

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. L. Ritzema en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202303693

### Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

### 1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden hem ook na 31 oktober 2023 een PGB vv op basis van 18 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging en 8 uren en 45 minuten Verpleging per week toe te kennen.

De ziektekostenverzekeraar heeft het PGB vv per 1 november 2023 beëindigd, omdat verzoeker niet in staat is gebleken zelf alle taken en verplichtingen die horen bij het beheer van het PGB vv naar behoren uit te voeren. Verzoeker krijgt weliswaar hulp bij de administratie van het PGB vv, maar dit betreft een persoon die op grond van het Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2023 (hierna: het Reglement) niet als zijn vertegenwoordiger mag optreden.

- 1.2. De commissie overweegt dat in artikel 8.8. van het Reglement is bepaald dat een verzekerde verplicht is een dossier te beheren dat ten minste de in dit artikel onder a. tot en met f. opgesomde onderdelen bevat. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij verzoeker heeft gevraagd de aanvraagformulieren en zorgovereenkomsten toe te sturen, maar dat hij deze niet heeft ontvangen. Dit is door verzoeker niet weersproken. De urenregistraties heeft de ziektekostenverzekeraar wel ontvangen, maar deze zijn volgens hem onvolledig. De ziektekostenverzekeraar heeft deze urenregistraties aan de commissie overgelegd. De commissie overweegt dat hieruit blijkt welke zorgaanbieder op welke dag zorg heeft geleverd, maar, gelet op artikel 8.8, sub c, van het Reglement, dat het uurloon, de eenheden, de soort zorg en een toelichting op de zorg ontbreken. Daarbij heeft verzoeker in het telefonisch contact op 4 oktober 2023 aan de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij deze informatie niet opneemt in de urenregistraties, omdat hij elke dag dezelfde zorg ontvangt. De commissie concludeert, gelet op het voorgaande, dat verzoeker niet in staat is op eigen kracht de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. Het is volgens het Reglement mogelijk hiertoe een (wettelijk) vertegenwoordiger in te schakelen. Verzoeker heeft verklaard dat hij wordt bijgestaan door een kennis, die echter niet zijn vertegenwoordiger is. De ziektekostenverzekeraar heeft erop gewezen dat deze persoon niet voldoet aan de in het Reglement ter zake opgenomen eisen en dus ook niet als zodanig kan optreden. Gelet op de ingenomen standpunten behoeft dit onderwerp geen verdere bespreking. Verzoeker is zelf

niet in staat gebleken tot het beheer van het PGB vv en het staat vast dat hij geen (wettelijk) vertegenwoordiger heeft die dit voor hem kan doen. Het PGB vv van verzoeker werd dan ook terecht met ingang van 1 november 2023 beëindigd. Het verzoek wordt afgewezen.

- 1.3. Hierna wordt eerst het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

## 2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft op 12 maart 2024 aan de Ombudsman Zorgverzekeringen meegedeeld dat hij de commissie wil verzoeken een uitspraak te doen. Bij brief van 18 maart 2024 stuurde de commissie hem hiervan een bevestiging. Op 1 april 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 21 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 23 mei 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 24 juli 2024 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. Verzoeker was in 2023 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ Rotterdampakket en Rotterdampakket herverzekeren verplicht eigen risico € 50,- (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken blijft.
- 3.2. Verzoeker heeft al jaren een PGB vv en heeft, toen zijn indicatie eindigde, hiervoor op 30 mei 2023 een nieuwe aanvraag bij de ziektekostenverzekeraar ingediend. De ziektekostenverzekeraar heeft daarop bij brief van 14 september 2023 aan hem een PGB vv toegekend, met als ingangsdatum 1 juni 2023, einddatum 31 december 2023, en een PGB vv met als ingangsdatum 1 juni 2023, einddatum 15 mei 2024 onder vermelding van de waarschuwing dat uit de dossiergegevens was gebleken dat de urenregistraties niet voldoende waren bijgehouden en dat de overgelegde declaraties niet in lijn waren met de eerdere toekenningsverklaring.
- 3.3. Bij brief van 11 oktober 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij niet voldoet aan de voorwaarde om zelf, of met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, alle taken en verplichtingen die bij een PGB vv horen goed uit te voeren. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 11 oktober 2023 tevens bij wijze van overgang een PGB vv toegekend tot en met 31 oktober 2023.
- 3.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 28 november 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

## 4. Standpunt verzoeker

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden hem ook na 31 oktober 2023 een PGB vv op grond van 18 uren en 25 minuten Persoonlijke Verzorging en 8 uren en 45 minuten Verpleging per week toe te kennen.
- 4.2. Verzoeker heeft verklaard dat hij bij brief van 14 september 2023 door de ziektekostenverzekeraar erop is gewezen dat zijn administratie niet op orde was. Samen met een kennis, die hem zo nu en dan helpt met de administratie, heeft hij telefonisch contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar om dit te bespreken. De ziektekostenverzekeraar heeft bij een latere beoordeling gesteld dat hij zijn administratie nog steeds niet op orde had, en hierna zijn PGB vv per 1 november 2023 beëindigd. Volgens verzoeker heeft hij slechts één waarschuwing gehad. Verzoeker heeft verder verklaard dat hij conform het Reglement elke dag bijhoudt hoeveel uren de zorgaanbieder voor hem werkt (brief 13 december 2023).
- 4.3. Verzoeker heeft in zijn brief van 13 december 2023 voorts toegelicht dat hij wordt bijgestaan door iemand die geen familielid is, maar een goede kennis. Hij heeft gesteld prima in staat te zijn zelf de administratie rondom het PGB vv te beheren en de zorg te organiseren. Hij is als immigrant zonder familie in Nederland komen wonen. Bepaalde terminologie en taal zijn voor hem soms lastig en dan vraagt hij hulp aan zijn kennis. Verzoeker heeft gesteld maar eenmaal samen met deze kennis naar de ziektekostenverzekeraar te hebben gebeld. Dat betrokkene nu direct als zijn vertegenwoordiger wordt gekwalificeerd is volgens verzoeker onjuist. Een vertegenwoordiger neemt alle zaken over, maar daarvan is geen sprake. Verzoeker vraagt zijn kennis soms hulp als hem iets niet duidelijk is.
- 4.4. Tot slot heeft verzoeker verklaard dat deze beslissing van de ziektekostenverzekeraar zijn leven op de kop heeft gezet. Hij moet nu met organisaties werken waarbij steeds door verschillende mensen zorg wordt verleend.
- 4.5. Ter zitting heeft verzoeker verklaard dat hij - toen zijn huidige indicatie voor een PGB afliep - een nieuwe indicatie heeft laten stellen en een aanvraag voor een PGB bij de ziektekostenverzekeraar heeft ingediend. Hij heeft ook zorgovereenkomsten, loonstroken en declaraties ingediend. De ziektekostenverzekeraar had nog extra stukken nodig en daarom is eerst voor één jaar een PGB toegekend. Verzoeker heeft verder verklaard dat als er problemen zijn rondom het PGB, hij hulp krijgt om deze op te lossen. De ziektekostenverzekeraar heeft hem een toekenning gestuurd met waarschuwingen. Plotseling kreeg hij op 11 oktober 2023 een brief waarin het PGB werd beëindigd. Verzoeker begrijpt dit niet. Als hij iets niet goed doet, dan wil hij hulp om het op te lossen.  
Daarnaar gevraagd door de commissie heeft verzoeker verklaard dat hij zelf op de computer kan zoeken en formulieren kan invullen. Als hij twijfelt dan vraagt hij zijn kennis om advies en helpt hij ook om problemen op te lossen. Verzoeker heeft verklaard dat zijn kennis geen vertegenwoordiger is, zoals bedoeld in het PGB reglement. Hij doet namelijk alles zelf.  
Hij heeft de zorgovereenkomsten en de urendeclaraties ingevuld en verzonden.  
Verzoeker heeft verder meegedeeld dat hij vroeger naar het kantoor van MEE Rotterdam ging. Als hij iets niet begreep hielpen zij hem. Via hen is hij ongeveer 15 jaar geleden in contact gekomen met de kennis. Alleen als hij iets niet begrijpt wordt hij door deze kennis geholpen. Verzoeker heeft zijn kennis gevraagd contact met de ziektekostenverzekeraar op te nemen, omdat hij eventuele problemen wil oplossen. Hij wil de regels goed volgen. Hij heeft meegedeeld dat hij ook Per Saldo wilde vragen hem te helpen. Tot slot heeft verzoeker verklaard dat hij het verstandiger vindt om iets te vragen, zodat er geen problemen ontstaan.

## 5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 14 september 2023 de aanvraag voor een PGB vv op grond van 18 uren en 15 minuten Persoonlijke Verzorging 8 uren en 45 minuten Verpleging per week voor de periode van 1 juni 2023 tot en met 15 mei 2024 goedgekeurd. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker in deze brief tevens meegedeeld dat de urenregistratie

niet of niet goed werd bijgehouden. Hij heeft verzoeker gewaarschuwd dat als zou blijken dat verzoeker in de toekomst wederom de urenregistraties niet conform de voorwaarden van het Reglement zou bijhouden, het PGB vv zou worden herzien, ingetrokken of beëindigd. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor verwezen naar de artikelen 8.8, 9 en 10 van het Reglement. Ook heeft de ziektekostenverzekeraar verzoeker erop gewezen dat de declaraties niet in lijn zijn met de door hem ingediende aanvraag voor een PGB vv en de door de ziektekostenverzekeraar afgegeven toekenning. De ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker ook hieromtrent gewaarschuwd, omdat dit eveneens grond kan zijn het PGB vv te herzien, in te trekken of te beëindigen. De ziektekostenverzekeraar heeft hiervoor verwezen naar de artikelen 7.1.2, 8.7, 9 en 10.

- 5.2. Bij brief van 11 oktober 2023, gericht aan verzoeker, heeft de ziektekostenverzekeraar meegedeeld dat het PGB vv wordt beëindigd. Volgens de ziektekostenverzekeraar voldoet verzoeker niet aan de voorwaarde om zelf, of met behulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, alle taken en verplichtingen die bij een PGB vv horen goed uit te voeren. Hij verwijst hiervoor naar artikel 3.3 van het Reglement. De ziektekostenverzekeraar verwijst verder naar artikel 4.10 van het Reglement waarin is bepaald dat een PGB vv wordt geweigerd als een verzekerde hulp krijgt bij het uitvoeren van de taken en verplichtingen horende bij een PGB vv door een andere vertegenwoordiger dan:
- de wettelijk vertegenwoordiger;
  - een bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad;
  - een echtgenoot of (geregistreerd) partner.
- De ziektekostenverzekeraar heeft in dit verband gesteld dat verzoeker door iemand anders wordt geholpen bij het uitvoeren van de taken en verplichtingen. Hij heeft bij brief van 11 oktober 2023 als tijdelijke overbrugging een PGB vv tot en met 31 oktober 2023 aan verzoeker toegekend.
- 5.3. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 28 november 2023 toegelicht dat hij bij het beoordelen van de aanvraag van 30 mei 2023 (ontvangen op 4 juli 2023) onregelmatigheden in het PGB vv dossier had geconstateerd. Hij heeft verklaard dat het dossier niet compleet was en dat de urenregistraties niet voldeden aan de voorwaarden van het Reglement. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat op 13 september 2023 telefonisch aan verzoeker is meegedeeld dat het PGB vv voor één jaar zou worden toegekend. De toekenning tot 15 mei 2024 is bij brief van 14 september 2023 aan verzoeker bevestigd. In deze toekenning heeft de ziektekostenverzekeraar twee waarschuwingen aan verzoeker gegeven. De eerste voor het ontbreken van de juiste urenregistraties en de tweede voor de declaraties die niet in lijn waren met de door hem ingediende aanvraag en de door de ziektekostenverzekeraar afgegeven toekenningsverklaring. Volgens de ziektekostenverzekeraar heeft verzoeker de kans gekregen om te laten zien dat hij wél in staat is zelfstandig de taken en verplichtingen op een verantwoorde wijze uit te voeren. De ziektekostenverzekeraar heeft verder verklaard dat verzoeker op 29 september 2023 telefonisch contact heeft opgenomen met vragen over de taken en verplichtingen en dat toen is gebleken dat hij werd geholpen door een kennis van hem. De ziektekostenverzekeraar was niet bekend met een vertegenwoordiger. Een kennis als vertegenwoordiger is op grond van het Reglement ook niet toegestaan. De ziektekostenverzekeraar heeft vervolgens het PGB vv tot en met 31 oktober 2023 toegekend en dit bevestigd in zijn brief van 11 oktober 2023.
- 5.4. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 21 mei 2024, gericht aan de commissie, de tijdlijn geschetst van de momenten waarop hem duidelijk is geworden dat verzoeker een vertegenwoordiger had. Uit deze momenten blijkt volgens de ziektekostenverzekeraar dat de kennis van verzoeker hem helpt bij de administratie. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat het dossier van verzoeker niet compleet is en dat de urenregistraties niet in overeenstemming zijn met de indicatie en de toekenning. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat op 21 augustus 2023 aan verzoeker een e-mailbericht is gestuurd. Hierin heeft hij meegedeeld dat van verzoeker een zorgovereenkomst, loonstroken van de SVB en een begeleidende brief zijn ontvangen. De aanvraagformulieren, urenregistraties en ingediende declaraties ontbraken evenwel. De urenregistraties voor de periode van 1 december

