluit
 - b. een offerte, waarin in elk geval is opgenomen:
 - i. de gewenste zorg;
 - ii. de periode waarvoor de zorg wordt aangevraagd;
 - iii. de naw-gegevens van de zorgaanbieders;
 - iv. de verwachte kosten van de zorg.

13 Tarieven

13.1 Voor de besteding van het budget, declaratie en vergoeding van de zorg gelden formele en informele tarieven.

13.2 *Formeel tarief*

Voor het formele tarief komen in aanmerking:

Zorgverleners die beschikken over:

a. een AGB-code uit een van de categorieën:

- 41 ZZP-ers in de wijkverpleging / 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 is als wijkverpleegkundig specialist, wijkverpleegkundige, verpleegkundige met diploma MBO-verpleegkunde of een verzorgende IG of verzorgende niveau 3 is.

Een bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad of uw echtgenoot, geregistreerde partner of levensgezel komen nooit in aanmerking voor het formele tarief.

13.3 U kunt voor de hiervoor genoemde 'formele zorgaanbieders' maximaal de tarieven die zijn opgenomen in de hierna volgende tabel declareren. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgaanbieder vermeldt.

Formele tarieven	Maximumtarief per uur	Maximumtarief per vijf minuten
Persoonlijke verzorging formeel	€ 41,16	€ 3,43
Verpleging formeel (inclusief gespecialiseerde verpleging)	€ 56,40	€ 4,70

In afwijking van het voorgaande in dit artikellid geldt het door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor de desbetreffende zorg vastgestelde maximumtarief op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg, als dat vastgestelde maximumtarief lager is dan het maximumtarief dat is opgenomen in de tabel.

13.4 *Informeel tarief*

Voor het informele tarief komen in aanmerking: alle rechtspersonen en natuurlijke personen die niet in aanmerking komen voor het formele tarief.

13.5 U kunt voor de hiervoor genoemde 'informele zorgaanbieders' maximaal € 23,52 per uur voor verpleging en verzorging declareren. Dit bedrag vindt u terug in onderstaande tabel.

Informeel tarieven	Maximumtarief per uur	Maximumtarief per vijf minuten
Persoonlijke verzorging informeel	€ 23,52	€ 1,96
Verpleging informeel (inclusief gespecialiseerde verpleging)	€ 23,52	€ 1,96

14 Declareren

14.1 U mag alleen zorg declareren, die:

- a. al is geleverd. U mag geen zorg declareren die nog geleverd moet worden;
- b. is geleverd vanaf de datum waarop uw pgb is ingegaan. U mag geen zorg declareren die is geleverd voor de ingangsdatum van het pgb;
- c. in lijn is met de indicatiestelling en het toegekende pgb.

- 14.2 U mag geen vast maandloon declareren. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten, afgerond op vijf minuten, mag worden gedeclareerd. Het declareren van een vast maandloon is vanuit de Zorgverzekeringswet wettelijk niet toegestaan. Vanwege de overgang van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet in 2015 mag uw zorgaanbieder tijdelijk nog via een vast maandloon worden uitbetaald als uw zorgaanbieder in 2015 al een zorgovereenkomst op basis van vast maandloon had.
- 14.3 Voordat u de nota's bij ons declareert, controleert u de nota's op juistheid. Door declaratie van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg.
- 14.4 Voor de declaratie van uw nota's gebruikt u de daartoe bestemde, actuele formulieren. U kunt deze formulieren vinden op onze website of ze bij ons opvragen.
- 14.5 U declareert de nota's in beginsel uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw pgb.
- 14.6 Wij hebben het recht om controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgaanbieders 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.
- 14.7 Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.
- 14.8 U heeft geen recht op vergoeding via het pgb van:
- de kosten van de indicatiestelling;
 - evaluatie van de behoefte aan zorg;
 - casemanagement;
 - verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg;
 - de kosten van vervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf indien medisch noodzakelijk in het kader van Intensieve Kindzorg. Deze kosten kunnen vallen onder Zittend ziekenvervoer in uw verzekeringsvoorwaarden van de basisverzekering;
 - zorg die teveel door u is ingekocht en waardoor het maximum van uw pgb is overschreden;
 - overige kosten zoals werkgeverslasten, reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en hulpmiddelen.
- 14.9 De bepalingen over het indienen en vergoeden van nota's in de verzekeringsvoorwaarden zijn van overeenkomstige toepassing. Bij onderlinge strijdigheid hebben de bepalingen in het Reglement voorrang boven de bepalingen in de verzekeringsvoorwaarden.
- 14.10 U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van de door u gecontracteerde zorgaanbieders. Als u de door u gecontracteerde zorgaanbieders niet tijdig betaalt, kunt u te maken krijgen met bijkomende kosten, bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente. Deze bijkomende kosten mogen niet vanuit het pgb worden vergoed.

