

# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, en VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem  
Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), terugvordering  
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2020-2022, artt. 10, 11 en 13 Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2020-2022  
Zaaknummer : 202201308  
Zittingsdatum : 5 april 2023

## 1. Partijen

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

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoekster heeft bij klachtenformulier van 2 augustus 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 16 november 2022 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 2.2. Bij brief van 4 januari 2023 (bij vergissing gedateerd 4 januari 2022) heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 5 januari 2023 aan verzoekster 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. Verzoekster en de ziektekostenverzekeraar zijn op 5 april 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

## 3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Den Haagpakket en VGZ Den Haagpakket Herverzekeren Eigen Risico (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Verzoekster heeft sinds 2020 een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv), waarmee zij de zorg bekostigt die een informele zorgverlener aan haar verleent. Op 1 oktober 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar haar een toekenningsverklaring gestuurd over de periode van 29 juli 2021 tot en met 31 december 2021. Dit PGB vv is toegekend op basis van 17 uren Persoonlijke Verzorging per week met een totaal budget van € 9.138,03. Op 15 november 2021 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld over de periode van 1 januari 2022 tot en met 30 juni 2022 een PGB vv toe te kennen. In de brief is niet het aantal toegekende uren vermeld, maar wel het totale budget van € 10.602,46.
- 3.3. Bij brieven van 30 november 2021, 17 december 2021 en 17 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar in het kader van een controle bij verzoekster stukken opgevraagd. Bij brief van 25 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat uit de controle is gebleken dat de administratie van verzoekster niet voldoet aan de voorwaarden zoals gesteld in het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging' (hierna: het reglement). Om die reden is het PGB vv met terugwerkende kracht tot 3 april 2020 stopgezet.

Bij brief van 2 februari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar van verzoekster een bedrag teruggevorderd van € 22.064,82.

- 3.4. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 29 maart 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

#### 4. **Standpunt verzoekster**

- 4.1. Verzoekster heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar het PGB vv niet met terugwerkende kracht tot 3 april 2020 mag intrekken, en dat hij het bedrag van € 22.064,82 niet van haar mag terugvorderen.
- 4.2. Verzoekster heeft uiteengezet dat zij aanvankelijk een kort geding is gestart tegen de ziektekostenverzekeraar. Omdat de rechter tijdens de mondelinge behandeling aangaf dat de kwestie te complex was voor behandeling in kort geding, is de zaak ingetrokken. Daarop heeft verzoekster haar geschil aan de commissie voorgelegd. Onder verwijzing naar de stukken in het kort geding heeft verzoekster in dit verband aangevoerd dat zij de reden van de intrekking van het PGB vv en de terugvordering door de ziektekostenverzekeraar betwist. Zij heeft alle gevraagde documenten al meerdere keren bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft niet duidelijk gemaakt welke stukken nog ontbreken, hoewel dit op zijn weg lag. De ziektekostenverzekeraar heeft opgemerkt dat een zorgovereenkomst zou ontbreken, omdat verzoekster zorg ontvangt van twee zorgverleners. Verzoekster heeft van 3 april 2020 tot en met 30 mei 2021 zorg vanuit het PGB vv gekregen via Informeles B.V.. Vervolgens is de indicatie opnieuw gesteld met ingang van 27 juli 2021 tot en met 30 juni 2023. Er zijn twee zorgovereenkomsten, de conceptovereenkomst van juli 2021 niet meegeteld. De stelling dat de zorgovereenkomst met terugwerkende kracht tot stand zou zijn gekomen, is door de ziektekostenverzekeraar niet nader onderbouwd, zodat verzoekster hierop geen verweer kan voeren.
- 4.3. Ook de stelling dat een vast maandloon wordt gehanteerd, is door de ziektekostenverzekeraar niet onderbouwd. Verzoekster kan met de betalingen aantonen dat geen sprake is geweest van een vast maandloon. Aan de hand van de zorg die is verleend en declarabel is vindt een uitbetaling plaats. Dat de bedragen hierbij iedere maand hetzelfde zijn, doet hieraan niet af. Volgens de ziektekostenverzekeraar zouden de afgesproken tijden voor het verlenen van zorg niet in lijn zijn met de indicatie en de zorgvraag, omdat er naast planbare zorg ook onplanbare zorg moet worden verleend, zoals hulp bij de toiletgang. Het is een aanname van de zijde van de ziektekostenverzekeraar dat de afgesproken tijden voor het verlenen van zorg niet in lijn zouden zijn met de zorgvraag. De geplande tijden zijn bepaald aan de hand van de zorgbehoefte van verzoekster. Zij kan bijvoorbeeld haar dag niet vroeg en alleen starten. Daarom zijn de zorgmomenten zodanig ingepland dat zij iedere ochtend zorg krijgt om haar dag te starten en in de avond om haar dag af te sluiten. De zorg in de middag is niet planbaar en wordt pas op de dag zelf ingepland. Hetzelfde geldt in de nacht. Verzoekster moet dan op sommige momenten worden verschoond.
- 4.4. Verzoekster merkt verder op dat haar zorgbehoefte 18,45 uren per week is, terwijl hiervan slechts 17 uren zijn toegekend. Daardoor komt verzoekster tijd te kort voor de benodigde zorg. De zorgverlener verleent regelmatig meer zorg dan waarvoor zij wordt betaald. Hierdoor wordt altijd uitgekomen op het maximaal beschikbare budget. De ziektekostenverzekeraar heeft voorts aangevoerd dat er meerdere bedragen in een maand zijn overgemaakt aan de zorgverlener. In de maand november 2021 is er viermaal een bedrag overgemaakt en éénmaal in december 2021. De declaraties zouden te laat zijn betaald en er zou dubbel zijn betaald in de maand augustus 2021. Verzoekster licht toe dat de reden hiervoor is dat de toekenning met ingangsdatum 29 juli 2021 pas op 1 oktober 2021 werd gegeven. De declaraties konden daarom pas na die datum worden ingediend. De maanden die nog niet waren gedeclareerd, zijn met terugwerkende kracht

ingediend. Verzoekster betwist dat de maand augustus 2021 dubbel is betaald. Zij heeft dit inzichtelijk gemaakt met behulp van een overzicht.

