

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. L. Ritzema, mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs en mr. J.J.M. Linders)

Zaaknummer: 202400959

Partijen

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

en

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

1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 18 juli 2024 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 22 juli 2024 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 1.2. Bij brief van 8 augustus 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 12 augustus 2024 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Bij brief van 16 september 2024 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2024030857) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 17 september 2024 aan partijen gestuurd. Bij brief van 7 oktober 2024 heeft verzoeker een verklaring van de ergotherapeut van 17 september 2024 aan de commissie gestuurd. Een kopie van deze documenten is aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 1.4. 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 6 november 2024 door de commissie gehoord.
- 1.5. De aantekeningen van de hoorzitting en de na het voorlopig advies van 16 september 2024 ontvangen stukken zijn op 12 november 2024 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies aanpassing behoeft. Bij brief van 19 november 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker is tot op heden bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZ Zorg-op-maatpolis (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen Ideaalpakket en Tandarts (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering).

De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.

- 2.2. Verzoeker heeft sinds zijn achtste jaar kegelstaafdystrofie, waardoor hij nog maar 8 tot 10% kan zien. Hij ontvangt zorg van zijn moeder, welke zorg hij sinds 2016 bekostigt met een Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv). Omdat zijn eerdere indicatie afliep, heeft verzoeker door een wijkverpleegkundige een nieuwe indicatie laten stellen. De indicerend wijkverpleegkundige stelde een indicatie op basis van 4 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 29 december 2023 tot en met 28 december 2025. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar bij aanvraagformulier van 14 november 2024 een aanvraag ingediend voor een PGB vv op basis van dit aantal uren.
- 2.3. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 28 november 2023 bij verzoeker aanvullende informatie opgevraagd. Bij brief van 5 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld een tijdelijk PGB vv toe te kennen voor de periode van 29 december 2023 tot en met 29 maart 2024. Voor de periode na 29 maart 2024 heeft verzoeker geen PGB vv van de ziektekostenverzekeraar ontvangen.
- 2.4. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij brieven van 11 en 27 januari 2024 om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 1 mei 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 2.5. Bij brief van 16 september 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.

3. **Standpunt verzoeker**

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is hem voor de periode van 29 maart 2024 tot en met 28 december 2025 een PGB vv te verstrekken op basis van 4 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week.
- 3.2. Verzoeker heeft hiertoe in zijn brief aan de ziektekostenverzekeraar van 27 januari 2024 een toelichting gegeven, waarnaar hij in het klachtenformulier bij de SKGZ van 6 mei 2024 verwijst. In genoemd stuk licht verzoeker toe dat hij al bijna 8 jaar lang zonder problemen een PGB vv ontvangt. Aan de laatste aanvraag zijn plotseling nadere voorwaarden gesteld. Volgens de ziektekostenverzekeraar kan verzoeker Koninklijke Visio inzetten om zijn zelfstandigheid te bevorderen, waardoor hij meer zelfredzaam zal worden en minder zorg nodig heeft. Verzoeker heeft onderwijs gehad bij Koninklijke Visio en heeft over zijn situatie met deze organisatie contact gezocht. De ergotherapeut heeft hem verwezen naar het kennisportaal van Visio, waar enkele tips op staan die hem echter niet verder hielpen. Er zijn geen trainingen of trajecten die verzoeker niet kent of nog niet heeft geprobeerd en die hem zouden kunnen helpen met zijn zorgvraag. Wat in het zorgplan van de indicerend wijkverpleegkundige is opgenomen, betreft de zorgvraag van verzoeker. De zorg die is aangevraagd, is voor verzoeker noodzakelijk, en hij kan hierin niet méér zelfredzaam worden.
- 3.3. Ter zitting heeft de broer van verzoeker namens verzoeker in aanvulling hierop nog aangevoerd dat hij al 8 jaren een PGB vv heeft. In zijn situatie is niets veranderd en hij begrijpt daarom de afwijzende beslissing van de ziektekostenverzekeraar niet. Zijn moeder heeft de zorg altijd met veel liefde gedaan. De ziektekostenverzekeraar vond op enig moment dat het budget onder de Wmo zou vallen. Toen werd het afgewezen onder de Wmo en daarna werd er alsnog door de verzekeraar een PGB vv toegekend. Er volgde op een latere aanvraag weer een afwijzing met de opmerking dat hij zich moest wenden tot de ergotherapeut om te onderzoeken of hij meer zelfredzaam kon worden. Hij doet er alles aan om de zelfstandigheid te behouden dan wel te vergroten. Hij heeft op het speciaal onderwijs gezeten en is behandeld bij Visio. Het voelt niet goed dat hem nu wordt gevraagd dit nog verder te onderzoeken. Het afhankelijkheidsgevoel ten opzichte van zijn moeder heeft hij liever niet. Het feit dat zij ervoor wordt betaald, maakt dat het gevoel van afhankelijkheid minder zwaar voelt. Hij snapt niet waarom hij het PGB vv

niet meer krijgt en het vroeger wel altijd kreeg. Vroeger werd hij beschouwd als maatschappelijk blind, maar niet als een braille leerling die bijvoorbeeld met een stok moet leren lopen. Dat zou in de huidige tijd anders worden beoordeeld. Hij heeft het idee dat hij daardoor zelfstandiger is dan anderen. Het lijkt net alsof de ziektekostenverzekeraar van mening is dat hij niet zijn best zou hebben gedaan. Tegenwoordig is het heel moeilijk een wijkverpleegkundige te vinden die een indicatie kan stellen. Indertijd heeft hij een wijkverpleegkundige gevonden en die heeft een indicatie gesteld voor een jaar. Daarna kon hij niemand meer vinden en heeft hij contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar, die hem een wijkverpleegkundige heeft genoemd die hem ook niet kon helpen. Toen is hij terecht gekomen bij deze wijkverpleegkundige, die prettig is, en waarvan de indicatie gedurende twee jaren is goedgekeurd. Deze wijkverpleegkundige is opnieuw geraadpleegd voor deze aanvraag, maar nu wordt een vergelijkbare indicatie afgewezen. Kennelijk wordt het nu afgestraft, omdat deze wijkverpleegkundige de indicatie niet goed heeft onderbouwd.

4. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat verzoeker op basis van de ingediende aanvraag geen aanspraak heeft op een PGB vv. Hij heeft hiertoe in de heroverweging van 1 mei 2024 aangevoerd dat de geïndiceerde zorg vooral betrekking heeft op uiterlijke verzorging. Er moet echter worden beoordeeld of verzoeker behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan zorg of een hoog risico daarop. De indicerende wijkverpleegkundige heeft verklaard dat verzoeker onder andere is aangewezen op zorg in verband met een mobiliteitstekort. Uit het overzicht van de zorgvraag wordt duidelijk dat dit betrekking heeft op ADL-zorg, ondersteuning bij het klaarmaken voor werk en voor de nacht. De indicatiestelling is op diverse punten voor de ziektekostenverzekeraar niet navolgbaar. Daarom is bij verzoeker geïnformeerd op welke manier wordt toegewerkt naar meer zelfredzaamheid, waaronder met de inzet van hulpmiddelen. De indicerende wijkverpleegkundige heeft toegelicht dat aan de zelfredzaamheid wordt gewerkt door verzoeker zelfstandig te laten douchen. De vraag is echter welke afweging de indicerende wijkverpleegkundige heeft gemaakt ten aanzien van het bevorderen van de zelfredzaamheid. Een dergelijke afweging komt namelijk niet naar voren in de indicatiestelling. Ook wat betreft het klaarleggen van kleding en producten voor lichamelijke verzorging wordt niet duidelijk wat hierin de afweging is geweest en of eventuele voorliggende voorzieningen zijn uitgesloten. Bijvoorbeeld een verslag van een ergotherapeut zou hierin verduidelijking kunnen geven, maar dit ontbreekt.
- 4.2. Verder geldt dat van een geneeskundige context pas sprake is als er geen stabiele gezondheidssituatie is en de wijkverpleegkundige de kwetsbaarheid nog kan beïnvloeden met interventies. Uit de aanvraag kan niet worden afgeleid of sprake is van een stabiele gezondheidssituatie. De indicerende wijkverpleegkundige heeft gemotiveerd dat een risico bestaat op verergering van de bestaande klachten zoals huidletsel. Tevens is er een risico op toename van permanente (onomkeerbare) schade aan het lichaam. Ook is er sprake van zelfverwaarlozing vanuit de fysieke beperkingen, waardoor er een verhoogd risico op gezondheidsklachten en op geneeskundige zorg aanwezig is. Verder is er een verhoogd risico op infecties bij afwezigheid van de mogelijkheid tot toepassen van hygiëne, onvermogen om infecties te signaleren, en een hoog risico op ernstig nadeel, huiddefecten en gezondheidsrisico's. Het is voor de ziektekostenverzekeraar niet duidelijk waaruit blijkt of volgt dat sprake is van een toenemend risico van huidklachten; ook blijkt het risico op onomkeerbare schade aan het lichaam niet uit het dossier. Hetzelfde geldt voor het risico op zelfverwaarlozing of een verhoogd risico op infecties. Daarnaast moet worden opgemerkt dat er mogelijk voorliggende voorzieningen voorhanden zijn en dat een deel van de zorgvraag mogelijk kan worden opgevangen door het eigen netwerk. Het ligt dan ook niet in de lijn der verwachting dat het inzetten van voorliggende voorzieningen, zoals bijvoorbeeld een douchestoel, (begrensde) douchekraan, pedicure en strategisch plannen van het klaarleggen van kleding of verzorgingsproducten, leidt tot het optreden van de genoemde risico's. Daarnaast blijft het onduidelijk hoe het eigen netwerk hierin een rol van betekenis kan spelen, aangezien de aanvraag hierover geen afwegingen bevat. Onduidelijk is dan ook of sprake is van zorg die redelijkerwijs niet (of wel) van het netwerk kan worden gevergd.

- 4.3. In zijn brief aan de Ombudsman Zorgverzekeringen van 8 juli 2024 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullend verklaard dat mogelijk wel aanspraak bestaat op Verpleging en Persoonlijke Verzorging vanuit een PGB vv. Het is echter de taak van de indicierend wijkverpleegkundige voldoende duidelijk en navolgbaar te motiveren waarom hierop aanspraak bestaat. Verzoeker kan hiervoor een nieuwe indicatie laten stellen en deze indien mogelijk samen met een ergotherapeutisch verslag indienen. Er moet in dat verband meer duidelijkheid worden gegeven over de geneeskundige context van de geïndiceerde interventies en de beïnvloeding van de zelfredzaamheid door inzet van voorliggende voorzieningen.
- 4.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar in aanvulling hierop nog aangevoerd dat iedere aanvraag apart wordt beoordeeld. Naar de laatste aanvraag is kritisch gekeken. Getoetst is of de zorg die wordt verleend voor vergoeding in aanmerking moet komen ten laste van de Zorgverzekeringswet. De vraag is of sprake is van een geneeskundige context of een verhoogd risico daarop. Uit het zorgplan volgt dat als de zorg niet wordt verleend, er bepaalde letsels uit zouden voortkomen. De vraag is dan over wat voor soort letsels het gaat. Dit is nooit echt duidelijk geworden. Deze aanvraag was daarom niet navolgbaar. Er is wel een overgangperiode geboden. Desondanks is de vraag nog steeds binnen welke geneeskundige context de zorg precies is geïndiceerd. Het andere aspect betreft de zelfredzaamheid. De vraag is gesteld of hulpmiddelen in de thuisomgeving mogelijk zijn, waarmee de zorgvraag minder wordt. Daarop was geen duidelijk antwoord gekomen. Uiteindelijk is er een verklaring gekomen van de ergotherapeut waaruit volgt dat er beperkte mogelijkheid is voor de inzet van hulpmiddelen en de vergroting van de zelfredzaamheid. Deze verklaring is voorgelegd aan de medisch adviseur. Deze is van mening dat de zorg die nodig is, meer ondersteunend en begeleidend van aard is. De ziektekostenverzekeraar heeft ter zitting toegezegd dat hij de akkoordverklaring van 1 mei 2024 zal verlengen tot eind dit jaar, 31 december 2024.