15 Beëindigingsgronden van het pgb wijkverpleging

- 15.1 Uw pgb wijkverpleging eindigt met ingang van de dag dat:
- uw indicatie voor verpleging en verzorging is gewijzigd of is geëindigd;
 - de looptijd van het pgb wijkverpleging is geëindigd;
 - er een wijziging plaatsvindt in de verdeling tussen zorg in natura en zorg via het pgb;
 - u langer dan twee maanden ben opgenomen in een instelling voor zorg als bedoeld in de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet;
 - u een indicatie heeft voor zorg als bedoeld in de Wet langdurige zorg;
 - u zelf verzoekt om beëindiging van het pgb;
 - uw basisverzekering is geëindigd;
 - uw basisverzekering als gevolg van een wijziging van hetgeen is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet geen mogelijkheid meer biedt tot het verlenen van een pgb wijkverpleging.
- 15.2 Wij kunnen uw pgb wijkverpleging, zo nodig met terugwerkende kracht, beëindigen of wijzigen:
- met ingang van de dag waarop u niet langer voldoet aan de voorwaarden voor verlening als bedoeld in artikel 4.1 van het Reglement;
 - met ingang van de dag waarop een of meer van de weigeringsgronden als bedoeld in artikel 5 van het Reglement van toepassing wordt;

- c. met ingang van de dag waarop u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger de aan u en uw (wettelijk) vertegenwoordiger opgelegde verplichtingen op grond van het Reglement niet nakomt;
 - d. vanaf de ingangsdatum van het pgb, als u in het kader van de aanvraag onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt en de verstrekking van deze gegevens tot een ander besluit op de aanvraag zou hebben geleid;
 - e. vanaf de ingangsdatum van het pgb, als de toekenning van het pgb anderszins onjuist was en u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger dit wist of behoorde te weten;
 - f. met ingang van de dag waarop u ons niet of niet tijdig of slechts gedeeltelijk de informatie verstrekt die noodzakelijk is voor de controle op uw pgb;
 - g. met ingang van de dag waarop u niet meewerkt aan dossieronderzoek;
 - h. met ingang van de dag waarop er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en regelgeving naar voren komen;
 - i. met ingang van de dag waarop u gedurende de looptijd van het pgb een nieuwe (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst, dan wel voor het eerst met een (wettelijk) vertegenwoordiger gaat werken en u met deze vertegenwoordiger, naar ons oordeel niet in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het pgb wijkverpleging verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren;
 - j. met ingang van de dag waarop u zorg in natura afneemt bij een zorgaanbieder die niet op uw aanvraagformulier is vermeld;
 - k. met ingang van de dag dat u gebruik maakt van zorg in natura voor de zorg waarvoor u een pgb is toegekend.
- 15.3 Wij kunnen uw pgb wijkverpleging met inachtneming van een redelijke termijn intrekken of wijzigen:
- a. als ons besluit op de aanvraag van het pgb niet juist was en u of uw vertegenwoordiger dit niet wist of behoorde te weten;
 - b. als de voorwaarden voor verlening van het pgb wijzigen als gevolg van een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden.
- 15.4 Als uw pgb wijkverpleging eerder eindigt dan in de oorspronkelijke toekenning is bepaald, dan wordt de hoogte van uw pgb naar rato verlaagd. De hoogte van uw pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Indien u inmiddels meer zorgkosten heeft gemaakt dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u de teveel vergoede kosten aan ons terug te betalen.

16 Overstappen

- 16.1 Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toekenning van het pgb nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de (in principe tot de vermelde einddatum van de indicatie) geldige toekenning over. Het vermelde aantal uren voor verpleging en verzorging blijft gelijk. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken, omdat iedere zorgverzekeraar eigen tarieven hanteert. U bewaart deze toekenning, zolang hij geldig is. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen.
- 16.2 Stapt u over van een andere zorgverzekeraar naar ons en is uw toekenning van het pgb nog geldig? Dan nemen wij de geldige toekenning over (in principe tot de vermelde einddatum van de indicatie). Het vermelde aantal uren voor verpleging en verzorging blijft gelijk. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken, omdat iedere zorgverzekeraar eigen tarieven hanteert.

Reglement Zvw-pgb ZorgDirect 2022

Dit reglement is geldig vanaf 1 januari 2022 en treedt in de plaats van het Reglement Zvw-pgb 2021.

Eno Zorgverzekeraar N.V. (KvK 08147983)

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.

Inhoud

1.	Begripsomschrijvingen	1
2.	Wanneer komt u in aanmerking voor een Zvw-pgb?	2
3.	Indicatievoorwaarden Zvw-pgb	2
4.	Overige voorwaarden voor toegang Zvw-pgb	3
5.	Weigeringsgronden voor een Zvw-pgb	3
6.	Aanvraag van het pgb	4
7.	Beoordeling van de aanvraag	4
8.	Ingangsdatum en looptijd van het Zvw-pgb	4
9.	Hoogte van het Zvw-pgb	5
10.	Wijzigingen en verlengen	5
11.	Verplichtingen pgb-houder	6
12.	Buitenland	6
13.	Tarieven	7
14.	Declareren	8
15.	Beëindigingsgronden van het Zvw-pgb	8
16.	Overstappen	9

1 Begripsomschrijvingen

1.1 Op de begrippen in dit Reglement zijn de begripsomschrijvingen van toepassing die zijn opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden van uw basisverzekering.