- 4.5. Ook onder het kopje 'urenrapportage' specificceert de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk om welke rapportages het gaat. De ziektekostenverzekeraar merkt enkel op de rapportages over de maanden juli tot en met oktober te hebben ontvangen. Om welk jaartal het hierbij gaat heeft de ziektekostenverzekeraar niet toegelicht. De urenrapportage is niet in het kader van het onderzoek bij verzoekster opgevraagd. Over de periode van 1 juli 2021 tot en met 28 juli 2021 heeft geen declaratie plaatsgevonden, omdat de indicatie pas met ingang van 29 juli 2021 is ingegaan. De verleende zorg over die periode kan niet worden gedeclareerd. De toegevoegde waarde van de vermelding van de uren is verzoekster niet duidelijk. Verzoekster koopt zelf de zorg in, en betaalt de facturen ook zelf. Verzoekster heeft hulp nodig, en moet deze nu missen. De stellingen van de ziektekostenverzekeraar zijn onjuist en onbewezen.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoekster in aanvulling hierop nog aangevoerd dat door de ziektekostenverzekeraar telkens wordt gevraagd zorgovereenkomsten op te sturen. Dit is ook diverse keren gebeurd. De vraag is hoeveel zorgovereenkomsten er moeten worden aangeleverd. Deze zijn tijdig opgestuurd. Bovendien is het niet proportioneel het PGB vv op deze grond met terugwerkende kracht in te trekken en het uitgekeerde bedrag terug te vorderen. Verzoekster vraagt zich af welke schade de ziektekostenverzekeraar lijdt als de datum op de overeenkomst niet klopt. Als alles goed en tijdig was ingevuld, had de ziektekostenverzekeraar de kosten ook moeten vergoeden. Verder heeft verzoekster toegelicht dat haar zorgverlener nog moet leren als ZZP'er te werken. Daardoor heeft zij sommige dingen niet juist of niet volledig ingevuld. De zorg die is verleend kan simpelweg worden gekopieerd uit de gestelde indicatie. Verder heeft verzoekster wat betreft de stelling van de ziektekostenverzekeraar dat een vast maandloon is afgesproken verwezen naar onderdeel 21 in de dagvaarding in kort geding. Ten aanzien van de kanttekeningen bij de urenregistraties en zorgtijden verwijst zij naar onderdeel 22, en wat betreft de stelling dat er meerdere bedragen zijn overgemaakt naar onderdeel 27 van deze dagvaarding.
- 4.7. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoekster te kennen gegeven dat alle punten die zij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat het PGB vv op de juiste gronden is stopgezet. Het PGB vv wordt ingetrokken met terugwerkende kracht tot 3 april 2020 op grond van de artikelen 9b, c, i en j en 10.2 a, c, f en g van het reglement. Hij heeft hiertoe aangevoerd dat verzoekster ruim de tijd heeft gehad de gevraagde informatie aan te leveren. Zij heeft hiervoor ook meerdere keren uitstel gekregen. Op 30 november 2021 is de eerste brief verzonden. Nadien heeft er diverse keren contact plaatsgevonden. Op 17 januari 2022 is verzoekster een laatste termijn gegund om de gevraagde informatie aan te leveren. In deze brief waren de gevolgen vermeld indien niet aan het verzoek zou worden voldaan.  
De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat in artikel 8.8 van het reglement is bepaald dat een verzekerde verplicht is een dossier te beheren dat gedurende vijf jaren wordt bewaard, en waarin de volgende informatie is opgenomen:  
a) een beschikking van de rechtbank als iemand een wettelijk vertegenwoordiger heeft tenzij hij/zij dit van rechtswege is;  
b) de volledige Zvw-pgb aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en zorgovereenkomsten;  
c) facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;  
d) bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);  
e) kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties.  
De ziektekostenverzekeraar heeft verzoekster gevraagd om de zorgovereenkomsten, de urenregistraties, de ingediende declaraties, de bancaire betalingsbewijzen en een kopie van de aanvraagformulieren PGB vv met bijlagen. Ontvangen zijn een zorgovereenkomst (ondertekend

op 11 december 2021), een bancaire afschrift van de zorgverlener over de periode van 2 november 2021 tot en met 8 december 2021, bancaire afschriften van verzoekster over de periode van 2 november 2021 tot en met 8 december 2021, en urenrapportage formulieren over de periode van juli 2021 tot en met oktober 2021.

- 5.2. De zorgovereenkomst die de ziektekostenverzekeraar ontving is niet compleet. Daarnaast is door hem slechts één overeenkomst ontvangen. De ziektekostenverzekeraar heeft een wijziging verwerkt in oktober 2021. Het ging hier om het feit dat twee zorgverleners elkaar afwisselden. De ene zorgverlener is uiteindelijk de vaste zorgverlener geworden. Zij is als informele zorgverlener gestart en later is zij een eigen bedrijf begonnen. Tijdens de beoordeling van deze wijziging in oktober 2021 ontving de ziektekostenverzekeraar een zorgovereenkomst voor deze zorgverlener. Deze overeenkomst is op 13 oktober 2021 ondertekend en ging in per 29 juli 2021. Tijdens het opvragen van het dossier ontving de ziektekostenverzekeraar een zorgovereenkomst voor SNBcares. Hierin valt op dat de ingangsdatum van deze zorgovereenkomst 1 juli 2021 is, en de datum van ondertekening 11 december 2021. Dit geeft aan dat de zorgovereenkomst pas vijf maanden na het starten van de zorg is ingevuld. Het feit dat verzoekster bij een wijziging in oktober een zorgovereenkomst opstelt en een vrijwel identieke andere overeenkomst opstelt als de ziektekostenverzekeraar het dossier opvraagt in december is onverklaarbaar. Verder is er geen zorgovereenkomst aangeleverd voor Informeles B.V., ondanks dat verzoekster wel zorg van hen heeft ontvangen. Hierbij gaf verzoekster bovendien aan dat de administratie van het PGB vv ook werd gedaan door medewerkers van Informeles B.V..
- 5.3. Wat betreft de inhoud van de zorgovereenkomst met SNBcares voert de ziektekostenverzekeraar aan dat in de overeenkomst onder 6 staat: *“de zorgverlener werkt een vast aantal uren en krijgt hiervoor een vast maandbedrag”*. De ziektekostenverzekeraar stelt dat het hanteren van een vast maandbedrag is niet toegestaan volgens artikel 7.1.4 van het reglement en dat de zorgovereenkomst daarom niet aan de voorwaarden uit het reglement voldoet. De beschreven zorgtijden in deze zorgovereenkomst sluiten daarnaast niet aan bij de zorgvraag van verzoekster zoals deze is geïndiceerd. Zo is er in de indicatie rekening gehouden met meerdere planbare en onplanbare zorgmomenten op een dag (ochtend, middag, avond zorg en hulp bij toiletgang). Er is in de zorgovereenkomst met de zorgverlener een tijd afgesproken van 11:00 uur tot en met 12:15 uur. En er is beschreven dat de zorgverlener twee keer per dag langs gaat voor 1,25 uren per keer. Dit is niet in lijn met de gestelde indicatie en de geschetste zorgvraag.
- Over de bancaire betaalbewijzen stelt de ziektekostenverzekeraar dat er meerdere bedragen in een maand zijn overgemaakt aan de zorgverlener. In november 2021 zijn vier keer hoge bedragen op de rekening gestort en dan nog een op 8 december 2021. Deze bedragen gaan over declaraties van meerdere maanden vanaf 29 juli 2021 tot eind juli, twee keer de maand augustus, een keer oktober en een keer november. De declaraties zijn laat bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De bancaire betaalbewijzen over de periode van april 2020 tot aan juli 2020/mei 2021 ontbreken. De maand augustus is twee keer gedeclareerd en betaald aan dezelfde zorgverlener. De ziektekostenverzekeraar verwijst hiervoor naar een tweetal declaratieformulieren. Opvallend is dat het over dezelfde periode gaat, namelijk 1 augustus 2021 tot en met 31 augustus 2021. Ook is de zorgverlener gelijk op beide formulieren, slechts de uren wijken af.
- Over de urenregistraties merkt de ziektekostenverzekeraar op dat alleen die van de maanden juli 2021 tot en met oktober 2021 zijn ontvangen. Daarop is niet te zien wie de zorg heeft verleend, terwijl pas na de wijziging in oktober er nog maar één zorgverlener was. Verder kan de ziektekostenverzekeraar bij gebrek aan declaraties niet controleren of de uren daarmee overeenkomen. Ook staat alleen PV aangegeven en niet welke zorg is verleend, de naam van de zorgverlener ontbreekt, van 1 juli 2021 tot en met 28 juli 2021 staan er geen tijden alleen parafen en de tijden zijn vooral vaak ronde uren en bijna iedere dag precies hetzelfde. Voorts merkt de ziektekostenverzekeraar op dat verzoekster heeft meegedeeld dat Informeles B.V. het beheer deed en de stukken in het bezit had die zij bij hen moest opvragen, terwijl tijdens de beoordeling van haar eerdere aanvraag in 2020, en ook tijdens de beoordeling van de aanvraag in 2021, door verzoekster is verklaard dat haar zoon het beheer uitvoerde.