5. Advies Zorginstituut

- 5.1. In het voorlopig advies van 16 september 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

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

In het dossier zijn meerdere PGB vv-aanvragen en daarbij behorende zorgplannen aanwezig. Bij de beoordeling wordt ingegaan op de PGB vv-aanvraag en het bijbehorende zorgplan van 14 november 2023.

Verzoeker heeft los van zijn zichtverlies geen fysieke beperkingen. Het is mogelijk dat verzoeker begeleiding nodig heeft bij het klaarleggen van zijn kleding en het doen van zijn uiterlijke verzorging. Dit betekent niet per definitie dat er sprake is van geneeskundige zorg of een hoog risico hierop. Als er alleen verzorging nodig is en er geen sprake is van een geneeskundige context waarbinnen deze verzorging gegeven wordt, dan valt deze zorg niet onder de Zvw.

De onderbouwing van de indicierend wijkverpleegkundige voor de geneeskundige context en het geneeskundig risico luidt als volgt:

Geneeskundige grondslag zorgvraag, bepalende factoren:

'Fysieke beperkingen uiten zich in het niet kunnen zien van de kleding en deze ook niet juist aan kunnen trekken, door het slechte zicht hulp behoeven tijdens de ADL, de haren in model brengen/verzorgen en een verhoogd valrisico door het slechte zicht. Tevens is dhr. niet in staat om de juiste volgorde aan te houden van de zelfzorg door de aangedane visuele functie.'

Geneeskundig risico:

'Verergering van de bestaande klachten zoals huidletsel. Tevens is er een risico op toenemen van de permanente (onomkeerbare) schade van het lichaam. Ook is er sprake[n] van zelfverwaarlozing vanuit de fysieke beperking(en) waardoor er een verhoogd risico op gezondheidsklachten en op geneeskundige zorg aanwezig is. Tevens is er een verhoogd risico op infecties bij afwezigheid van de mogelijkheid tot toepassen hygiëne, onvermogen om infecties, hoog risico op ernstig nadeel, huiddefecten en gezondheidsrisico's te signaleren'.

Het geneeskundig risico dat de indicierend verpleegkundige beschrijft, is niet een automatisch gevolg van de aandoening van verzekerde. Factoren die dit risico potentieel kunnen beïnvloeden, zoals een hoge leeftijd of co-morbiditeit, ontbreken. Tevens dient de geneeskundige context nader onderbouwd te worden. Zoals het nu in het zorgplan staat, is de geneeskundige context niet navolgbaar. In het zorgplan geeft de indicierend verpleegkundige ook aan dat er volgens haar geen progressie te boeken is op de zelfredzaamheid van de verzoeker. Op de mogelijke inzet van een ergotherapeut wordt echter niet ingegaan in het zorgplan of tijdens het contact met verweerder. Wat betreft de inzet van hulpmiddelen geeft de indicierend verpleegkundige aan dat die niet van toepassing zijn in deze casus.

Ondanks dat de verpleegkundige beschreven heeft wat volgens haar de geneeskundige grondslag van de zorgvraag is en wat het geneeskundig risico is als er geen zorg verleend zou worden, is de zorgvraag onvoldoende navolgbaar. De term 'zorg door het netwerk' of daarmee vergelijkbare termen komen niet voor in de Zvw of daarop gebaseerde regelgeving. De Zvw, het Bzv, of de Regeling zorgverzekering (Rzv) bevatten geen bepalingen die expliciet vastleggen dat geen sprake is van verzekerde zorg als (delen van) die zorg door het netwerk van de verzekerde kan worden verleend of overgenomen, of die regelen dat de mogelijkheden van het netwerk moeten worden meegenomen bij de bepaling van de omvang van de zorg waar de verzekerde op is aangewezen. In die zin bevat de Zvw en aanverwante regelgeving geen grondslag op basis waarvan inzet van het netwerk juridisch afdwingbaar is.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan worden geconcludeerd dat de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg onvoldoende is onderbouwd. Verzoeker kan op basis van de PGB vv-aanvraag van 14 november 2023 en het bijbehorende zorgplan geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering.

Het advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker kan geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering."

6. Bevoegdheid van de commissie

- 6.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 6.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

7. Beoordeling

- 7.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.
- 7.2. De aanspraak op verpleging en verzorging is geregeld in artikel B.26 van de voorwaarden van de zorgverzekering. Het PGB vv is een financieringsvorm die nader is uitgewerkt in het 'Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging' van de ziektekostenverzekeraar (hierna:

het reglement). Verzoeker heeft volgens het reglement aanspraak op verpleging en verzorging voor zover het gaat om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden. Verder moet sprake zijn van een geneeskundige context en dient de verzekerde op de zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs te zijn aangewezen. Tot slot kunnen partijen afspraken hebben gemaakt over de doelmatigheid.