1.2 Daarnaast verstaan wij in dit Reglement onder:

<i>Bewuste-keuzegesprek:</i>	een gesprek tussen u en ons voorafgaand aan de beoordeling van uw aanvraag en dat is bedoeld om u uw aanvraag te laten toelichten, te kijken of u in staat bent om het Zvw-pgb te beheren en om u informatie te geven over de mogelijkheden van zorg in natura en Zvw-pgb;
<i>Gespecialiseerde verpleging:</i>	gespecialiseerde verpleging zoals nader beschreven in de Beleidsregel verpleging en verzorging van de Nederlandse Zorgautoriteit (BR/REG-22101 en opvolgende beleidsregels);
<i>Zvw-pgb:</i>	persoonsgebonden budget voor verpleging en verzorging als bedoeld in de basisverzekering;
<i>Reglement:</i>	Reglement Zvw-pgb;
<i>Verpleegkundige:</i>	verpleegkundige die als verpleegkundige geregistreerd staat conform de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 van de Wet BIG;
<i>Vertegenwoordiger:</i>	a. uw wettelijk vertegenwoordiger; b. uw bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad; c. uw echtgenoot, geregistreerde partner of een andere levensgezel.
<i>Voorbehouden handeling:</i>	een voorbehouden handeling als bedoeld in Hoofdstuk IV van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG).
<i>Wettelijk vertegenwoordiger:</i>	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;
<i>Wijkverpleegkundige:</i>	een verpleegkundige die is opgeleid met de graad van bachelor;
<i>Zorg:</i>	verpleging en/of verzorging als bedoeld in de basisverzekering;

- Zorg in natura:* bij zorg in natura levert en organiseert de zorgaanbieder de zorg. Hierbij kan sprake zijn van gecontracteerde zorg en van niet-gecontracteerde zorg zoals bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden;
- Zorgplan:* een dynamische set van afspraken tussen u en uw zorgaanbieder(s) over de verpleging en verzorging en uw eigen bijdrage aan de zorg (zelfmanagement). Deze afspraken zijn gebaseerd op uw individuele doelen, behoefte en situatie. Ze komen in gezamenlijke besluitvorming tot stand. Het zorgplan moet minimaal bevatten de soort, omvang en beoogde duur van de benodigde verpleging en verzorging en de prestaties. Het zorgplan moet worden ondertekend door u of uw wettelijk vertegenwoordiger.

2 Wanneer komt u in aanmerking voor een Zvw-pgb?

- 2.1 U komt in aanmerking voor een Zvw-pgb als is voldaan aan alle van de volgende voorwaarden:
- u beschikt over een geldige indicatie voor verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 3 van het Reglement; en
 - u voldoet aan de voorwaarden voor het verlenen van een Zvw-pgb als bedoeld in artikel 4 van het Reglement; en
 - geen van de weigeringsgronden als bedoeld in artikel 5 van het Reglement is van toepassing; en
 - u voldoet aan de overige voorwaarden die van toepassing zijn op het aanvragen en beheer van het Zvw-pgb als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden en dit Reglement.

3 Indicatie Zvw-pgb

- 3.1 U komt in aanmerking voor een Zvw-pgb:
- u beschikt over een indicatie voor verpleging en verzorging zonder verblijf als bedoeld in de verzekeringsvoorwaarden; en
 - de indicatie tot stand is gekomen in overeenstemming met de voorwaarden voor de indicatie(stelling) in dit Reglement.
- 3.2 Een wijkverpleegkundige of een verpleegkundig specialist moet de indicatie vaststellen.
- 3.3 In afwijking van artikel 3.2 moet de indicatie voor verzekerden onder de 18 jaar moet zijn gesteld door een HBO kinderverpleegkundige en bij voorkeur met gebruikmaking van het Medisch Kindzorgsysteem (MKS). De HBO kinderverpleegkundige moet werkzaam zijn bij een bij de Branchevereniging Integrale KindZorg (BINKZ) aangesloten zorgaanbieder.
- 3.4 Bij de indicatie voor palliatieve terminale zorg, moet een verklaring van uw behandelend arts zijn gevoegd, waaruit blijkt dat de ingeschatte levensverwachting voor u minder is dan drie maanden.
- 3.5 De indicatie moet zijn vastgesteld conform de Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, die zijn opgesteld door de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).
- 3.6 De indicatie moet door een onafhankelijk persoon zijn gesteld. De indicatiesteller mag niet uw (wettelijk) vertegenwoordiger en/of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn zijn.
- 3.7 De indicatie mag niet gesteld worden door een individuele zorgaanbieder die de zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.
- 3.8 Als u een combinatie wenst van zorg in natura en een Zvw-pgb, dan moet de indicatie door de zorgaanbieder zijn gesteld die ook de indicatie voor de zorg in natura heeft gesteld.
- 3.9 De indicatie mag niet ouder zijn dan drie maanden, te rekenen vanaf het moment van afgifte van de indicatie tot het moment dat uw aanvraag voor het Zvw-pgb door ons is ontvangen.
- 3.10 Bij de indicatiestelling dient de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg te hanteren bij het bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk.
- 3.11 Uit de indicatie moet blijken dat u:
- langdurig, dat wil zeggen langer dan één jaar, op de verpleging en/of verzorging bent aangewezen; of
 - op palliatieve terminale zorg bent aangewezen. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting van u minder is dan 3 maanden.

- 3.12 U mag niet beschikken over meer dan één indicatie voor de zorg. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg dient in één indicatie te zijn verwoord.
- 3.13 Voor een herindicatie gelden dezelfde regels als voor een indicatie.