5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar nogmaals erop gewezen dat een verzekerde verplicht is binnen een bepaalde termijn stukken aan te leveren in het kader van een controle. Aan dit verzoek heeft verzoekster niet voldaan. Bovendien zijn tot op heden niet alle gevraagde stukken ingestuurd. Zo ontbreken nog steeds bancaire bewijzen over de maanden september en oktober 2021 en zijn er geen declaratieformulieren ontvangen. Voorts voldoen de overgelegde stukken, zoals de urenoverzichten niet aan de voorwaarden. Ook zijn de zorgovereenkomsten te laat, namelijk na de ingangsdatum van de zorg en overigens ook pas na de aankondiging van de controle, getekend. Verzoekster heeft zich aan meerdere in het reglement gestelde voorwaarden niet gehouden. Om die reden is het PGB vv terecht met terugwerkende kracht ingetrokken en is ook de terugvordering terecht. De ziektekostenverzekeraar biedt tot slot excuses aan voor het eerder gemaakte verwijt dat de maand augustus 2021 tweemaal is gedeclareerd.

5.5. 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 10 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. De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld in artikel 14 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hierin is ook opgenomen dat aanspraak bestaat op een PGB vv. Voor de in dit kader geldende voorwaarden wordt verwezen naar het reglement. In artikel 3, tweede lid van het reglement is bepaald dat een voorwaarde voor toegang tot het PGB vv is dat de verzekerde naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar in staat is met het PGB vv op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit. In het derde lid zijn de aspecten genoemd die hierin worden meegewogen. In artikel 4, eerste lid, is bepaald dat een PGB vv wordt geweigerd als de verzekerde bij een eerdere verstrekking van een PGB vv niet in staat is gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te houden aan de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen. Het tiende lid bepaalt dat het PGB vv wordt geweigerd als de verzekerde wordt geholpen door een andere vertegenwoordiger dan de wettelijk vertegenwoordiger, een bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad of de echtgenoot of (geregistreerde) partner. Artikel 7.1, vierde lid, bepaalt dat het declareren van een vast maandloon niet is toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten, afgerond op 5 minuten, mag worden gedeclareerd.

In artikel 8 zijn de verplichtingen van de verzekerde vastgelegd. Voor zover hier aan de orde, is in het eerste lid bepaald dat een zorgovereenkomst moet worden opgesteld, die aan bepaalde voorwaarden moet voldoen. In het zevende lid is vastgelegd dat de verzekerde ervoor verantwoordelijk is dat de besteding van het budget en/of de uren in overeenstemming is met de door de ziektekostenverzekeraar gegeven toekenningsverklaring. In het achtste lid is bepaald dat gedurende vijf jaar een dossier moet worden bewaard, waarin zich enkele met name genoemde stukken moeten bevinden. Het gaat hierbij om een beschikking van de rechtbank bij wettelijke vertegenwoordiging, de volledige Zvw-pgb aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en zorgovereenkomsten, facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat, kopieën van

nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties, het zorgplan en de administratie over de doelstellingen en evaluatiemomenten. In het negende lid is bepaald dat deze stukken zo spoedig mogelijk aan de ziektekostenverzekeraar moeten worden overhandigd wanneer deze hierom vraagt. Artikel 9 van het reglement bepaalt dat het PGB vv kan worden herzien of ingetrokken met terugwerkende kracht vanaf de datum van toekenning als, voor zover hier van belang, de verzekerde voldoet aan één van de weigeringsgronden (b), de verzekerde niet voldoet aan één van de in het reglement gestelde verplichtingen (c), de verzekerde niet meewerkt aan een dossieronderzoek (i), en/of er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen (j).

Artikel 10.2 van het reglement bepaalt dat het recht op een PGB vv kan worden beëindigd, voor zover hier van belang, wanneer de verzekerde niet langer in staat is te voldoen aan de in artikel 3 genoemde toekenningsvoorwaarden (a), met ingang van de dag waarop de verzekerde zich niet meer houdt aan de in het PGB vv genoemde verplichtingen (c), als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door de verzekerde verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van die gegevens tot een andere beslissing had geleid (f), en met ingang van de dag waarop één van de situaties als omschreven in artikel 4 aan de orde is (g). Tot slot is in artikel 11 van het reglement bepaald dat het uitbetaalde PGB vv kan worden teruggevorderd als de verzekerde zich bij de besteding hiervan niet houdt aan de regels van het reglement.

7.3. De commissie constateert dat de ziektekostenverzekeraar verzoekster de volgende punten tegenwerpt:

1. niet alle gevraagde stukken zijn in het kader van het dossieronderzoek ingestuurd;
2. de ingestuurde zorgovereenkomsten zijn niet compleet en te laat opgesteld;
3. met de zorgverlener(s) is een vast maandloon afgesproken;
4. de beschreven zorgtijden sluiten niet aan bij de geïndiceerde zorgvraag;
5. de maand augustus is twee keer gedeclareerd en betaald aan dezelfde zorgverlener;
6. de urenregistratie is niet compleet en onvolledig;
7. het beheer is uitbesteed aan een derde en hierover is met de ziektekostenverzekeraar niet gecommuniceerd.

De commissie zal deze punten hieronder behandelen, met een verwijzing naar de nummering in de dagvaarding van 30 juni 2022 in het kader van het kort geding. Verzoekster heeft ter zitting verklaard dat deze dagvaarding in dit verband als uitgangspunt moet worden genomen voor haar verweer.

7.4. Onderdeel 18 van de dagvaarding betreft een reactie op het hierboven genoemde punt 1. Opgemerkt wordt hier dat aan verzoekster niet duidelijk is gemaakt welke stukken ontbreken. De commissie stelt vast dat de ziektekostenverzekeraar in zijn brief van 30 november 2021 duidelijk maakt welke stukken hij in het kader van het dossieronderzoek opvraagt. Bij brieven van 17 december 2021 en 17 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar verzoekster herinneringen gestuurd, waarin ook is vermeld welke stukken ontbreken. Niet gebleken is dat verzoekster hierna alle door de ziektekostenverzekeraar gevraagde stukken heeft opgestuurd, hoewel dit op haar weg had gelegen. Overigens ontbreken ook in het dossier dat bij de commissie ligt nog stukken, in ieder geval de bancaire afschriften van de maanden september en oktober 2021 en een deel van de declaratieformulieren. De stelling van de ziektekostenverzekeraar onder punt 1 treft daarom doel.

7.5. Met betrekking tot punt 2 is verweer gevoerd bij de onderdelen 19 en 20 van de dagvaarding. Onder andere wordt hier gesteld dat voor verzoekster niet kenbaar is welke zorgovereenkomst zou ontbreken, en dat ook geen bewijs is aangevoerd dat de overgelegde zorgovereenkomsten achteraf zijn ingevuld. De commissie constateert dat uit de brief van de gemachtigde van verzoekster aan gerechtsdeurwaarder Flanderijn van 28 juli 2022 blijkt dat verzoekster de zorg voorheen van twee zorgverleners ontving, beiden met dezelfde achternaam. De eerste zorgverlener heeft via Informeles B.V. zorg aan verzoekster verleend vanaf 3 april 2020. Vanaf 1 november 2020 kwam hier - via Informeles B.V. - de tweede zorgverlener bij, en vanaf mei 2021 verleende alleen de tweede zorgverlener nog zorg aan verzoekster. Deze tweede zorgverlener is op 1 juni 2021 als ZZP'er gaan werken. Uit de brief blijkt dat hierbij vier zorgovereenkomsten



waren gevoegd, namelijk met ingangsdatum 3 april 2020, 1 november 2020, 1 januari 2021 en 1 juli 2021. In de onderhavige procedure zijn deze overeenkomsten door verzoekster overgelegd. In zijn reactie aan de commissie van 4 januari 2023 stelt de ziektekostenverzekeraar slechts de laatstgenoemde overeenkomst in het kader van de controle te hebben ontvangen. Wat daar ook van zij, zoals door de ziektekostenverzekeraar ter zitting is aangevoerd, en door de gemachtigde van verzoekster bevestigd, is de zorgovereenkomst met ingangsdatum 1 juli 2021 op 11 december 2021, en zijn de zorgovereenkomsten met ingangsdatum 1 november 2020 en 1 januari 2021 op 10 december 2021 ondertekend. Dit betekent dat de zorgovereenkomsten zijn getekend na ingang van de zorgverlening en dat er over de periode van 1 november 2020 tot 11 december 2021 zorg aan verzoekster is geleverd zonder dat hieraan een geldige zorgovereenkomst ten grondslag lag. Dit is in strijd met hetgeen is bepaald in artikel 8, eerste lid, van het reglement.