- 7.3. De indicierend wijkverpleegkundige stelt de indicatie voor verpleging en verzorging, die in beginsel leidend is. De verzekeraar mag hiervan afwijken als niet aan eerdergenoemde voorwaarden is voldaan. Uit de contractuele verhouding tussen partijen volgt dat hij in dat geval een zorgvuldige procedure moet volgen. De commissie heeft in eerdere bindende adviezen deze procedure beschreven:
- a) de verzekeraar neemt contact op met de wijkverpleegkundige over de gestelde indicatie, en legt de inhoud van een eventueel telefoongesprek schriftelijk vast;
 - b) de wijkverpleegkundige krijgt ten minste vier weken de tijd hierop schriftelijk te reageren;
 - c) bereiken de verzekeraar en de wijkverpleegkundige geen akkoord, dan motiveert de verzekeraar waarom hij van de gestelde indicatie afwijkt.
- 7.4. Als de verzekeraar de hiervoor beschreven procedure niet heeft gevolgd, moet de indicatie van de wijkverpleegkundige als uitgangspunt worden genomen voor het toekennen van het aangevraagde PGB vv tenzij dit tot een uitkomst leidt die naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 7.5. In het onderhavige geval heeft de ziektekostenverzekeraar naar aanleiding van de ingediende aanvraag contact opgenomen met de indicierend wijkverpleegkundige, en haar een aantal vragen gesteld. Deze vragen zijn door de wijkverpleegkundige beantwoord. De ziektekostenverzekeraar heeft de indicatie van de indicierend wijkverpleegkundige vervolgens niet overgenomen, maar is overgegaan tot afwijzing van de aanvraag voor het PGB vv. Hiervoor bestaat geen akkoord van de indicierend wijkverpleegkundige, zodat het aan de ziektekostenverzekeraar is te motiveren waarom hij van mening is dat de aanvraag dient te worden afgewezen. Hij heeft in dat kader aangevoerd dat de indicatie onnavolgbaar is. Hij is van mening dat de geneeskundige context niet is aangetoond, en dat ook niet voldoende is onderzocht of verzoeker zelfredzamer kan worden. Daarmee is de procedure zoals hiervoor is beschreven gevolgd. Ook het Zorginstituut stelt in zijn voorlopig advies van 16 september 2024 vast dat de geneeskundige context in het zorgplan onvoldoende is onderbouwd. Het Zorginstituut komt daarom tot de conclusie dat verzoeker geen aanspraak heeft op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering. Deze conclusie heeft het Zorginstituut in zijn definitief advies van 19 november 2024 bevestigd. De commissie ziet in hetgeen door verzoeker naar voren is gebracht geen reden om hieraan te twifelen, en neemt de conclusie van het Zorginstituut over. Dit betekent dat verzoeker geen aanspraak heeft op een PGB vv over de periode van 29 maart 2024 tot en met 28 december 2025 op basis van 4 uren en 40 minuten Persoonlijke Verzorging per week. De ziektekostenverzekeraar heeft ervoor gekozen nog wel een PGB vv toe te kennen tot en met 31 december 2024. In die beslissing van de ziektekostenverzekeraar zal de commissie niet treden.
- 7.6. De ziektekostenverzekeraar heeft erop gewezen dat verzoeker een nieuwe aanvraag voor een PGB vv kan doen. In dat kader merkt de commissie op dat de ziektekostenverzekeraar heeft gerefereerd aan de mogelijkheid van inzet van het netwerk van verzoeker. Hiervoor geldt dat de Zvw, het Bzv en de Rzv geen bepalingen bevatten die expliciet vastleggen dat geen sprake is van verzekerde zorg als (delen van) die zorg door het netwerk van de verzekerde kan worden verleend of overgenomen, of die regelen dat de mogelijkheden van het netwerk moeten worden meegenomen bij de bepaling van de omvang van de zorg waar de verzekerde op is aangewezen.

Slotson

- 7.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

8. Bindend advies

8.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 28 november 2024,

J.J.M. Linders

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.

Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging

Geldig vanaf 1 januari 2024

Het vorige reglement Zvw-pgb is hiermee vervallen

Inhoud

Begripsbepalingen	1
Artikel 1: Inleiding	2
Artikel 2: Doelgroep Zvw-pgb.....	2
Artikel 3: Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb.....	3
Artikel 4: Weigeringsgronden	4
Artikel 5: Aanvraag Zvw-pgb	4
Artikel 6: Akkoordverklaring	7
Artikel 7: Declareren van zorg.....	8
Artikel 8: Verplichtingen.....	10
Artikel 9: Herziening of intrekking	13
Artikel 10: Beëindigen van het Zvw-pgb	13
Artikel 11: Terugvordering	14

Begripsbepalingen

Bewuste-keuze gesprek

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

Partner

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

Vertegenwoordiger

Een vertegenwoordiger is 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:

- a. 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;
- b. die niet beschikt over een geldig woonadres;
- c. wiens vrijheid is ontnomen;
- d. op wie de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen van toepassing is verklaard, of daartoe een verzoek bij de rechtbank is ingediend;
- e. 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;
- f. die anderszins onvoldoende waarborg zal bieden voor het nakomen van de voor de budgethouder aan het PGB verbonden verplichtingen.

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

Wettelijk vertegenwoordiger

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

Zorg in Natura

Bij zorg in natura levert en organiseert de zorgverlener waar wij een contract mee hebben gesloten de zorg en regelt de administratie daaromheen. Wij spreken ook wel over door ons gecontracteerde zorg.

Zorgverlener

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

Artikel 1: Inleiding

1.1 Waarom een reglement?

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

1.2 Wat is de basis voor dit reglement?

U hebt recht op verpleging en verzorging zoals dit is opgenomen in de verzekeringsvoorwaarden van uw zorgverzekering onder artikel B.26.

Artikel 13a van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is de basis voor het toekennen van een Zvw-pgb. Wij kunnen dit reglement tussentijds aanpassen, bijvoorbeeld als gevolg van wetwijzigingen. Wij informeren u hier dan over.