2022 tot en met 31 mei 2023 zijn hierna alsnog ontvangen. De overige informatie heeft de ziektekostenverzekeraar niet gekregen. De ziektekostenverzekeraar heeft verder gesteld dat op grond van artikel 8.8c van het Reglement bepaalde gegevens op de urenregistratie dienen te worden vermeld, waaronder de naam van de zorgverlener(s), het uurloon, de eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg. Uit de door verzoeker ingediende urenregistraties wordt enkel duidelijk welke zorgaanbieder op welke dag zorg heeft geleverd. Het uurloon, de eenheden, de soort zorg en een toelichting op de zorg ontbreken. Uit deze dossiercontrole is gebleken dat het dossier niet compleet was en dat de urenregistraties niet voldeden aan de voorwaarden van het Reglement.

- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft verder toegelicht dat op 4 oktober 2023 met verzoeker en zijn kennis een telefoongesprek heeft plaatsgevonden. Tijdens dit telefonisch contact is duidelijk geworden dat verzoeker niet in staat is het PGB vv zelfstandig te beheren en dat hij hierbij wordt geholpen door deze kennis. Volgens de ziektekostenverzekeraar is gebleken dat de kennis eerder telefonisch contact had opgenomen met de klantenservice in verband met vragen over de bij de toekenning afgegeven waarschuwingen. Betrokkene heeft de ziektekostenverzekeraar toen meegedeeld een goede kennis van verzoeker te zijn en regelmatig bij hem langs te gaan om te helpen bij de administratie van het PGB vv. Hij helpt eveneens bij het indienen van de declaraties en het digitaal indienen bij de SVB. De kennis van verzoeker heeft aan de ziektekostenverzekeraar ook meegedeeld dat verzoeker bijhoudt hoeveel uren er zijn gewerkt, maar niet welke zorg er wordt geleverd. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker erop is geweest dat een deel van de ingediende declaraties is afgewezen, terwijl eerder al een waarschuwing was gegeven dat de declaraties niet in lijn waren met de indicatie en de toekenning. Aan het einde van het telefoongesprek heeft verzoeker verklaard dat hij het beter vindt de administratie samen met zijn kennis te doen. De ziektekostenverzekeraar heeft van de verschillende contactmomenten met verzoeker gespreksverslagen overgelegd. Ter vergelijking met de situatie van verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar verwezen naar een bindend advies van 1 maart 2024 van de commissie (SKGZ202201087).
- 5.6. De ziektekostenverzekeraar heeft herhaald dat bij de dossiercontrole en de telefonische contacten met verzoeker en diens kennis is gebleken dat verzoeker niet in staat is om zelfstandig de administratie van het PGB vv te voeren. Zijn kennis helpt hem hierbij, maar deze is niet aan te merken als een (wettelijk) vertegenwoordiger zoals bedoeld in artikel 4.10 van het Reglement. Daarnaast voldoen de urenregistraties niet aan de voorwaarden zoals bepaald in artikel 8.8c van het Reglement en zijn verschillende declaraties niet in lijn met de toekenning. De ziektekostenverzekeraar heeft verder gesteld dat hij tot op heden geen volledig dossier van verzoeker heeft ontvangen. Verzoeker is zelf verantwoordelijk voor de taken en verplichtingen met betrekking tot het PGB vv. Conform de artikelen 3.3, 4.10 en 10.2c van het Reglement heeft de ziektekostenverzekeraar het PGB vv per 1 november 2023 beëindigd. Volgens hem had dit conform het Reglement ook per direct gekund. Om verzoeker de tijd te geven zorg in natura te regelen, is het PGB vv coulanchehalve niet per direct of met terugwerkende kracht door hem beëindigd.
- 5.7. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in zijn pleitnotitie mondeling samengevat wat hij reeds schriftelijk had verklaard. Daarnaast door de commissie gevraagd heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat op grond van artikel 4.10 van het Reglement een PGB wordt geweigerd als een verzekerde wordt geholpen door iemand anders dan dat is bepaald in het Reglement. Dat verzoeker überhaupt wordt geholpen is volgens de ziektekostenverzekeraar al voldoende om van vertegenwoordiging te spreken. Hij verklaard verder dat de hulp van de kennis aanleiding is geweest om het PGB te beëindigen. Het beheren van een PGB is volgens de ziektekostenverzekeraar een grote verantwoordelijkheid en daar is hij streng op.

## 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 10.1 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 verpleging en verzorging en 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. Het PGB vv is een financieringsvorm die nader is uitgewerkt in het Reglement.
- 7.3. Aan verzoeker was in eerste instantie een PGB vv toegekend tot 15 mei 2024. Op grond van artikel 10.2, sub a, van het Reglement eindigt het PGB vv als naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar de verzekerde niet langer in staat is op eigen kracht de in artikel 3 genoemde toekenningvoorwaarden te voldoen en de verzekerde ook geen hulp van een vertegenwoordiger heeft. Volgens de ziektekostenverzekeraar was hiervan in het geval van verzoeker sprake en daarom is het PGB vv uiteindelijk met ingang van 1 november 2023 beëindigd.
- 7.4. Waar het erom gaat of dit laatste terecht is gebeurd, overweegt de commissie dat in artikel 8.7 van het Reglement is bepaald dat de besteding van het budget en/of de uren in overeenstemming moet zijn met de door de ziektekostenverzekeraar afgegeven toekenning. Door de ziektekostenverzekeraar is gesteld - en door verzoeker niet, althans onvoldoende weersproken - dat verschillende declaraties niet in lijn zijn met de toekenning. De commissie overweegt verder dat in artikel 8.8. van het Reglement is bepaald dat een verzekerde verplicht is een dossier te beheren dat ten minste de in dit artikel onder a. tot en met f. opgesomde onderdelen bevat. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij verzoeker heeft gevraagd de aanvraagformulieren en zorgovereenkomsten toe te sturen, maar dat hij deze niet heeft ontvangen. Dit is door verzoeker niet weersproken. De urenregistraties heeft de ziektekostenverzekeraar wel ontvangen, maar deze zijn volgens hem onvolledig. De ziektekostenverzekeraar heeft deze urenregistraties aan de commissie overgelegd. De commissie overweegt dat hieruit blijkt welke zorgaanbieder op welke dag zorg heeft geleverd, maar, dat het uurloon, de eenheden, de soort zorg en een toelichting op de zorg in de urenregistratie, gelet op artikel 8.8, sub c, van het Reglement ten onrechte ontbreken. Verzoeker heeft in het telefonisch contact op 4 oktober 2023 aan de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij deze informatie niet opneemt in de urenregistraties, omdat hij elke dag dezelfde zorg ontvangt. De commissie merkt op dat wat hiervan ook zij, dit verzoeker niet ontslaat van de op hem rustende verplichtingen, en concludeert dat verzoeker niet in staat is op eigen kracht de aan het PGB vv verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren.
- 7.5. Het is volgens het Reglement mogelijk hiertoe een (wettelijk) vertegenwoordiger in te schakelen. Verzoeker heeft verklaard dat hij wordt bijgestaan door een kennis, die echter niet zijn vertegenwoordiger is. De ziektekostenverzekeraar heeft erop gewezen dat deze persoon niet voldoet aan de in het Reglement ter zake opgenomen eisen en dus ook niet als zodanig kan optreden. Gelet op de ingenomen standpunten behoeft dit onderwerp geen verdere bespreking. Verzoeker is zelf niet in staat gebleken tot het beheer van het PGB vv en het staat vast dat hij geen (wettelijk) vertegenwoordiger heeft aangewezen die dit voor hem kan doen. Het PGB vv van verzoeker werd dan ook terecht met ingang van 1 november 2023 beëindigd.

### Slotom

- 7.6. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. **Bindend advies**

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 29 augustus 2024,

mr. L. Ritzema

**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 beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

**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 rechtens zijn vrijheid is ontnomen;
  - d. de vertegenwoordiger van de verzekerde niet voldoet aan regels inhoudende beperkingen of eisen die bij ministeriële regeling aan de kring van vertegenwoordigers kunnen worden gesteld in het belang van de bescherming van de verzekerde of van het waarborgen van de hulp, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d.

3. De zorgverzekeraar neemt in zijn modelovereenkomst geen andere voorwaarden en weigeringsgronden op ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger dan vermeld in het eerste, tweede en vierde lid.
4. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot de voorwaarden en weigeringsgronden ten aanzien van de persoon van de verzekerde of zijn vertegenwoordiger.

---

## Regeling zorgverzekering

---

### Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste € 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 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. Indiciestelling 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 het formele tarief komen in aanmerking zorgverleners die:
  - a. beschikken over een AGB-code uit een van de categorieën:
    - 41 ZZP'ers in de wijkverpleging / Zvw-pgb aanbieders / beheerstichtingen
    - 42 verzorgingshuizen
    - 75 thuiszorginstellingen
    - 91 verpleegkundigen
    - 98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars
  - b. zelfstandig of namens een onder a. bedoelde instelling werkzaam zijn als wijkverpleegkundig specialist, wijkverpleegkundige, verpleegkundige met diploma MBO-verpleegkunde of een verzorgende 3IG of verzorgende niveau 3 is en aantoonbaar voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. Wij kunnen bij u het diploma van uw formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan wij kunnen controleren of uw zorgverlener bevoegd is tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief. Een bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad of uw echtgenoot, geregistreerde partner of levensgezel komen nooit in aanmerking voor het formele tarief. U kunt maximaal de in artikel 7.2.1 genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.

Formele zorgverleners die bekend zijn als Extern Verwijzingsregister (EVR) gesignaleerde aanbieders of waarbij een ernstig vermoeden van fraude is, kan op basis van onderzoek worden uitgesloten van een vergoeding vanuit het Zvw-pgb.
3. Voor informele zorgverleners kunt u maximaal € 24,12 per uur declareren voor persoonlijke verzorging en verpleging.
4. Onder informele zorgverleners vallen in ieder geval zorgverleners die:
  - a. Ouders, verzorgers, partner (zoals echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel), bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad zijn (deze personen kunnen in geen enkel geval aangemerkt worden als formele zorgverlener voor betreffende budgethouder) en/of;
  - b. Zorghulp of helpende tot opleidingsniveau 3 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.Deze zorgverleners komen nooit in aanmerking voor het formele tarief.
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 inkoop. 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-rgb aanvraag indienen. Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan, als dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude Zvw-rgb 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-rgb 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-rgb 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-rgb 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. In uitzonderingssituaties is het ook mogelijk dat de zorgverzekeraar bij minder dan 24 uur verpleging en verzorging per week de voorwaarde stelt dat een deel van de zorg wordt geleverd door een formele zorgverlener en/of dat de zorg tussentijds geëvalueerd wordt. Bij een zorgvraag van minder dan 24 uur verpleging en verzorging per week is er afstemming tussen de zorgverzekeraar, de verpleegkundige en de budgethouder om gemotiveerd van deze grens af te wijken.

## Artikel 9. Herziening of intrekking

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

- a. U niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden;
- b. U voldoet aan een van de weigeringsgronden;
- c. U niet voldoet aan de in dit reglement gestelde verplichtingen;
- d. U recht heeft op zorg vanuit de Wet langdurige zorg;
- e. U om beëindiging van het Zvw-rgb verzoekt;
- f. U langer dan twee maanden verblijft in een instelling 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 (Wsnp) 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 (Wsnp) van toepassing is verklaard;
  - 6. Anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het Pgb verbonden verplichtingen;
  - 7. Uw zorgverlener en niet ook uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is;
- c. Met ingang van de dag waarop u zich niet (meer) houdt aan de aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
- d. Met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat met het Zvw-pgb wordt of zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit en/of doelmatige zorg. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt. Onder doelmatige zorg wordt verstaan in hoeverre met het Zvw-pgb zal worden gewerkt aan de verbetering, het behoud of beperking van achteruitgang van uw gezondheid. Daarmee wordt getoetst of de wijze waarop u uw zorg wil inzetten, gezien uw zorgvraag, effectief is;
- e. Met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat de continuïteit van de te ontvangen zorg voldoende 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 1. Inleiding

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 14, verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2023 van:

- 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 Combinatie
- UC Basis Keuze
- UC Bewuste Keuze
- UC Ruime Keuze
- UC Eigen Keuze
- Univé Zorg Select polis
- Univé Zorg Basis polis
- Univé Zorg Geregeld polis
- Univé Zorg Vrij polis
- UMC Eigen Keuze
- UMC Ruime Keuze
- VGZbewuzt Basis
- 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 onderstaande voorwaarden. Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan alle onderstaande voorwaarden te voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het Zvw-pgb verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan dient te worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb.

1. U bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en 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.

## 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 rechtens 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 rechtens 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. Er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die al vergoed wordt vanuit andere zorgsoorten, bijvoorbeeld medisch specialistische zorg (vanuit een DBC). Om dubbele bekostiging en daarmee onrechtmatige zorg uit te sluiten.

## 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

### **Toestemming**

U heeft vooraf onze toestemming nodig voor:

- Dagbehandeling in een groep aan kwetsbare patiënten zoals vermeld onder 2a
- Dagbehandeling in een groep aan mensen met een lichamelijk handicap of niet-aangeboren hersenletsel zoals vermeld onder 2b

Meer informatie over het aanvragen van toestemming vindt u in artikel 1.9 van deze voorwaarden.

## **Artikel 13. Gecombineerde leefstijlinterventie**

Een gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) is een erkend programma over gezonde voeding, eetgewoontes en meer bewegen om een gezonde leefstijl te verwerven en te behouden. Bent u 18 jaar of ouder? Dan kunt u voor een erkend programma in aanmerking komen vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de Zorgstandaard Obesitas. Bent u 16 jaar of 17 jaar? Dan komt u in aanmerking voor een GLI als u een matig verhoogd GGR heeft en uw huisarts inschat dat u baat kunt hebben bij een GLI voor volwassenen. Op onze website vindt u de erkende programma's. Een programma duurt 24 aaneengesloten maanden. U heeft geen recht op vergoeding van de kosten voor (begeleiding bij) het bewegen.

### **Eigen risico**

Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

### **Hier kunt u terecht**

1. Bij een leefstijlcoach die is in ingeschreven in het register van de Beroepsvereniging Leefstijlcoaches Nederland (BLCN)
2. Bij een fysiotherapeut, oefentherapeut, diëtist of ergotherapeut die zijn geregistreerd als leefstijlcoach.

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.

### **Verwijsbrief nodig van**

Huisarts.

## **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 cliëntensysteem 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 kinderdagverblijf. 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.

### **Let op**

Steeds meer medisch-specialistische behandelingen vinden plaats in de thuissituatie. De bijbehorende verpleging en verzorging vergoeden wij niet als wij deze betalen als onderdeel van medisch specialistische zorg.

### **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.

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.