De verklaring van verzoekster dat zij eerst na 1 oktober 2021 een akkoordverklaring van de ziektekostenverzekeraar ontving, en daarom niet eerder een zorgovereenkomst kon sluiten, kan in dit kader niet overtuigen. De datum van toekenning van het PGB vv staat los van het kunnen aangaan van een zorgovereenkomst. Bovendien kreeg verzoekster aansluitend aan een eerder PGB vv zorg, waarvoor ook een onderliggende zorgovereenkomst nodig was. Het lag op haar weg een en ander tijdig te formaliseren en tijdig een aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar in te dienen voor verlenging van het PGB vv, toen de eerdere indicatie afliep. Dit betekent dat ook de stelling van de ziektekostenverzekeraar onder punt 2 doel treft.

- 7.6. Met betrekking tot punt 3 is verweer gevoerd bij onderdeel 21 van de dagvaarding. Gesteld wordt dat de door de ziektekostenverzekeraar in dit verband betrokken stellingen niet zijn onderbouwd. Er wordt volgens verzoekster geen vast maandloon gehanteerd. Het aantal uren zorg wisselt en er vindt uitbetaling plaats aan de hand van de zorg die is verleend en die declarabel is. De commissie kan de ziektekostenverzekeraar niet volgen in zijn stelling dat verzoekster in strijd met artikel 7.1.4 een vast maandloon heeft gehanteerd. Hierin is immers niet bepaald dat geen vast maandloon mag worden afgesproken, maar dat dit niet mag worden gedeclareerd. Weliswaar is in de zorgovereenkomst met SNBcares met de zorgverlener een vast maandloon overeengekomen, maar de feitelijk gedeclareerde bedragen zijn, voor zover die blijken uit overgelegde facturen, niet steeds gelijk. De stelling van de ziektekostenverzekeraar onder punt 3 faalt daarmee.
- 7.7. Met betrekking tot punt 4 is verweer gevoerd bij onderdeel 22 van de dagvaarding. Aangevoerd is dat de geplande tijden zijn bepaald aan de hand van de zorgbehoefte van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar heeft tegenin gebracht dat de declaratie van uren niet conform de gestelde indicatie is. In de rapportages is te zien dat op de meeste dagen 1,25 uren worden gedeclareerd. Op sommige dagen ligt dit aantal hoger, bijvoorbeeld 3,25 uren dan wel 4 uren. Daarmee wordt maandelijks ongeveer uitgekomen op totaal 40 uren verleende zorg. Verzoekster heeft in dit kader aangevoerd dat de zorg in de ochtend en avond planbaar is, maar in de middag en nacht niet. Dit is conform de gestelde indicatie en volgt ook uit haar declaraties. Dat zij in de zorgovereenkomst vaste tijden met de zorgverlener heeft afgesproken is mogelijk ten onrechte, maar maakt deze constatering niet anders, aangezien het ook hierbij gaat om de uren die daadwerkelijk in rekening zijn gebracht. Ook is feitelijk meer zorg verleend dan geïndiceerd. Deze uren zijn niet declarabel. Dat maandelijks op het maximaal aantal declarabele uren wordt uitgekomen hoeft dan ook geen bevreesdheid te wekken. De commissie ziet geen aanleiding aan te nemen dat de rapportages op dit punt niet betrouwbaar zijn en dat alleen op de in de zorgovereenkomst genoemde tijden - en daarmee in afwijking van de gestelde indicatie - is gewerkt door de zorgverlener. De stelling van de ziektekostenverzekeraar onder punt 4 faalt daarmee.
- 7.8. Met betrekking tot punt 5 is verweer gevoerd bij onderdeel 25 van de dagvaarding. Dit punt heeft de ziektekostenverzekeraar ter zitting laten vervallen, zodat dit geen onderdeel meer vormt van het geschil.
- 7.9. Met betrekking tot punt 6 is verweer gevoerd bij de onderdelen 31 tot en met 34 van de dagvaarding. Aangevoerd wordt hier dat de urenrapportage niet in het kader van het onderzoek bij verzoekster is opgevraagd. Over de periode van 1 juli 2021 tot en met 28 juli 2021 heeft



geen declaratie plaatsgevonden, omdat de indicatie pas op 29 juli 2021 is ingegaan. Het is daarbij opmerkelijk dat niet duidelijk zou zijn wie de zorg verleent, aangezien het steeds om één zorgverlener gaat. De commissie merkt hierover op dat in de brief van de ziektekostenverzekeraar van 30 november 2021 reeds is gevraagd om de urenregistraties. Gespecificeerd is dat het hierbij gaat om de registraties over de periode van 3 april 2020 tot en met 31 oktober 2021. Aan de ziektekostenverzekeraar zijn in het kader van de controle alleen de urenrapportages over de maanden juli tot en met oktober 2021 overgelegd. Verzoekster had al vanaf 3 april 2020 de beschikking over een PGB vv zodat moet worden aangenomen dat haar in de periode van 3 april 2020 tot juli 2021 zorg is verleend, hetgeen overigens ook blijkt uit de nadien door haar overgelegde urenrapportages van 3 april 2020 tot en met mei 2021. De rapportage van de maand juni 2021 ontbreekt tot op heden. Met het voorgaande staat vast dat de urenrapportage in ieder geval niet tijdig is overgelegd, en dat ook niet alle rapportages van alle maanden zijn overgelegd. De stelling van de ziektekostenverzekeraar onder punt 6 slaagt daarom.

- 7.10. Met betrekking tot punt 7 is bij onderdeel 39 van de dagvaarding opgemerkt dat de zoon van verzoekster het PGB vv beheert. Ter zitting is verklaard dat het beheer in eerste instantie werd uitgevoerd door Informeles B.V.. Later is dit overgenomen door de zoon van verzoekster. De ziektekostenverzekeraar heeft hierover opgemerkt dat op het 'machtigingsformulier naastenbeschikking' de naam van de zorgverlener is ingevuld als degene die het beheer zou uitvoeren. Hierbij is niet vermeld dat deze persoon geen familielid in de eerste of tweede graad is, en ook was aangesloten bij Informeles B.V.. Voor de zoon van verzoekster is door de ziektekostenverzekeraar nooit een 'machtigingsformulier naastenbeschikking' ontvangen. Een en ander is door verzoekster niet bestreden. In artikel 4 onder 8 van het reglement is bepaald dat de (wettelijk) vertegenwoordiger niet ook de zorgverlener mag zijn, tenzij het gaat om een familielid in de eerste of tweede graad. Het beheer door Informeles B.V. zou een weigeringsgrond zijn geweest voor de ziektekostenverzekeraar, indien hij hiermee tijdig bekend was geweest. Vast staat dat hiervan geen mededeling is gedaan. Ook aan deze bepaling uit het reglement heeft verzoekster zich dus niet gehouden. Daarmee treft de stelling onder punt 7 van de ziektekostenverzekeraar eveneens doel.
- 7.11. Uit het voorgaande volgt dat verzoekster niet heeft voldaan aan meerdere, in het reglement genoemde verplichtingen. Op basis van artikel 11 van het reglement stond het de ziektekostenverzekeraar daarom vrij het PGB vv met terugwerkende kracht tot 3 april 2020 in te trekken en het reeds uitgekeerde bedrag van € 22.064,82, waarvan de hoogte verder niet in geschil is, van haar terug te vorderen.