1.3 Bestuurlijke afspraken Zvw-pgb.

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

Artikel 2: Doelgroep Zvw-pgb

2.1 U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb als u behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.

Onder de zorg vallen niet de verzorgende handelingen bij minderjarigen die alleen gericht zijn op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL). Deze zorg valt onder de Jeugdwet.

Daarnaast moet u:

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

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

Artikel 3: Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

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

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

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

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

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

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

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

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

Artikel 4: Weigeringsgronden

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

- 4.1 u voldoet niet aan de voorwaarden in artikel 2 en/of artikel 3 van dit reglement;
- 4.2 u bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
- 4.3 u beschikt volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
- 4.4 uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
- 4.5 u verleent geen medewerking (meer) aan een 'bewuste-keuze gesprek' en/of huisbezoek dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
- 4.6 uit uw aanvraagformulier of het bewuste-keuze gesprek en/of huisbezoek blijkt dat u met uw Zvw-pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
- 4.7 uw (wettelijke) vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toegangsvoorwaarden):
 - a. heeft bij eerdere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of (wettelijke) vertegenwoordiger optrad niet ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 - b. beschikt volgens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
 - c. is zijn/haar vrijheid rechtens ontnomen;
 - d. valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), of er is een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling 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. krijgt betaald voor het beheren van uw Zvw-pgb of wil hiervoor betaald worden uit het Zvw-pgb budget;
- 4.8 u beschikt over meer dan één indicatie voor de zorg zoals beschreven in artikel 2.1. Uw gehele zorgvraag met betrekking tot de zorg omschreven zoals in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord;
- 4.9 u wilt met het pgb zorg inkopen die onder een andere zorgsoort valt dan wijkverpleging en vanuit die andere zorgvorm al vergoed wordt, zoals bijvoorbeeld medisch specialistische zorg (vanuit een DBC). Dit om dubbele bekostiging en daarmee onrechtmatige zorg uit te sluiten.

Artikel 5: Aanvraag Zvw-pgb

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

website; ook kunt u het Zvw-pgb-aanvraagformulier telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen.

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

a. voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar bent u in het bezit van een door een BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige (niveau 5) gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving (het Normenkader van V&VN) en in uw aanwezigheid heeft opgesteld;

b. voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een indicatie gesteld door een minimaal BIG-geregistreerde hbo-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist met opleiding tot kinderverpleegkundige. De indicatiesteller moet werkzaam zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de BINKZ (Branchevereniging Integrale Kindzorg). Deze indicatie moet conform het normenkader van V&VN en de Handreiking Indicatieproces Kindzorg (HIK) worden opgesteld in de thuissituatie in aanwezigheid van uzelf (het kind) en uw wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor). Als het u niet lukt om zorg in te kopen voor uw kind onder de 18 jaar kunt u contact opnemen om met ons tot een passende oplossing te komen.

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

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

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

Risicovolle handelingen

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

Voorbehouden handelingen

Gaat het om voorbehouden handelingen door een formele zorgverlener? Dan moet uw zorgverlener bevoegd en bekwaam zijn om deze handelingen uit te voeren. U moet, als we u daarom vragen, een uitvoeringsverzoek kunnen laten zien van een arts voor die handelingen en kunnen aantonen dat er wordt gewerkt overeenkomstig de 'handleiding voorbehouden handelingen in de (wijk) verpleging & verzorging' (ActiZ, 2019).

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

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

5.6 De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden. De indicatie mag daarom in ieder geval niet gesteld worden door een wijkverpleegkundige die:

- uw (wettelijke) vertegenwoordiger en/of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn is, en/of
- zelf zorg aan u gaat leveren, en/of

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

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

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

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

Wij kunnen een tweede, onafhankelijke wijkverpleegkundige vragen om de geldende indicatie opnieuw te beoordelen (herbeoordeling). De eerste wijkverpleegkundige behoudt de regie over de indicatie. Na de toetsing door een tweede wijkverpleegkundige moet het oordeel/advies van deze wijkverpleegkundige voorgelegd worden aan de eerste wijkverpleegkundige. Na overleg tussen beide wijkverpleegkundigen (intervisie) beoordeelt de eerste wijkverpleegkundige vervolgens of de herbeoordeling tot aanpassing van de indicatie leidt en moet dit ook kunnen onderbouwen.

U kunt ook om een herbeoordeling van de indicatie vragen, maar dit kan alleen met goedkeuring van ons. Wij kunnen die goedkeuring bijvoorbeeld weigeren als u al bij meerdere zorgverleners een indicatie heeft gekregen voor dezelfde periode, alvorens u een herbeoordeling aanvraagt.

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

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

verblijft of langer dan 60 dagen gebruik maakt van Kortdurend Verblijf in een instelling zoals bedoeld in artikel B.27 van de verzekeringsvoorwaarden.

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

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

Artikel 6: Akkoordverklaring

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

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

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

6.4 In de schriftelijke toekenningsverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw Zvw-pgb vast.

- a. De looptijd van uw Zvw-pgb is maximaal 2 jaar vanaf het moment dat het Zvw-pgb aan u is toegekend en zolang u een geldige indicatie heeft. Als u na het einde van deze periode nog steeds een Zvw-pgb wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe

indicatie aanvragen bij uw wijkverpleegkundige en vervolgens een nieuwe pgb-aanvraag bij ons indienen, conform artikel 5.

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

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

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

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

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

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

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

Artikel 7: Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

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

7.1.2 Voor het indienen van uw declaraties dient u gebruik te maken van het declaratieformulier formele zorgverlener of het declaratieformulier informele zorgverlener. U kunt deze vinden op onze website. U kunt het declaratieformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Voor formele zorgverleners en voor informele zorgverleners bestaat een apart declaratieformulier.