4 Overige voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

- 4.1 Als u een indicatie heeft als bedoeld in artikel 3.1 van het Reglement komt u in aanmerking voor een Zvw-pgb als naar ons oordeel ook is voldaan aan alle van de volgende voorwaarden:
- u bent in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit. Wij kunnen u vragen om in uw aanvraag op te nemen op welke wijze u de zorg zal inzetten ten behoeve van verbetering, behoud of beperking van achteruitgang van uw zelfredzaamheid. Wij kunnen de visie van de indicierend (wijk-/kinder-)verpleegkundige vragen of uw zorgplan in lijn is met wat gezien uw situatie mogelijk is. Ook zullen wij nagaan of sprake is van een premieachterstand inzake uw verzekering bij ons;
 - u bent 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. Wij kunnen toetsen of u op de hoogte bent van de rechten en verplichtingen die bij het Zvw-pgb horen en hoe u daar uitvoering aan denkt te geven;
 - u bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de door u 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. Wij kunnen toetsen of de inzet van zorg, zoals opgenomen in de aanvraag, aansluit bij de zorgvraag. Wij kunnen de visie van de indicierend (wijk-/kinder-)verpleegkundige vragen om advies te geven over welke inzet van zorg noodzakelijk is voor verantwoorde zorg. Van verantwoorde zorg is in ieder geval geen sprake, als u een gezondheidsrisico loopt door de voorgenomen inzet van zorg;
 - u bent in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg via een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen. Om ons ervan te vergewissen dat de keuze voor een Zvw-pgb de bewuste keuze is van u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger kunnen wij u verzoeken een inhoudelijke motivering van uw aanvraag te geven.
- 4.2 Als u naar ons oordeel niet voldoet aan één of meerdere in artikel 4.1 genoemde voorwaarden, is het mogelijk dat wij aanvullende eisen stellen waar u aan moet voldoen om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.

5 Weigeringsgronden voor een Zvw-pgb

- 5.1 U komt niet in aanmerking voor een Zvw-pgb als één of meerdere van de volgende weigeringsgronden van toepassing is:
- u bent bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
 - u beschikt blijkens de basisregistratie personen niet over een woonadres;
 - uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
 - u, of, indien u de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van uw ouders of voogden, is failliet verklaard;
 - ten aanzien van u of, als u de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van uw ouders of voogden, is de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing verklaard, dan wel is een verzoek daartoe bij de rechtbank ingediend;
 - u verleent geen medewerking aan een bewuste-keuzegesprek of verschijnt niet, na daartoe te zijn opgeroepen, terwijl u daarvoor geen geldige reden opgeeft;
 - uw aanvraag is onvolledig of onduidelijk en u verleent geen medewerking aan een verzoek van ons om nadere informatie of toelichting ten behoeve van uw aanvraag te verschaffen;
 - u wilt gebruik maken van uitsluitend door ons gecontracteerde zorgaanbieder(s) voor het verlenen van de zorg;
 - u wilt gebruik maken van zorg door uw (wettelijk) vertegenwoordiger, niet zijnde uw partner, bloed of aanverwanten in de eerste of tweede graad;
 - de indicatie bevat uitsluitend andere zorg dan de zorg waarvoor een Zvw-pgb kan worden ingezet.
- 5.2 U komt ook niet in aanmerking voor een Zvw-pgb als uw (wettelijk) vertegenwoordiger (als u de hulp daarvan nodig heeft voor het voldoen aan de voorwaarden van artikel 4 van het Reglement):
- bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb waarbij deze persoon als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
 - zijn vrijheid rechtens is ontnomen;
 - onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend.
 - failliet is verklaard;
 - anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor u aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
 - hulp tegen betaling verleent.

- 5.3 Als u alleen zorg inkoop bij 'informele zorgaanbieders' en het aantal uren verpleging en verzorging per week hoger is dan 24 dan kunnen wij de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een 'formele zorgaanbieder'.
- 5.4 Als u zorg inkoop bij een zorgaanbieder die is opgenomen in het Extern Verwijzingsregister of waarbij wij een ernstig vermoeden hebben van fraude, dan kunnen wij de voorwaarde stellen dat u die zorg inkoop bij een andere zorgaanbieder.

6 Aanvraag van het Zvw-pgb

- 6.1 U vraagt een Zvw-pgb aan door het indienen van het aanvraagformulier Zvw-pgb en de eventuele bijlagen daarbij. Dit aanvraagformulier bestaat uit twee delen: (I) het verpleegkundig deel en (II) het verzekerden deel. U vindt het aanvraagformulier Zvw-pgb op onze website. U kunt het aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk opvragen.
- 6.2 Deel I van het aanvraagformulier (verpleegkundig deel) moet de indicerende wijkverpleegkundige invullen en ondertekenen. Als bijlage bij deel I kunt u het zorgplan meesturen.
- 6.3 Deel II van het aanvraagformulier (verzekerden deel) dient u (of uw (wettelijk) vertegenwoordiger) in te vullen. U geeft op basis van de geïndiceerde uren verpleging en verzorging aan van welke zorgaanbieders u gebruik wilt gaan maken.
- 6.4 Als u gedeeltelijk gebruik wilt maken van zorg in natura kunt u in dit deel ook aangeven voor welk deel van de geïndiceerde uren u gebruik wilt maken van zorg in natura en voor welk deel u gebruik wilt maken van een Zvw-pgb.
- 6.5 Als u op het aanvraagformulier aangeeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgaanbieder, moet u daarbij aangeven hoe en met welke zorgaanbieder(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgaanbieder door ziekte, vakantie of anderszins.
- 6.6 Als uw aanvraagformulier Zvw-pgb niet volledig is ingevuld en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, dan nemen wij uw aanvraag niet in behandeling. Wij sturen u daarover bericht met het verzoek om de ontbrekende gegevens aan te vullen.
- 6.7 Als wij hierom vragen moet u nadere (medische) informatie met betrekking tot uw aanvraag verstrekken aan onze medisch adviseur of adviserend verpleegkundige, of uw verpleegkundige, medisch specialist of uw huisarts machtigen dit namens u te doen. Over een onduidelijkheid in de aanvraag kan onze adviserend verpleegkundige contact opnemen met de wijkverpleegkundige, als u daarvoor uitdrukkelijke toestemming heeft gegeven.

7 Beoordeling van de aanvraag

- 7.1 Na ontvangst van uw aanvraag van het Zvw-pgb kunnen wij u uitnodigen voor een bewuste-keuzegesprek.
- 7.2 Wij beoordelen uw aanvraag op basis van het aanvraagformulier Zvw-pgb en de daarbij horende bijlagen, waaronder bij voorkeur ook het zorgplan, en, indien van toepassing, het bewuste-keuzegesprek en de extra informatie als bedoeld in artikel 6.6 en 6.7 van het Reglement.
- 7.3 Als wij daarom vragen, moet u aantonen dat de door u gewenste zorgverlener voldoet aan de eisen om voor het formele tarief in aanmerking te komen.
- 7.4 Bij een indicatie waarbij gedeeltelijk andere zorg is geïndiceerd dan de zorg waarvoor een Zvw-pgb kan worden ingezet, zullen wij de aanvraag voor een Zvw-pgb voor die andere zorg afwijzen. Het kan ook voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet doelmatig is. Voor de zorg die wij niet doelmatig vinden, kennen wij geen Zvw-pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie.
- 7.5 U ontvangt schriftelijk bericht over de toekenning of weigering van het Zvw-pgb.
- 7.6 Als u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al zorg in natura heeft of als u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg heeft op het moment dat u een aanvraag voor een Zvw-pgb indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het Zvw-pgb, zoals opgenomen in de toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgaanbieder(s) blijft afnemen.

8 Ingangsdatum en looptijd van het Zvw-pgb

- 8.1 De ingangsdatum van het Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraagformulier Zvw-pgb hebben ontvangen. Op uw verzoek kan de datum van het Zvw-pgb ook op een latere datum ingaan.

- 8.2 In afwijking van artikel 8.1 is de ingangsdatum van een nieuw Zvw-pgb als gevolg van een herindicatie gelijk aan de ingangsdatum van de herindicatie, mits aan de volgende voorwaarden is voldaan:
- op grond van de voorgaande indicatie was u een Zvw-pgb toegekend;
 - de ingangsdatum van de herindicatie ligt niet later dan de dag volgend op de einddatum van de voorgaande indicatie;
 - wij hebben uw aanvraag voor het Zvw-pgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de herindicatie.
- 8.3 In afwijking van artikel 8.1 is de ingangsdatum van een nieuw Zvw-pgb als gevolg van een wijziging in de verdeling tussen zorg in natura en zorg via het Zvw-pgb gelijk aan de ingangsdatum van de wijziging in die verdeling, mits aan de volgende voorwaarde is voldaan:
- wij hebben uw aanvraag voor het Zvw-pgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de wijziging in de verdeling van de zorg.
- 8.4 De toekenning van het recht op Zvw-pgb geldt voor de duur van de indicatie, maar maximaal voor een periode van twee jaar te rekenen vanaf de ingangsdatum van het Zvw-pgb. In afwijking hiervan geldt een kortere looptijd, als deze in de toekenningsbrief is genoemd.
- 8.5 In afwijking van artikel 8.1 is de ingangsdatum van een nieuw Zvw-pgb uitsluitend in verband met de afloop van de looptijd als bedoeld in 8.4 gelijk aan de dag die volgt op de dag waarop het huidige Zvw-pgb eindigt, mits aan de volgende voorwaarde is voldaan:
- wij hebben uw aanvraag voor het nieuwe Zvw-pgb ontvangen binnen vier weken voor afloop van de looptijd van uw huidige Zvw-pgb.
- 8.6 Beschikt u op 1 januari 2022 al over een toekenning met een looptijd van vijf jaar, dan blijft deze geldig, tenzij uw zorgvraag wijzigt.

9 Hoogte van het Zvw-pgb

- 9.1 De hoogte van het Zvw-pgb, het budget, wordt per kalenderjaar vastgesteld en eindigt uiterlijk op 31 december van het betreffende jaar. Voorafgaande aan het betreffende jaar berichten wij u schriftelijk over de hoogte van het Zvw-pgb voor het betreffende jaar, tenzij uw Zvw-pgb per 1 januari van het betreffende jaar eindigt.
- 9.2 De hoogte van het Zvw-pgb wordt vastgesteld aan de hand van de toegekende uren en de voor het betreffende kalenderjaar geldende tarieven voor formele en informele zorgaanbieders als bedoeld in artikel 13.

10 Wijzigingen en verlengen

- 10.1 Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt, is een nieuwe indicatiestelling noodzakelijk. Het kan gaan om een verslechtering of om een verbetering van uw gezondheidssituatie. U moet dan per direct een nieuwe indicatie aanvragen en een nieuwe aanvraag voor een Zvw-pgb indienen. Uw Zvw-pgb dat is gebaseerd op de indicatie die is vervangen, eindigt zoals beschreven in artikel 15.
- 10.2 U bent verplicht om mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige, die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, bent u verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige een nieuwe aanvraag voor een Zvw-pgb bij ons in te dienen. Uw Zvw-pgb dat is gebaseerd op de indicatie die is vervangen, eindigt zoals beschreven in artikel 15.
- 10.3 Als in de verdeling tussen zorg in natura en zorg via het Zvw-pgb wijzigingen komen, dan dient u dit direct aan ons te melden door een nieuwe aanvraag voor een Zvw-pgb in te dienen. Uw Zvw-pgb dat is gebaseerd op de vervangen verdeling tussen zorg in natura en zorg via het Zvw-pgb, eindigt zoals beschreven in artikel 15.
- 10.4 Wanneer u van zorgaanbieder(s) verandert, moet u dit bij ons melden. U moet daarvoor gebruik maken van het wijzigingsformulier Zvw-pgb. U vindt het wijzigingsformulier Zvw-pgb op onze website. U kunt het formulier ook telefonisch of schriftelijk opvragen. Uw toekenning van het Zvw-pgb blijft in stand, maar de hoogte van uw Zvw-pgb kan wijzigen. Op basis van de melding vindt dan, als dat aan de orde is, een aanpassing en verrekening van het budget plaats.
- 10.5 U moet elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond schriftelijk aan ons doorgeven. U moet daarvoor gebruik maken van het wijzigingsformulier Zvw-pgb. U vindt het wijzigingsformulier Zvw-pgb op onze website. U kunt het formulier ook telefonisch of schriftelijk opvragen.

- 10.6 Als u tijdens de looptijd van uw Zvw-pgb voor een periode van maximaal twee maanden verbleven heeft in een instelling, omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw of in een instelling voor eerstelijns verblijf, kunt u weer gebruik maken van uw Zvw-pgb, zodra u weer thuis bent. U hoeft dan niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen, tenzij sprake is van een situatie als bedoeld in artikel 10.1 of 10.3. Wel moet u een melding bij ons doen als u langer dan twee weken verbleven heeft in een instelling als bedoeld in de eerste zin van dit artikellid. U moet daarvoor gebruik maken van het wijzigingsformulier Zvw-pgb. U vindt het wijzigingsformulier Zvw-pgb op onze website. U kunt het formulier ook telefonisch of schriftelijk opvragen. De hoogte van het Zvw-pgb wordt dan verlaagd naar rato van het aantal dagen (te rekenen vanaf de eerste dag van opname) dat u opgenomen bent geweest.

11 Verplichtingen Zvw-pgb-houder

- 11.1 U moet zelf zorgovereenkomsten sluiten met uw zorgaanbieder(s). U bent verplicht om deze afspraken schriftelijk vast te leggen. Hierin legt u afspraken over de te leveren zorg vast en hoeveel u daarvoor betaalt. De zorgovereenkomst(en) moeten volledig door u en de zorgaanbieder(s) worden ingevuld en door beiden ondertekend. Wij kunnen deze zorgovereenkomst(en) bij u opvragen. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
- uw naam-/adres-/woonplaats gegevens (naw-gegevens);
 - naw-gegevens van uw zorgaanbieder(s);
 - relatie tussen u en uw zorgaanbieder(s);
 - looptijd van de overeenkomst;
 - welke zorg zal worden geleverd;
 - het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten;
 - welk tarief per uur en per vijf minuten u daarvoor zult betalen. Een vast maandloon is niet toegestaan;
 - AGB-code van de zorgaanbieder die in aanmerking komt voor het formele tarief;
 - ondertekening door u of uw wettelijk vertegenwoordiger en zorgaanbieder.
- U kunt daarbij gebruik maken van de modelovereenkomsten van SVB.
- 11.2 U dient er op toe te zien dat degene waarmee u een zorgovereenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, niet meer dan veertig uur in één week voor u aan werkzaamheden verricht. Ook mag de zorgaanbieder niet jonger zijn dan 15 jaar.
- 11.3 U dient er op toe te zien dat degene waarmee u een zorgovereenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit wel van toepassing is niet meer dan achtenveertig uur in één week inclusief de uren die uit het Zvw-pgb bekostigd worden aan werkzaamheden verricht. Ook mag de zorgaanbieder niet jonger zijn dan 15 jaar.
- 11.4 U bent er verantwoordelijk voor dat de zorg die u inkoop kwalitatief verantwoord is en doelmatig. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgaanbieders.
- 11.5 U bent er verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget in overeenstemming is met de gestelde indicatie.
- 11.6 U bent verplicht om een dossier te beheren en na het beëindigen van het Zvw-pgb het dossier voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste:
- a. de volledige aanvraagformulieren set inclusief bijlagen/zorgplan;
 - b. zorgovereenkomsten;
 - c. als u 18 jaar of ouder bent, de beschikking van de rechtbank in geval van een wettelijk vertegenwoordiger;
 - d. facturen en/of urenregistraties met naam van de zorgaanbieder(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;
 - e. bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);
 - f. kopieën van nota's van zorgaanbieders en kopieën van ingediende declaraties.
- Ook als de Sociale Verzekeringsbank (SVB) aan uw zorgaanbieders betaalt, moet u zelf dit dossier beheren.
- 11.7 U bent verplicht om gegevens uit dit dossier zo spoedig mogelijk aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen.
- 11.8 U geeft ons tijdig alle informatie die van invloed is op de verlening en hoogte van het Zvw-pgb.

12 Buitenland

- 12.1 Als u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgaanbieder(s) inhuren, dan moet u schriftelijke toestemming van ons hebben, voordat u de zorg krijgt. Pas na onze schriftelijke toestemming, mag u de nota's van buitenlandse zorgaanbieder(s) declareren. U moet de toestemming schriftelijk bij ons aanvragen. Met uw aanvraag moet u meesturen:

- a. het indicatiebesluit
- b. een offerte, waarin in elk geval is opgenomen:
 - i. de gewenste zorg;
 - ii. de periode waarvoor de zorg wordt aangevraagd;
 - iii. de naw-gegevens van de zorgaanbieders;
 - iv. de verwachte kosten van de zorg.

13 Tarieven

13.1 Voor de besteding van het budget, declaratie en vergoeding van de zorg gelden formele en informele tarieven.

13.2 *Formeel tarief*

Voor het formele tarief komen in aanmerking:

Zorgverleners die beschikken over:

- a. een AGB-code uit een van de 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 is als wijkverpleegkundig specialist, wijkverpleegkundige, verpleegkundige met diploma MBO-verpleegkunde of een verzorgende IG of verzorgende niveau 3 is

Een bloed- of aanverwante in de 1e of 2e graad of uw echtgenoot, geregistreerde partner of levensgezel komen nooit in aanmerking voor het formele tarief.

13.3 U kunt voor de hiervoor genoemde 'formele zorgaanbieders' maximaal de tarieven die zijn opgenomen in de hierna volgende tabel declareren. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgaanbieder vermeldt.

Formele tarieven	Maximumtarief per uur	Maximumtarief per vijf minuten
Persoonlijke verzorging formeel	€ 42,24	€ 3,52
Verpleging formeel (inclusief gespecialiseerde verpleging)	€ 56,40	€ 4,70

In afwijking van het voorgaande in dit artikellid geldt het door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor de desbetreffende zorg vastgestelde maximumtarief op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg, als dat vastgestelde maximumtarief lager is dan het maximumtarief dat is opgenomen in de tabel.

13.4 *Informeel tarief*

Voor het informele tarief komen in aanmerking: alle rechtspersonen en natuurlijke personen die niet in aanmerking komen voor het formele tarief.

13.5 U kunt voor de hiervoor genoemde 'informele zorgaanbieders' maximaal € 23,88 per uur voor verpleging en verzorging declareren. Dit bedrag vindt u terug in onderstaande tabel.

Informeel tarieven	Maximumtarief per uur	Maximumtarief per vijf minuten
Persoonlijke verzorging informeel	€ 23,88	€ 1,99
Verpleging informeel (inclusief gespecialiseerde verpleging)	€ 23,88	€ 1,99

14 Declareren

- 14.1 U mag alleen zorg declareren, die:
- al is geleverd. U mag geen zorg declareren die nog geleverd moet worden;
 - is geleverd vanaf de datum waarop uw Zvw-pgb is ingegaan. U mag geen zorg declareren die is geleverd voor de ingangsdatum van het Zvw-pgb;
 - in lijn is met de indicatiestelling en het toegekende Zvw-pgb.
- 14.2 U mag geen vast maandloon declareren. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten, afgerond op vijf minuten, mag worden gedeclareerd. Het declareren van een vast maandloon is vanuit de Zorgverzekeringswet wettelijk niet toegestaan. Vanwege de overgang van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet in 2015 mag uw zorgaanbieder tijdelijk nog via een vast maandloon worden uitbetaald als uw zorgaanbieder in 2015 al een zorgovereenkomst op basis van vast maandloon had.
- 14.3 Voordat u de nota's bij ons declareert, controleert u de nota's op juistheid. Door declaratie van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg.
- 14.4 Voor de declaratie van uw nota's gebruikt u de daartoe bestemde, actuele formulieren. U kunt deze formulieren vinden op onze website of ze bij ons opvragen.
- 14.5 U declareert de nota's in beginsel uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.
- 14.6 Wij hebben het recht om controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgaanbieders 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.
- 14.7 Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.
- 14.8 U heeft geen recht op vergoeding via het Zvw-pgb van:
- de kosten van de indicatiestelling;
 - evaluatie van de behoefte aan zorg;
 - casemanagement;
 - verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg;
 - de kosten van vervoer van en naar een verpleegkundig kinderdagverblijf indien medisch noodzakelijk in het kader van Intensieve Kindzorg. Deze kosten kunnen vallen onder Zittend ziekenvervoer in uw verzekeringsvoorwaarden van de basisverzekering;
 - zorg die teveel door u is ingekocht en waardoor het maximum van uw Zvw-pgb is overschreden;
 - overige kosten zoals werkgeverslasten, reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en hulpmiddelen.
- 14.9 De bepalingen over het indienen en vergoeden van nota's in de verzekeringsvoorwaarden zijn van overeenkomstige toepassing. Bij onderlinge strijdigheid hebben de bepalingen in het Reglement voorrang boven de bepalingen in de verzekeringsvoorwaarden.
- 14.10 U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van de door u gecontracteerde zorgaanbieders. Als u de door u gecontracteerde zorgaanbieders niet tijdig betaalt, kunt u te maken krijgen met bijkomende kosten, bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente. Deze bijkomende kosten mogen niet vanuit het Zvw-pgb worden vergoed.

15 Beëindigingsgronden van het Zvw-pgb

- 15.1 Uw Zvw-pgb eindigt met ingang van de dag dat:
- uw indicatie voor verpleging en verzorging is gewijzigd of is geëindigd;
 - de looptijd van het Zvw-pgb is geëindigd;
 - er een wijziging plaatsvindt in de verdeling tussen zorg in natura en zorg via het Zvw-pgb;
 - u langer dan twee maanden ben opgenomen in een instelling voor zorg als bedoeld in de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet;
 - u een indicatie heeft voor zorg als bedoeld in de Wet langdurige zorg;
 - u zelf verzoekt om beëindiging van het Zvw-pgb;
 - uw basisverzekering is geëindigd;
 - uw basisverzekering als gevolg van een wijziging van hetgeen is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet geen mogelijkheid meer biedt tot het verlenen van een Zvw-pgb.

- 15.2 Wij kunnen uw Zvw-pgb, zo nodig met terugwerkende kracht, beëindigen of wijzigen:
- met ingang van de dag waarop u niet langer voldoet aan de voorwaarden voor verlening als bedoeld in artikel 4.1 van het Reglement;
 - met ingang van de dag waarop een of meer van de weigeringsgronden als bedoeld in artikel 5 van het Reglement van toepassing wordt;
 - met ingang van de dag waarop u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger de aan u en uw (wettelijk) vertegenwoordiger opgelegde verplichtingen op grond van het Reglement niet nakomt;
 - vanaf de ingangsdatum van het Zvw-pgb, als u in het kader van de aanvraag onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt en de verstrekking van deze gegevens tot een ander besluit op de aanvraag zou hebben geleid;
 - vanaf de ingangsdatum van het Zvw-pgb, als de toekenning van het Zvw-pgb anderszins onjuist was en u of uw (wettelijk) vertegenwoordiger dit wist of behoorde te weten;
 - met ingang van de dag waarop u ons niet of niet tijdig of slechts gedeeltelijk de informatie verstrekt die noodzakelijk is voor de controle op uw Zvw-pgb;
 - met ingang van de dag waarop u niet meewerkt aan dossieronderzoek;
 - met ingang van de dag waarop er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en regelgeving naar voren komen;
 - met ingang van de dag waarop 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 ons oordeel niet in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren;
 - met ingang van de dag waarop u zorg in natura afneemt bij een zorgaanbieder die niet op uw aanvraagformulier is vermeld;
 - met ingang van de dag dat u gebruik maakt van zorg in natura voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb is toegekend.
- 15.3 Wij kunnen uw Zvw-pgb met inachtneming van een redelijke termijn intrekken of wijzigen:
- als ons besluit op de aanvraag van het Zvw-pgb niet juist was en u of uw vertegenwoordiger dit niet wist of behoorde te weten;
 - als de voorwaarden voor verlening van het Zvw-pgb wijzigen als gevolg van een wijziging van de verzekeringsvoorwaarden.
- 15.4 Als uw Zvw-pgb eerder eindigt dan in de oorspronkelijke toekenning is bepaald, dan wordt de hoogte van uw Zvw-pgb naar rato verlaagd. De hoogte van uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke Zvw-pgb) maal (het aantal dagen dat uw Zvw-pgb gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Indien u inmiddels meer zorgkosten heeft gemaakt dan uw naar rato verlaagde Zvw-pgb, dient u de teveel vergoede kosten aan ons terug te betalen.

16 Overstappen

- 16.1 Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toekenning van het Zvw-pgb nog geldig? Meld dan aan uw nieuwe zorgverzeke raar dat u al een Zvw-pgb heeft en stuur een kopie van de toekenning mee. Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de (in principe tot de vermelde einddatum van de indicatie) geldige toekenning over. Het vermelde aantal uren voor verpleging en verzorging blijft gelijk. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken, omdat iedere zorgverzekeraar eigen tarieven hanteert. U bewaart deze toekenning, zolang hij geldig is. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen.
- 16.2 Stapt u over van een andere zorgverzekeraar naar ons en is uw toekenning van het Zvw-pgb nog geldig? Dan nemen wij de geldige toekenning over (in principe tot de vermelde einddatum van de indicatie). Het vermelde aantal uren voor verpleging en verzorging blijft gelijk. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken, omdat iedere zorgverzekeraar eigen tarieven hanteert.