Slotsom

- 7.12. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

## 8. Bindend advies

- 8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 11 mei 2023,

M.T.C.J. Nauta-Sluijs

### **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](http://www.rechtspraak.nl).*

### **BIJLAGE - Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.10

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

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

### Artikel 2.15a

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

### Artikel 2.15b

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

### Artikel 2.15c

1. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt een Zvw-pgb verstrekt indien:
  - a. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit,
  - b. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren,
  - c. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door hem verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg en
  - d. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat hij de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.
2. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt het Zvw-pgb geweigerd indien:
  - a. de verzekerde bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat is gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
  - b. de verzekerde blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
  - c. de verzekerde rehtens 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 € 26,52 per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.
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. blijkt 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.



## Artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Verpleging en verzorging is zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden zonder dat deze gepaard gaat met verblijf in een instelling. De zorg houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals omschreven in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering of een hoog risico daarop. Deze zorg omvat naast verpleegkundige handelingen en verzorging ook coördinatie, signalering, preventie, instructie en het versterken van de eigen regie en zelfredzaamheid en het cliëntsysteem en casemanagement. Onder deze zorg valt ook zorg zoals een verpleegkundige pleegt te bieden als u gebruik heeft gemaakt van een noodoproep via een personenalarmering (bijvoorbeeld als u thuis bent gevallen).

Onder deze zorg valt ook verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kindzorghuis. Intensieve kindzorg (IKZ) is zorg aan kinderen tot 18 jaar waarbij sprake is van behoefte aan zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden in verband met geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Ook is bij deze kinderen sprake van een behoefte aan permanent toezicht of 24-uurs zorg in de nabijheid.

U heeft voor verpleging en/of verzorging een indicatie nodig en er moet een zorgplan zijn opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een hbo-verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig heeft in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

De indicatie voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt gesteld door een hbo-kinder-verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

### Persoonsgebonden budget (pgb)

U kunt voor verpleging en verzorging in aanmerking komen voor een vergoeding in de vorm van een persoonsgebonden budget (pgb). U heeft hiervoor vooraf onze toestemming nodig. U vindt in het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging onder welke voorwaarden u in aanmerking komt voor een pgb. Het Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging vindt u op onze website.

### Eigen risico

Voor deze zorg geldt geen eigen risico. Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

### Hier kunt u terecht

1. Bij een (thuiszorg)instelling voor verpleging en verzorging met een hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist in vaste (loon)dienst. De hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist stelt de indicatie en blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De zorg wordt verleend door een hbo/mbo-verpleegkundige, verpleegkundig specialist, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er).
2. Bij een zelfstandig werkend hbo-(kinder)verpleegkundige of verpleegkundig specialist voor de indicatiestelling en de zorgverlening. De zorg kan ook worden verleend door een mbo-verpleegkundige, verzorgende niveau 3 of verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG-er). Dit mag uitsluitend als deze zorgaanbieder samenwerkt met de hbo-(kinder)verpleegkundige of de verpleegkundig specialist die de indicatie heeft gesteld. De zorgaanbieder die de indicatie heeft gesteld, blijft betrokken bij de uitvoering en evaluatie van het zorgplan. De samenwerking is schriftelijk vastgelegd en wij ontvangen hiervan een kopie.

Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Kijk voor informatie over zorgverlening door een gecontracteerde zorgaanbieder in artikel 1.3 van deze verzekeringsvoorwaarden. Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen contract hebben gesloten? Kijk dan voor meer informatie over de vergoeding in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

U kunt uw vordering op ons voor Verpleging en verzorging niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen met wie wij geen contract hebben gesloten voor deze zorg. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW. Een vergoeding voor de kosten van zorg verleend door een zorgaanbieder met wie wij geen contract hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

#### **Toestemming**

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor de zorg. Voor de indicatie heeft u geen voorafgaande toestemming nodig. Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## **Artikel 15. Verloskundige zorg en kraamzorg**

### **15.1. Verloskundige zorg**

Verloskundige zorg, inclusief voor- en nazorg, is zorg zoals verloskundigen die plegen te bieden. Onder de verloskundige zorg is ook begrepen het gebruik van de verloskamer als de bevalling in een ziekenhuis of een geboortecentrum medisch noodzakelijk is.

#### **Deze zorg omvat ook:**

- Preconceptiezorg (kinderwensconsult)  
Als u een kinderwens heeft, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11 punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan.
- Counseling  
Als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, dan heeft u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. In dit gesprek ontvangt u informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt.
- De combinatietest, de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek als u een medische indicatie heeft. U heeft ook recht op een NIPT als uit een combinatietest blijkt dat u een aanmerkelijke kans heeft op een kind met een chromosoomafwijking.
- Invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) als uit een combinatietest of NIPT blijkt dat u een aanmerkelijke kans heeft op een kind met een chromosoomafwijking (zoals het syndroom van Down).
- Twintig-weeken echo (SEO)  
Met de twintig-weeken echo kunt u laten onderzoeken of uw kind mogelijk een open ruggetje of een andere lichamelijke afwijking heeft. Dit onderzoek wordt het structureel echoscopisch onderzoek (SEO; tweede trimester) genoemd. Het onderzoek vindt plaats rond de 20e week van de zwangerschap.

#### **Heeft u geen medische indicatie voor prenatale diagnostiek?**

Dan kunt u voor eigen rekening een NIPT ondergaan.

#### **Eigen risico**

Voor verloskundige zorg geldt geen eigen risico. Er geldt ook geen eigen risico voor prenatale screening, behalve voor de NIPT. Hiervoor geldt wel het eigen risico. Ook voor de met verloskundige zorg samenhangende kosten geldt het eigen risico. Dit betekent dat geneesmiddelen, bloedonderzoek en ziekenvervoer wel meetellen voor het verplicht eigen risico.

Voor het plaatsen en verwijderen van een spiraaltje door de verloskundige geldt geen eigen risico. Het eigen risico geldt wel voor het spiraaltje. Zie artikel 35 Geneesmiddelen en het Reglement hulpmiddelen voor de vergoeding van het spiraaltje.

Kijk voor meer informatie in artikel 7 en 8 van deze verzekeringsvoorwaarden.

#### **Hier kunt u terecht**

Bij een verloskundige of huisarts die bijgeschoold is en zich specifiek heeft toegelegd op fysiologische verloskunde. Integrale geboortezorg mag worden geleverd door een door ons gecontracteerde Integrale Geboortezorg Organisatie (IGO).

# **Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2022 (Zvw-pgb)**

# Artikel 1. Inleiding

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 14, verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2022 van:

- BewuZt Basis
- Gewoon ZEKUR Zorg
- Gewoon ZEKUR Zorg Vrij
- IZA Basis Keuze
- IZA Ruime Keuze
- IZA Eigen Keuze
- IZZ Basisverzekering, Variant Basis Keuze
- IZZ Basisverzekering, Variant BewuZt
- IZZ Basisverzekering, Variant Natura
- IZZ Basisverzekering, Variant Restitutie
- UC Basis Keuze
- UC Bewuste Keuze
- UC Ruime Keuze
- UC Eigen Keuze
- Univé Zorg Select polis
- Univé Zorg Geregeld polis
- Univé Zorg Vrij polis
- UMC Eigen Keuze
- UMC Ruime Keuze
- VGZ Basis Keuze
- VGZ Ruime Keuze
- VGZ Eigen Keuze
- Zorgzaam Basisverzekering

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

# Artikel 2. Doelgroep Zvw-pgb

1. U komt in aanmerking voor een persoonsgebonden budget op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw-pgb) als u behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.
  - a. Onder deze zorg benoemd in artikel 2.1. vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).

Daarnaast dient u:

2. Langdurig, d.w.z. langer dan één jaar, op deze verpleging en/of verzorging aangewezen te zijn, óf
3. Op palliatieve terminale zorg (PTZ) aangewezen te zijn. Dit betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de levensverwachting minder is dan drie maanden.

# Artikel 3. Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

1. U bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging zoals benoemd in artikel 2.1. van dit reglement. Deze indicatie is op het moment dat uw aanvraag door ons is ontvangen niet ouder dan 3 maanden;
2. U bent naar ons oordeel in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit;
3. U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. De volgende aspecten wegen wij mee in onze beoordeling:
  - a. U heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo, Zorgverzekeringswet of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
  - b. U was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de Zvw-pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;

- c. Er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
  - d. U heeft of had het afgelopen jaar een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
  - e. U valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
  - f. U heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard.
4. U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
  5. U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.

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

## Artikel 4. Weigeringsgronden

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

1. U bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
2. U beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
3. Uw vrijheid is u rehtens ontnomen;
4. U verleent geen medewerking (meer) aan een 'Bewust-keuzegesprek' en/of huisbezoek dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
5. Uit uw aanvraagformulier of het 'Bewust-keuzegesprek' en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
6. Uw (wettelijk) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):
  - a. Heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of (wettelijk) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
  - b. Beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
  - c. Is zijn/haar vrijheid rehtens ontnomen;
  - d. Valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
  - e. Heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of is failliet verklaard;
  - f. Biedt anderszins onvoldoende waarborg voor het nakomen van de voor u aan het persoonsgebonden budget verbonden verplichtingen;
  - g. De hulp tegen betaling verleent;
7. U beschikt over meer dan één indicatie voor de zorg zoals beschreven in artikel 2.1. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord;
8. U koopt zorg in bij uw (wettelijk) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (partner, bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad);
9. U bent failliet verklaard of, als de verzekerde de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden is failliet verklaard;
10. Het Zvw-pgb wordt geweigerd als u wordt geholpen door een andere vertegenwoordiger dan uw wettelijk vertegenwoordiger, een bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad of uw echtgenoot of (geregistreerde) partner;
11. Bij de indicatiestelling moet de wijkverpleegkundige volgens het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving' van de V&VN de afweging maken wat u en uw netwerk zelf kunnen doen. De afweging die de wijkverpleegkundige daarbij maakt, moet in de indicatie staan. Er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door uw netwerk en wat u en uw netwerk zelf kunnen doen. Onder deze zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen, en op basis van de belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen de zorgsituatie van de betrokkene, in redelijkheid mag worden verwacht. Onder netwerk wordt volgens het Begrippenkader van de V&VN verstaan: "naasten en mantelzorgers" zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden van verzekerde.

## Artikel 5. Aanvraag Zvw-pgb

1. U kunt een Zvw-pgb aanvragen door ons Zvw-pgb formulier in te vullen, te ondertekenen en naar ons op te sturen. U vindt ons formulier op onze website. U kunt het Zvw-pgb-aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Deel 1 van het aanvraagformulier laat u invullen en ondertekenen door de verpleegkundige die de indicatie stelt. Deze verpleegkundige moet u eerst in uw thuissituatie hebben gezien. Deel 2 van het aanvraagformulier vult u in en ondertekent u zelf (of uw vertegenwoordiger). Wij nemen uw aanvraag niet in behandeling als het aanvraagformulier niet volledig is ingevuld, ondertekend en/of als er bijlagen ontbreken. Loopt uw Zvw-pgb af? Dan adviseren wij u om 13 weken voor het aflopen van uw huidige Zvw-pgb contact op te nemen met een verpleegkundige die de indicatie stelt (zie artikel 5.2, 5.3. en 5.4.) en minimaal 6 weken voor afloop van uw Zvw-pgb de volledige pgb-aanvraagformulieren-set bij ons in te dienen. Wilt u uw Zvw-pgb voor palliatief terminale zorg verlengen? Dan kunt u uiterlijk 2 weken voor het aflopen van uw Zvw-pgb een (her)indicatie laten stellen door een verpleegkundige. Wij adviseren u om uw aanvraag zo snel mogelijk bij ons in te dienen.
2. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen (deel I: het verpleegkundige deel en deel II: het verzekerden deel). Een 'Bewust-keuzege-sprek' maakt onderdeel uit van de aanvraagprocedure, tenzij wij hiervan afzien. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden, zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3, krijgt u een akkoordverklaring voor een Zvw-pgb.
  - a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door een minimaal BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld;
  - b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een door een minimaal BIG geregistreerde hbo-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist kindergeneeskunde die werkzaam is bij een bij de BINKZ aangesloten zorgverlener gestelde indicatie. De indicatie wordt opgesteld volgens de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving in aanwezigheid van het kind en de wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor).
3. Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op arbeidsmarkt kan er contact worden opgenomen met ons om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen.
4. Bij de indicatiestelling dient de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg te hanteren bij het bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk.
5. Bij gespecialiseerde verpleging moet een uitvoeringsverzoek worden opgesteld door de behandelend arts als het gaat om een voorbehouden handeling. Wij kunnen dit uitvoeringsverzoek opvragen. Bij risicovolle handelingen moet aantoonbaar gemaakt worden dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd. Met deze verklaring kan door een minimaal BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige beter ingeschat worden of de zorg kwalitatief verantwoord plaats gaat vinden zodat een indicatie kan worden opgesteld die voldoet aan de eisen van artikel 5.2.
6. Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandelend arts toe te voegen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.
7. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn uw (wettelijk) vertegenwoordiger en of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn. Ook mag de indicatie niet gesteld worden door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.
8. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt, niet doelmatig is of dat de indicatiestelling niet voldoet aan het kader 'normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving (het normenkader)' van V&VN. In dat geval nemen wij contact op met de indicierend wijkverpleegkundige en vragen wij om een nadere uitleg en onderbouwing. Als na dat contact naar ons oordeel de zorg niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt, of niet doelmatig is, of de indicatie is niet gesteld volgens het normenkader, dan kennen wij voor die zorg geen Zvw-pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij in deze situatie vragen om een herbeoordeling van de indicatie. Wij vragen een tweede, onafhankelijke wijkverpleegkundige om de geldende indicatie opnieuw te beoordelen (herbeoordeling). De eerste wijkverpleegkundige behoudt de regie over de indicatie. Na de toetsing door een tweede wijkverpleegkundige moet het oordeel/advies van deze wijkverpleegkundige voorgelegd worden aan de eerste wijkverpleegkundige. Na overleg tussen beiden wijkverpleegkundigen (intervisie) beoordeelt de eerste wijkverpleegkundige vervolgens of de herbeoordeling tot aanpassing van de indicatie leidt en moet dit ook kunnen onderbouwen.
9. Als u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, dient u tevens aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotse-linge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins.
10. Als u verbleef in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw, kunt u weer gebruikmaken van uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd. Een nieuwe aanvraag is nodig als u langer dan 60 dagen opgenomen bent in een Wlz-instelling, in een ziekenhuis verblijft of langer dan 60 dagen gebruikmaakt van eerstelijnsverblijf.

11. Als u voor verpleging en verzorging gebruik wilt maken van zorg in natura in combinatie met een Zvw-pgb, dan moet u dit kenbaar maken op het aanvraagformulier. De verpleegkundige moet hiervoor één indicatie opstellen waarin zowel de zorg in natura als zorg vanuit het Zvw-pgb zijn opgenomen. De door ons gecontracteerde zorgaanbieders leveren alleen zorg in natura en geen zorg vanuit een Zvw-pgb. Ook moet u de wijkverpleegkundige die de indicatie stelt, de instelling die de zorg in natura levert en degene die de Zvw-pgb zorg levert hierover informeren. Als u van ons geen akkoord heeft voor de vergoeding van zorg in natura in combinatie met Zvw-pgb, heeft dit gevolgen voor de vergoeding.

## Artikel 6. Toekenningsverklaring

1. De ingangsdatum van het Zvw-pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het Zvw-pgb ook op een latere datum in laten gaan.
2. In afwijking van artikel 6.1. is bij een herindicatie de ingangsdatum van het Zvw-pgb de datum van ingang van de geldende herindicatie, als aan de volgende voorwaarden is voldaan:
  - a. Op grond van de voorgaande indicatie was u een Zvw-pgb toegekend;
  - b. De ingangsdatum van de geldende herindicatie ligt niet later dan de dag volgend op de datum van beëindiging van de voorgaande indicatie;
  - c. Wij hebben uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag voor een Zvw-pgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de geldende herindicatie.
3. In de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw Zvw-pgb vast. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en mits u een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5. Beschikt u reeds over een toekenningsverklaring met een looptijd van 5 jaar, dan blijft deze geldig tenzij de zorgvraag wijzigt.
4. Voor de vaststelling van de hoogte van uw Zvw-pgb gaan wij uit van aangevraagde uren Zvw-pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd.
5. Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het Zvw-pgb is vastgesteld.
6. Als uw zorgverzekering of uw Zvw-pgb voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Als u meer zorg gedeclareerd heeft dan uw naar rato verlaagde Zvw-pgb, dient u het teveel betaalde terug te betalen. Bij een tussentijdse herindicatie wordt uw Zvw-pgb naar rato verlaagd en/of verhoogd. Uw Zvw-pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Als u meer zorg gedeclareerd heeft dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het te veel terug betalen.
7. De toekenning of beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het Zvw-pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.
8. Als u voor de zorg waarvoor u een Zvw-pgb heeft aangevraagd al zorg in natura heeft of als u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg heeft op het moment dat u een aanvraag voor een Zvw-pgb indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het Zvw-pgb, zoals opgenomen in de toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.
9. Voor de berekening van het Zvw-pgb rekenen wij met de tarieven voor formele en informele zorgverleners zoals vermeld in artikel 7.2. Wij baseren de berekening op de door u vermelde zorgverleners in de aanvraag en de verdeling van de uren over deze zorgverleners.

## Artikel 7. Declareren van zorg

### 7.1 Voorwaarden voor declareren

1. U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw toekenningsverklaring staat vermeld.
2. Voor een goede en snelle afhandeling van uw declaraties verzoeken wij u om ons declaratieformulier te gebruiken. U kunt het formulier vinden op onze website of telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Voor het declareren van zorg verleend door formele zorgverleners en voor het declareren van zorg verleend door informele zorgverleners bestaat een apart declaratieformulier. De nota's die u ontvangt van uw zorgverleners controleert u en neemt u over op ons declaratieformulier. U kunt het declaratieformulier zowel per post als via de Mijn-omgeving bij ons indienen. U hoeft de nota's niet mee te sturen. U moet de nota's wel bewaren. Deze kunnen wij later bij u opvragen. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, pgb-aanvraag en toestemming mag gedeclareerd worden.

3. Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Door inzending van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg.
4. Het declareren van vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten, afgerond op 5 minuten mag worden gedeclareerd.
5. Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.
6. Indicatiestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in artikel 2.1. beschreven, casemanagement, verpleegkundige dagopvang en verblijf bij intensieve kindzorg worden niet vergoed uit het Zvw-pgb. Deze zorg zal afhankelijk van uw zorgverzekering als zorg in natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed vanuit het artikel voor verpleging en verzorging.

## 7.2 Hoogte en omvang declaratie

1. Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
  - Persoonlijke verzorging: € 39,63 per uur
  - Verpleging: € 59,08 per uur
2. Voor informele zorgverleners kunt u maximaal € 24,12 per uur declareren voor persoonlijke verzorging en verpleging.
3. Onder informele zorgverleners vallen in ieder geval zorgverleners die:
  - a. Ouders, verzorgers, partner, bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad zijn (deze personen kunnen in geen enkel geval aangemerkt worden als formele zorgverlener voor betreffende budgethouder) en/of;
  - b. Geen verzorgende met opleidingsniveau 3 of hoger zijn en/of;
  - c. Niet zijn ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in artikel 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
  - d. Geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister.
4. Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in artikel 7.2.1. genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.
  - a. Alleen de AGB-codes uit de categorieën 41 zzp-er wijkverpleging, 42 zorgaanbieders, 75 thuiszorginstellingen, 91 verpleegkundigen of 98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars worden geaccepteerd. Uw zorgverlener moet daarnaast beschikken over het juiste diploma (verzorgende/verpleegkundige) en aantoonbaar voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. Wij kunnen bij u het diploma van uw formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan wij kunnen controleren of uw zorgverlener bevoegd is tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief
  - b. Formele zorgverleners die bekend zijn als Extern Verwijzingsregister (EVR) gesignaleerde aanbieders of waarbij een ernstig vermoeden van fraude is, worden uitgesloten van een vergoeding vanuit het Zvw-pgb.
5. Zowel het formele als het informele tarief zijn 'all-in-tarieven'. Dit houdt in dat u naast dit tarief geen andere kosten kunt declareren, zoals werkgeverslasten, reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en hulpmiddelen.

## 7.3 Overige bepalingen t.b.v. declareren

1. U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van de door u gecontracteerde zorgverleners. Voor zover u niet tijdig aan uw contractuele betalingsverplichting voldoet, kunnen eventuele bijkomende kosten (bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente) niet vanuit het Zvw-pgb worden betaald.
2. Wij zijn gerechtigd om controles uit te voeren om vast te stellen dat de zorg die gedeclareerd is ook daadwerkelijk geleverd is door de zorgverleners die u heeft gecontracteerd en in lijn is met de door ons afgegeven toekenningsverklaring. Daarnaast kunnen wij de doelmatigheid en kwaliteit van de geleverde zorg beoordelen. Indien van toepassing kunnen wij u adviseren hoe deze zorg doelmatiger ingezet kan worden.
3. Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode.
4. Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het Zvw-pgb wordt overschreden, wordt niet door ons vergoed.
5. Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg.
6. Als u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgverlener(s) inhuren, dan dient u dit vooraf schriftelijk bij ons te melden. Na onze schriftelijke toestemming kunt u de nota's van buitenlandse zorgverlener(s) declareren.
7. U mag met uw zorgverleners hogere tarieven afspreken. U betaalt dan zelf het verschil tussen het tarief dat u heeft afgesproken en het maximumtarief dat wij vergoeden.
8. U kunt uw vordering op ons niet overdragen aan zorgaanbieders of anderen. Dit is een beding als bedoeld in artikel 3:83 lid 2 BW.



## Artikel 8. Verplichtingen

1. U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:
  - NAW gegevens verzekerde
  - NAW gegevens zorgverlener
  - Relatie tussen verzekerde en zorgverlener
  - Looptijd van de overeenkomst
  - Welke zorg zal worden geleverd
  - Het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten
  - Welk tarief u daarvoor zult betalen
  - AGB-code als het een formele zorgverlener betreft
  - Ondertekening door verzekerde of (wettelijk) vertegenwoordiger en zorgverlener.Een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op onze website en telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen.
2. U dient er als verzekerde op toe te zien dat partner, bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad waarmee u een overeenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is, niet meer dan 40 uur in één week aan werkzaamheden verrichten. Op het moment dat de bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad een dienstbetrekking heeft, waarbij het Arbeidstijdenbesluit van toepassing is, dan mag de werkweek inclusief de uren die uit het Zvw-pgb bekostigd worden niet meer dan 48 uur bedragen. Ook mag de zorgverlener niet jonger zijn dan 15 jaar.
3. U bent verplicht om mee te werken aan de evaluatie van uw zorgbehoefte als de wijkverpleegkundige, die uw zorgbehoefte heeft vastgesteld, daarom verzoekt. Als uit de evaluatie blijkt dat uw zorgbehoefte is toegenomen of afgenomen, bent u verplicht om vervolgens samen met de wijkverpleegkundige opnieuw een aanvraagformulier in te vullen en in te dienen.
4. U bent als verzekerde verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoopt. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.
5.
  - a. Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt, is een nieuwe indicatiestelling door de verpleegkundige noodzakelijk. Dit kan zowel gaan om een verslechtering als een verbetering van uw gezondheidssituatie. U moet dan per direct een nieuwe indicatie aanvragen en een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen.
  - b. De verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, kan ook minstens 1 keer per jaar op eigen initiatief toetsen of de indicatie nog aansluit bij uw zorgbehoefte en dus nog correct is. Als er op basis van die toetsing een nieuwe indicatie volgt, moet u ook een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. Monitoring en evaluatie zijn onderdeel van het proces van indicatiestelling, wijzigingen in de zorgbehoefte (indicatiestelling) kunnen leiden tot wijzigingen in de hoogte van het Zvw-pgb.
  - c. Bij een inventarisatie waaruit blijkt dat de zorgvraag meer dan 24 uur per week omvat, kan er voorafgaand aan het afgeven van de indicatie een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd worden door de wijkverpleegkundige, zodat de zorg wordt afgestemd met de verschillende professionals. U bent verplicht om mee te werken aan een MDO.
6. Als er wijzigingen zijn in de combinatie en verhouding zorg in natura en pgb moet u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan, als dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude Zvw-pgb wordt (her)berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 6.9. met ingang van de datum van de nieuwe aanvraag.
7. U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in overeenstemming is met de door ons afgegeven toekenningsverklaring.
8. U bent verplicht om een (bij voorkeur digitaal) dossier te beheren en na het beëindigen van het Zvw-pgb voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste:
  - a. Een beschikking van de rechtbank als u een wettelijk vertegenwoordiger heeft tenzij u dit van rechtswege bent;
  - b. De volledige Zvw-pgb aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen en zorgovereenkomsten;
  - c. Facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;
  - d. Bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);
  - e. Kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaratie;
  - f. Uw zorgplan en de administratie over de doelstellingen en evaluatiemomenten.
9. U bent voorts verplicht om gegevens uit dit dossier zo spoedig mogelijk aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen. Ook als de Sociale Verzekeringsbank (SVB) aan uw zorgverleners betaalt, moet u zelf dit dossier beheren.
10. U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige en de huisarts en/of medisch specialist om uw (medische) gegevens omtrent de Zvw-pgb aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien op het moment dat dit nodig is voor een juiste beoordeling. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur of verpleegkundig adviseur.

11. U bent verplicht mee te werken aan een Bewust-keuze gesprek (BKG) of een huisbezoek (aangekondigd of onaangekondigd), als wij dat nodig vinden, bijvoorbeeld voor controledoeleinden. U en uw eventuele (wettelijke) vertegenwoordiger moeten op ons verzoek hierbij aanwezig zijn. Wij kunnen een huisbezoek uitbesteden aan een derde partij. Deze derde partij selecteren wij zorgvuldig. Zij zijn namelijk namens ons gerechtigd uw persoonlijke en medische gegevens op te vragen, in te zien en te controleren. Dit doen zij heel zorgvuldig in overeenstemming met ons privacy statement. U vindt het privacy statement op onze website.
12. Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toekenningsverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de geldige toekenningsverklaring (maximaal tot de vermelde einddatum van de indicatie) over (meldt u zich hiervoor bij uw nieuwe zorgverzekeraar) voor wat betreft het vermelde aantal uren voor verpleging en verzorging. De hoogte van de vergoeding voor deze uren kan afwijken omdat iedere zorgverzekeraar eigen tarieven hanteert. Wij adviseren u om deze toekenningsverklaring te bewaren zolang hij geldig is en een kopie op te sturen naar de nieuwe zorgverzekeraar.
13. Als u alleen zorg inkoopt bij informele zorgverleners en het aantal uren verpleging en verzorging per week hoger is dan 24 (met name bij complexe zorgvragen), dan kunnen wij, vanuit het oogpunt van kwaliteit van de zorg, de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een formele zorgverlener. Deze voorwaarde wordt besproken tijdens het bewust-keuzegesprek, waarbij maatwerk steeds het uitgangspunt is.

## Artikel 9. Herziening of intrekking

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

- a. U niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden;
- b. U voldoet aan een van de weigeringsgronden;
- c. U niet voldoet aan de in dit reglement gestelde verplichtingen;
- d. U recht heeft op zorg vanuit de Wet langdurige zorg;
- e. U om beëindiging van het Zvw-pgb verzoekt;
- f. U langer dan twee maanden verblijft in een instelling voor zorg die ten laste komt van de basisverzekering;
- g. Met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing hadden geleid;
- h. U de informatie die wij u vragen niet dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
- i. U niet meewerkt aan een dossieronderzoek;
- j. Er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen;
- k. U het reglement niet naleeft;
- l. U gedurende de looptijd van het Zvw-pgb een nieuwe (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst, danwel voor het eerst met een (wettelijk) vertegenwoordiger gaat werken en u met deze vertegenwoordiger, naar ons oordeel, niet in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren. U dient elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond door te geven via het wijzigingsformulier Zvw-pgb, dat u kunt vinden op onze website;
- m. U zorg in natura afneemt bij zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier heeft aangegeven.
- n. De wijkverpleegkundige is niet meer aan zet als zij besluit dat haar expertise niet meer nodig is gezien de medische situatie van de verzekerde of als zij van mening is dat er met haar interventies geen verpleegdoel meer bij de verzekerde te behalen valt. Als de inzet van de verpleegkundige expertise niet meer nodig is, kan de (eventuele) overgebleven zorgbehoefte worden overgedragen aan het netwerk, of aan een ander domein. De geldende indicatie komt hiermee te vervallen.

## Artikel 10. Beëindigen van het Zvw-pgb

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

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

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

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

## Artikel 11. Terugvordering

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

## Artikel 12. Begripsomschrijvingen

### AGB-code

Een unieke code voor zorgpartijen (ondernemingen, vestigingen en zorgverleners) die inzicht geeft in de kenmerken en actuele gegevens van alle declarerende ondernemingen in de zorg en individuele zorgverleners.

### Bewust-keuzegesprek

Een (telefonisch) gesprek dat eventueel door ons wordt georganiseerd. In een 'bewust-keuzegesprek' kunt u uw Zvw-pgb aanvraag toelichten en wij kunnen informeren wat de keuze voor een Zvw-pgb voor u betekent.

### BINKZ

Branchevereniging Integrale Kindzorg.

### Bloed- en aanverwanten

Familie in de 1e of 2e graad van de verzekerde.

### Handelsregister

Het handelsregister is de basisregistratie waarin alle bedrijven en rechtspersonen ingeschreven staan; met het handelsregister wordt ook wel de inschrijving bij de Kamer van Koophandel (KvK) bedoeld.

### Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg

Deze kwaliteitsnorm biedt handvatten (aan de indicatiesteller) om te bepalen of er een tolk moet worden ingezet, en zo ja, of dit een informele tolk kan zijn of dat een professionele tolk zou moeten worden ingeschakeld.

### SBI codering

Elk bedrijf dat zich inschrijft in het Handelsregister krijgt één of meerdere SBI codes. Deze code geeft aan wat de activiteit van een bedrijf is. Een formele zorgverlener heeft de SBI code 86, 87 of 88.

### Wettelijk vertegenwoordiger

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

### Vertegenwoordiger

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

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand:

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

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

### WSNP

Wet schuldsanering natuurlijke personen.

### Zorg in natura

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

### Zorgverlener

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