De nota's die u ontvangt van de zorgverleners, waar u op basis van uw Zvw-pgb een overeenkomst mee heeft gesloten, controleert u en archiveert u in uw dossier. Het toesturen van het pgb-declaratieformulier is voldoende. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, Zvw-pgb aanvraag en akkoordverklaring mag gedeclareerd worden.

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

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

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

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

7.2 Hoogte en omvang declaratie

7.2.1 Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

Soort zorg	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	€ 38,28	€3,19
Verpleging	€ 56,64	€4,72

7.2.2 Voor informele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:

Soort zorg	Uurtarief	Per eenheid van 5 minuten
Persoonlijke verzorging	€ 24,48	€2,04
Verpleging	€ 24,48	€2,04

7.2.3 Onder formele zorgverleners vallen zorgverleners die beschikken over:

a. Een AGB-code uit één van de volgende categorieën:

- 41 ZZP'ers in de wijkverpleging / Zvw-pgb aanbieders / beheerstichtingen
- 42 verzorgingshuizen
- 75 thuiszorginstellingen
- 91 verpleegkundigen
- 98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars; en

b. die zelfstandig of namens de onder a. bedoelde instelling werkzaam zijn als wijkverpleegkundig specialist, wijkverpleegkundige, verpleegkundige met diploma 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.

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

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

Formele zorgverleners die bekend zijn als EVR gesignaleerde aanbieders of waarbij een ernstig vermoeden van fraude is, worden uitgesloten van een vergoeding vanuit het Zvw-pgb.

- 7.2.4 Onder informele zorgverleners vallen in ieder geval zorgverleners die:
- ouders, verzorgers, partner (echtgenoot, geregistreerd partner of andere levensgezel), bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad zijn van u/ budgethouder (deze personen kunnen in geen enkel geval aangemerkt worden als formele zorgverlener voor u/budgethouder) en/of;
 - zorghulp of helpende tot opleidingsniveau 3 zijn en/of;
 - niet zijn ingeschreven als verpleegkundige in het register, bedoeld in art. 3 van de wet BIG, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg en/of;
 - geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als een zorgverlenende organisatie in het Handelsregister.

Deze zorgverleners komen nooit in aanmerking voor het formele tarief.

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

7.3 Overige bepalingen t.b.v. declareren

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

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

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

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

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

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

Artikel 8: Verplichtingen

8.1 U bent verplicht om de afspraken die u maakt met uw zorgverleners schriftelijk vast te leggen in zorgovereenkomsten. In de zorgovereenkomst moet u in ieder geval opnemen:

- NAW-gegevens van verzekerde;
- NAW-gegevens van de zorgverlener;
- relatie tussen verzekerde en de zorgverlener;
- looptijd van de overeenkomst;

- welke zorg zal worden geleverd;
- het aantal uren dat zorg zal worden geleverd en op welke momenten;
- welk tarief u daarvoor zult betalen;
- de AGB-code als het een formele zorgverlener betreft;
- ondertekening door verzekerde of (wettelijke) vertegenwoordiger en zorgverlener.

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

8.2 Wij vergoeden maximaal 40 uur per week voor zorg en verpleging geleverd door partner, bloed- en aanverwanten in de 1e of 2e graad waarmee u een overeenkomst aangaat en op wie het Arbeidstijdenbesluit niet van toepassing is. U moet er ook op letten dat deze zorgverlener in totaal niet meer dan 40 uur per week aan werkzaamheden verricht. Dit is inclusief eventuele andere werkzaamheden, al dan niet voor een Zvw-pgb, die hij/zij verricht op grond van een eventuele andere arbeidsrelatie naast de aan u te leveren zorg. Op het moment dat de bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad een dienstbetrekking heeft, waarbij het Arbeidstijdenbesluit wel 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.

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

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

8.5

a. Als de aard, omvang of duur van uw zorgvraag wijzigt is een nieuwe indicatiestelling door de verpleegkundige noodzakelijk. Dit kan zowel gaan om een verslechtering als een verbetering van uw gezondheidssituatie. U moet dan per direct een nieuwe indicatie aanvragen en een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen.

b. De verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, kan ook minstens 1 keer per jaar op eigen initiatief toetsen of de indicatie nog aansluit bij uw zorgbehoefte en dus nog correct is. Als er op basis van die toetsing een nieuwe indicatie volgt, moet u ook een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. Monitoring en evaluatie zijn onderdeel van het proces van indicatiestelling. Wijzigingen in de zorgbehoefte (indicatiestelling) kunnen leiden tot wijzigingen in de hoogte van het Zvw-pgb.

c. Bij een inventarisatie waaruit blijkt dat de zorgvraag meer dan 24 uur per week omvat, kan er voorafgaande aan het afgeven van de indicatie altijd een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd worden door de wijkverpleegkundige, zodat de zorg wordt afgestemd met de verschillende professionals. Dit staat ook in de richtlijn verslaglegging V&VN.

d. De wijkverpleegkundige is niet meer aan zet als zij besluit dat haar expertise niet meer nodig is gezien de medische situatie van de verzekerde, of als zij van mening is dat er met haar interventies geen verpleegdoel meer bij de verzekerde te behalen valt. Als de inzet van de verpleegkundige expertise niet meer nodig is, kan de (eventuele) overgebleven zorgbehoefte worden overgedragen aan het netwerk, of aan een ander domein.

e. Wanneer u van zorgverlener(s) verandert, of er wijzigingen zijn in uw keuze of de zorgverlener door ons gecontracteerde zorg (Zorg in Natura) of zorg vanuit het Zvw-pgb aan u levert, moet u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. Op basis van deze nieuwe

aanvraag vindt dan, als dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude Zvw-pgb wordt (her)berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 6.6 en 6.7. Het nieuwe Zvw-pgb wordt berekend per de ingangsdatum van dit nieuwe Zvw-pgb.

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

8.7 U bent verplicht om een dossier te beheren en na het beëindigen van het Zvw-pgb voor minimaal vijf jaar te archiveren. Dit dossier bevat tenminste:

- a. een beschikking van de rechtbank als u een wettelijk vertegenwoordiger heeft tenzij u dit van rechtswege bent;
- b. de volledige Zvw-pgb aanvraagformulieren inclusief bijlagen en zorgovereenkomsten;
- c. facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;
- d. bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);
- e. kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties;
- f. uw zorgplan en de administratie over de doelstellingen en evaluatieverslagen.

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

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

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

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

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

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

wordt. Bij een zorgvraag van minder dan 24 uur verpleging en verzorging per week is er afstemming tussen ons, de verpleegkundige en u/budgethouder om gemotiveerd van deze grens af te wijken.

Artikel 9: Herziening of intrekking

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

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

Artikel 10: Beëindigen van het Zvw-pgb

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

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

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

- a. met ingang van de dag waarop u niet langer in staat bent om op eigen kracht te voldoen aan de in artikel 3 genoemde toekenningsvoorwaarden en u ook geen hulp van een vertegenwoordiger heeft;
- b. met ingang van de dag waarop uw vertegenwoordiger, als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toekenningsvoorwaarden:
 1. niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste graad is;
 2. bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
 3. blijkt 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 Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
 7. uw zorgverlener en niet ook uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is;
- c. met ingang van de dag waarop u zich niet (meer) houdt aan de aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen;
- d. met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat met het Zvw-pgb wordt of zal worden voorzien in toereikende zorg van goede kwaliteit en/of doelmatige zorg. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt. Onder doelmatige zorg wordt verstaan in hoeverre met het Zvw-pgb zal worden gewerkt aan de verbetering, het behoud of beperking van achteruitgang van uw gezondheid. Daarmee wordt getoetst of de wijze waarop u uw zorg wil inzetten, gezien uw zorgvraag, effectief is;
- e. met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat de continuïteit van de te ontvangen zorg voldoende 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 één van de situaties zoals beschreven in artikel 4 aan de orde is.

Artikel 11: Terugvordering

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

- De eerste behandeling start binnen een maand na het voorschrift.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- Medisch specialist of huisarts heeft vastgesteld dat verlenging van zorg medisch noodzakelijk is.

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Zorgverlener die patiënten selecteert voor het onderzoek van de voorwaardelijke zorg.
De zorg vindt plaats in een ziekenhuis of Z.B.C.

Wat krijgt u niet vergoed?

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Wijkverpleging en PGB

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Wijkverpleging (artikel B.26.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

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

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 % voor wijkverpleging.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.

Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?

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

Wat zijn de voorwaarden?

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

- Het zorgplan en de indicatiestelling moeten inhoudelijk voldoen aan het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving' van de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).
Bij de indicatie wordt gebruik gemaakt van een digitaal classificatiesysteem.
De indicatiestelling omschrijft en onderbouwt hoeveel en hoe vaak u welke verpleging en verzorging nodig heeft. De HBO-verpleegkundige of verpleegkundig specialist die de indicatie stelt en het behandelvoorstel doet, legt dit vast in een zorgplan. Deze zorgverlener is continu betrokken bij de zorg en bewaakt of de indicatie en het zorgplan (dus de ingezette zorg), nog passen bij de zorgvraag. Als u een PGB heeft, kan deze betrokkenheid en bewaking anders zijn. De voorwaarden hiervoor vindt u in het Reglement Zvw-pgb.
Wij beoordelen of het verpleegkundig proces in de indicatiestelling navolgbaar is.
Wilt u kiezen voor een PGB dan kijken wij aan de hand van de opgestelde voorwaarden en uw zorgindicatie of u in aanmerking komt voor een pgb-verpleging en verzorging (vv). Zie hiervoor ook het Reglement Zvw-pgb in de bijlage.
- De HBO verpleegkundige of de verpleegkundig specialist die de indicatie stelt en het behandelvoorstel doet, is aangesloten bij het netwerk dat in uw omgeving zorg en ondersteuning organiseert.
Dit is bijvoorbeeld een sociaal wijkteam, samenwerking van thuiszorgorganisaties en huisartsen en ziekenhuis.
- De zorgverlener of zorgverlenende instantie moet beschikken over een AGB-code wijkverpleging en over gekwalificeerd personeel.
De zorgverlener de zorg verleent en declareert heeft daarom de beschikking over ten minste één persoon met een AGB-code 'Verpleegkundige niveau 5' of hoger die duurzaam verbonden is aan de zorgverlener. Of er meer verpleegkundigen niveau 5 beschikbaar moeten zijn is afhankelijk van welke zorg wordt geleverd. U kunt bij ons navragen of de zorgverlener aan deze voorwaarden voldoet.
- Bepaalde zorgvormen moeten verleend worden door gespecialiseerde verpleegkundigen.
Bijvoorbeeld bepaalde verpleegtechnische handelingen en casemanagement dementie. Ons Zorgteam kan u helpen een passende zorgverlener te vinden.
- Advies om bij zorg op grond van verschillende wetten tegelijkertijd (integrale zorg) contact met ons op te nemen.
Bijvoorbeeld zorg vanuit de Zorgverzekeringswet, Jeugd-wet, WMO en Wlz.
Voor integrale zorgverlening hebben wij afspraken met gemeenten gemaakt. Wij doen dit om de uitvoering van onze wettelijke taken op grond van de Zorgverzekeringswet en WMO op elkaar af te stemmen. De afspraken die van belang zijn voor uw zorgverzekering staan in deze verzekeringsvoorwaarden.
- Als u kiest voor een PGB, moet u zelf de taken en verplichtingen rond het PGB uit kunnen voeren.
 - U bent naar ons oordeel in staat om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn, op verantwoorde manier uit te voeren. De aspecten die meewegen in onze beoordeling daarbij staan in het Reglement Zvw-pgb Verpleging en Verzorging.
 - U bent naar ons oordeel in staat om op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de zorgverleners die u heeft gekozen op zodanig aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of wordt van verantwoorde zorg;
 - U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een pgb geleverd wil en kan krijgen.
Mocht u naar ons oordeel niet in staat zijn om aan al deze voorwaarden te voldoen, dan verlenen wij u geen toegang tot het Zvw-pgb, of we stellen aanvullende eisen waaraan moet worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb;
 - Alle specifieke voorwaarden en informatie over het aanvragen van PGB vindt u in het Reglement Zvw-pgb Verpleging en Verzorging.
- Voor zorg vanuit een PGB moet het gaan om zorg die u langer dan 1 jaar nodig heeft of het moet gaan om palliatieve terminale zorg (PTZ).
PTZ betekent dat door uw behandelend arts is vastgesteld dat de ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.

Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?

- De indicatiestelling voor volwassenen vanaf 18 jaar wordt gedaan door minimaal een BIG-geregistreerde HBO verpleegkundige.
De indicatie is opgesteld in uw eigen omgeving waarbij u zelf aanwezig bent.
- De indicatiestelling kinderen onder de 18 jaar wordt gedaan door minimaal een BIG-geregistreerde HBO-kinderverpleegkundige of een verpleegkundig specialist.
 - Deze verpleegkundig specialist moet een opleiding tot kinderverpleegkundige hebben;
 - deze kinderverpleegkundige of verpleegkundig specialist moet werkzaam zijn bij een zorgverlener die is aangesloten bij de BINKZ (Branchevereniging Integrale Kindzorg)
 - de indicatie is opgesteld in de eigen omgeving van het kind waarbij het kind zelf aanwezig is met de ouder(s) of andere wettelijk vertegenwoordiger (bijvoorbeeld mentor of curator).

Heeft u een akkoordverklaring nodig?

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

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Akkoordverklaring](#).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Verpleegkundige niveau 4 of 5 met BIG-registratie.
- Zorgverlener (beroepskracht) die bevoegd en bekwaam is voor de handelingen die zij uitvoeren en kunnen dit desgevraagd aantonen.
Voorbehouden handelingen worden volgens de geldende kaders en normen uitgevoerd. Bij twijfel over de legitimiteit van handelen van een zorgmedewerker kunt u contact opnemen met ons Zorgteam.
- Als u de zorg inkoopt met een PGB kan het ook een andere zorgverlener zijn dan de bovenstaande zorgverleners. De voorwaarden voor die zorgverlener kunt u vinden in het Reglement Zvw-pgb.

Waar vindt de behandeling plaats?

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

Wat krijgt u niet vergoed?

- Kraamzorg.
Deze zorg vergoeden wij uit het artikel 'Zorg na de bevalling'.
- Wijkverpleging in combinatie met verblijf in een instelling, behalve als het om Intensieve Kindzorg gaat.
- U kunt geen zorg met PGB inkopen ingeval van Intensieve Kindzorg in combinatie met verblijf in een instelling.

- Zorg bij kinderen jonger dan 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL).
Deze zorg valt onder de Jeugdwet omdat de zorg dan niet in geneeskundige context plaatsvindt.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Algemene uitsluitingen](#).

Zorg na de bevalling

Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?

Kraamzorg en verloskundige zorg na de bevalling bij u thuis (artikel B.7.)

Voor welke zorg bent u verzekerd?

- Verloskundige zorg na de bevalling bij u thuis.
- Kraamzorg na de bevalling bij u thuis.

Wat is uw vergoeding?

- Vergoeding van 100 %, verdeeld over maximaal 6 weken voor kraamzorg en verloskundige zorg na de bevalling bij u thuis.
- Dit is zorg in natura en dan vergoeden wij:
 - Bij zorgverleners met contract voor deze zorg: 100% van het afgesproken tarief.
 - Bij zorgverleners zonder contract voor deze zorg: 65% van uw rekening tot maximaal 65% van het gemiddelde tarief dat we hebben afgesproken met zorgverleners die wel een contract hebben.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel [Tarieven](#).

Wat betaalt u zelf?

- Wettelijke eigen bijdrage voor kraamzorg is € 5,10 per uur.
- Voor deze zorg geldt geen eigen risico.
- Vanaf 18 jaar geldt wel eigen risico voor bijkomende zorg zoals medicijnen of (ambulance)vervoer.

Wat zijn de voorwaarden?

- U regelt de kraamzorg zelf. U doet dit uiterlijk in de 20e week van uw zwangerschap.
Voor advies of hulp kunt u contact met ons opnemen.
- De inschrijving en intake voor kraamzorg gebeurt vóór de bevalling of de kraamzorg.
Dit mag bij u thuis of telefonisch. Tijdens de intake bespreekt u het aantal dagen kraamzorg en het aantal uren per dag.
- De verloskundige of medisch specialist stelt na de bevalling vast hoeveel uren en dagen er kraamzorg nodig is.
Dit gebeurt aan de hand van het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. U kunt dit protocol bij ons opvragen of vinden op onze website.
- De kraamzorg volgt direct op de bevalling.
De kraamzorg is voor:
 - de (biologische) moeder;
 - de verzorger (bijv. bij adoptie of draagmoederschap). Een verloskundige of medisch specialist stelt dit vast;
 - het geboren kind (of kinderen).

Waar kunt u terecht voor deze zorg?

- Kraamverzorgende.
De kraamverzorgende is zelfstandig werkzaam of is in dienst van een instelling die de kraamzorg organiseert.
De kraamverzorgende voldoet aan al deze voorwaarden: