



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, vertegenwoordigd door C te D, tegen VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), psychische klachten

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1 en 2.10 Bzv, 2.29a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 202001973

Zittingsdatum : 16 december 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (G.R.J. de Groot, H.A.J. Kroon en L. Ritzema)

1. Partijen

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

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 4 september 2020 heeft verzoeker per brief de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een bindend advies uit te brengen.
- 2.2. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 oktober 2020 per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 2 november 2020 aan verzoeker gezonden.
- 2.3. Op 23 november 2020 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020047210) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie is op 24 november 2020 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 16 december 2020 gehoord.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de na het voorlopig advies ontvangen stukken zijn op 21 december 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 14 januari 2021 heeft het Zorginstituut per brief aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld hierop te reageren, maar hebben van deze mogelijkheid geen gebruik gemaakt.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen VGZ GemeentePakket Compleet en Herverzekeren Eigen Risico (hierna gezamenlijk: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 3.2. Als gevolg van een bedrijfsongeval is verzoeker aangewezen op zorg van zijn echtgenote. Hij ontvangt hiervoor al enkele jaren van de ziektekostenverzekeraar een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna PGB vv). Eind 2019 heeft hij bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor verlenging van het PGB vv.

3.3. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in de 'Nanda Diagnoselijst 1.0' van 17 december 2019 over verzoeker verklaard:

"(...) Klasse 1: Gezondheidsbesef

17-12-2019

Anamnese is afgenomen in het bijzijn van echtgenote, dhr. ligt op de bank en lijkt afwezig. Dhr. woont samen met zijn echtgenote en twee kinderen in een eengezinswoning. Dhr. brengt hele dagen op de bank door, en onderneemt geen tot weinig leuke dingen. Dit lukt niet. Dhr. werkt ook niet. Dhr. heeft sinds het ongeluk geprobeerd te werken, maar vanaf dat moment heeft dhr. een grotere terugval gehad waardoor hij niet meer kan werken.

Klasse 2: Gezondheidsmanagement

17-12-2019

Dhr. heeft 13 jaar geleden een bedrijfsongeval gehad waarbij een heftruck op zijn onderlichaam is gekomen. Ten gevolge hiervan heeft dhr. meerdere operaties aan zijn rechteronderbeen gehad waarbij de helft van de kuit getransplanteerd is. Ook heeft dhr. aan dit been een huidtransplantatie ondergaan. Hierdoor is het lastig voor dhr. om dit been te belasten. Ook is zijn linkervoet tijdens het ongeluk verbrand aan de onderkant waardoor hier eeltvorming en littekens zichtbaar zijn. Dhr. heeft sindsdien last van zenuwpijn aan de onderkant van zijn linkervoet. Dhr. is de afgelopen jaren meerdere keren opgenomen geweest in verband met erysipelas. Dhr. heeft op de plaats van de huidtransplantaties snel wondjes doordat de huid hier erg dun is. Dhr. heeft sinds het ongeluk ondersteuning vanuit een psycholoog. Deze komt 1x per 3-4 weken en biedt hulp bij het omgaan met depressieve gevoelens, de traumatische ervaring en angstaanvallen die hierdoor zijn ontstaan. Zo raakt dhr. in paniek bij het zien van groene en/of gele kleuren omdat de heftruck deze kleuren ook had. Ook sirenes kunnen een angst/paniek aanval bij dhr veroorzaken. (...)

Klasse 1: Voedselinname

17-12-2019

Dhr. heeft weinig eetlust. Dhr. probeert 4x daags te eten, 2x brood en 2x warm. Er zijn geen problemen met kauwen en/of slikken. Echtgenote bereidt de maaltijden voor dhr. Dhr. heeft een gewicht van ongeveer 100kg. Er is geen diëtiste betrokken

Klasse 4: Stofwisseling

17-12-2019

Vader van dhr. is bekend met diabetes melitus. Dhr. en echtgenote zijn bang dat dhr. dit ook zal krijgen en om deze reden laat dhr. met regelmaat zijn bloedsuikers controleren. Ook heeft hij zelf een meetapparaatje in huis. Tot nu toe is er geen diabetes vastgesteld, maar dhr heeft af en toe een hogere waarde dan normaal.

Klasse 5: Vochthuishouding

17-12-2019

Dhr. drinkt gemiddeld 2.5L per dag. Dhr. heeft veel dorst vanwege een droge mond. Dhr. drinkt vooral thee en water. Er is geen sprake van een vochtbeperking. (...)

Klasse 1: Blaasfunctie

17-12-2019

Dhr. is continent voor urine. Dhr heeft ondersteuning nodig bij de transfers naar het toilet. Dhr draagt geen incontinentiemateriaal.

Klasse 2: Maag- darmfunctie

17-12-2019

Dhr. is continent voor ontlasting. Dhr. heeft niet dagelijks ontlasting, wanneer de ontlasting 2 tot 3 dagen uitblijft dient echtgenote een klysma toe waarna dhr ontlasting heeft. Dhr heeft hulp nodig bij transfers van en naar het toilet en bij het toepassen van hygiëne (...)

*Klasse 1: Slaap/rust
17-12-2019*

Dhr. gaat tussen 21.00 en 22.00 uur [naar] bed en staat normaliter rond 9.00 uur op. Dhr. wordt gemiddeld drie keer per nacht wakker vanwege pijn, doordat hij in een verkeerde houding ligt. Echtgenote ondersteunt dhr. dan om een andere houding aan te nemen, omdat dhr. geen kracht heeft om zelf om te draaien. Dhr. neemt dan een extra temazepam waarna hij weer redelijk in kan slapen. Dhr. ligt gedurende de dag op de bank, waar hij ook nog regelmatig slaapt. Als dhr. een slechte nacht heeft gehad, blijft hij de hele dag op bed liggen.

*Klasse 2: Activiteit/lichaamsbeweging
17-12-2019*

Dhr. maakt gebruik van een op maat aangepaste rolstoel (géén elektrische). Dhr. kan nauwelijks lopen vanwege de pijn in de voeten, en doordat dhr. een deel van zijn kuit mist. Dhr. gaat niet alleen naar buiten, doet dit altijd onder begeleiding van iemand anders. Dhr. komt alleen buiten voor afspraken, het kost dhr. veel moeite om buiten te komen, en daarbij geeft hij aan er ook geen energie voor te hebben. Er is geen traplift in huis, dhr. komt met ondersteuning van zijn echtgenote zeer moeizaam boven maar het lukt uiteindelijk wel.

*Klasse 3: Energiebalans
17-12-2019*

Dhr. geeft aan weinig energie te hebben, komt niet tot alle gebruikelijke activiteiten en slaapt veel overdag. (...)

*Klasse 1: Zelfbeeld
17-12-2019*

Dhr. vervult de rol van echtgenoot en vader. Dhr voelt zich schuldig tegenover zijn echtgenote en kinderen, doordat hij niet alles kan doen wat een 'normale vader' zou doen. Dhr. bespreekt deze gevoelens met zijn psycholoog. Dhr. heeft weinig sociale contacten, zijn psycholoog is als een vriend voor hem, met hem kan hij alles bespreken. Verder heeft dhr. weinig vrienden, hij heeft vooral moeite met het onderhouden van sociale contacten.

*Klasse 2: Zelfachting
17-12-2019*

Dhr. was vroeger altijd bezig, dhr. werkte al van jongs af aan en deed dit met plezier. Na het ongeluk heeft dhr. nog geprobeerd te werken, hierbij heeft dhr een ernstige terugval gehad waardoor hij nu niet meer kan werken. (...)

*Klasse 2: Copingreacties
17-12-2019*

Dhr. heeft een psycholoog welke eens per 3-4 weken langskomt. Dhr. bespreekt met hem hoe het gaat en hoe hij met zijn problemen omgaat. Echtgenote geeft aan dat dhr. snel in paniek raakt, bijvoorbeeld bij geel/groene kleuren doordat de heftruck waarmee het ongeluk gebeurde deze kleuren ook had. Ook kan dhr. angstig raken van het geluid van een sirene, en ook in de auto of in kleine ruimtes voelt dhr. angst en paniek. Dhr. heeft geprobeerd te werken, maar dit lukte niet. Dhr. was vroeger actief en vond zijn werk leuk. Echtgenote geeft aan dat dhr. er veel moeite mee heeft dat hij niet meer kan werken. (...)

Verpleegkundige besluitvorming: Lijn 1:

Er is sprake van chronische pijn sinds het ongeval met de heftruck. Door deze pijn bestaat er een mobiliteitstekort en ambulantietekort. Hierdoor is dhr. afhankelijk van anderen bij wassen en toiletgang. Vanwege de pijn en het mobiliteitstekort waardoor dhr. moeizaam draait in bed, is er sprake van slapeloosheid, Als de pijn zou verminderen, zou dit een positief effect hebben op de

meeste diagnoses beschreven op lijn 1. Vanwege de duur en hoeveelheid van zorg is er een risico op overbelasting van de mantelzorger. Door medicatiegebruik is er een risico op acute verwardheid en risico op obstipatie.

Lijn 2:

Er is sprake van ineffektieve perifere weefselperfusie waarvoor dhr steunkousen heeft. Door een ineffektief persoonlijk gezondheidsmanagement lukt het niet om de steunkousen zelfstandig aan en uit te krijgen. Vanwege de sch[e]urende krachten is er een risico op huiddefecten.

Lijn 3:

Bijna alle diagnoses op lijn 3 zijn geparkeerd. Deze diagnoses worden behandeld en/of gemonitord door de psycholoog. Door een chronische geringe zelfachting is er sprake van moedeloosheid en angst. Dit uit zich in depressieve klachten waardoor het dhr. niet lukt om activiteiten te ondernemen gedurende de dag. Mede daardoor is er een gebrek aan sociale contacten waardoor dhr. een sociaal isolement heeft met daarbij een risico op eenzaamheid. Door gesprekken met een psycholoog wordt getracht deze gevoelens te verminderen.

Besluit:

Zorg vanuit een PGB zal worden ingezet door echtgenote. Zij zal dhr. ondersteunen bij de persoonlijke zorg waardoor dhr. minder pijn ervaart tijdens de persoonlijke zorg, en hygiëne behouden kan blijven. Daarbij wordt getracht het risico op vallen te verminderen. Dhr staat onder behandeling van een psycholoog welke de diagnoses op lijn 3 beschreven behandell[t]. (...)"

- 3.4. De indicierend wijkverpleegkundige heeft in het zorgplan van 24 december 2019 over verzoeker verklaard:

"(...) Ochtend (informele zorgverlener)

Ondersteunen bij transfer uit bed naar badkamer

- *Ondersteunen bij wassen*
- *Insmeren van het rechterbeen*

Aantrekken van steunkous tot de lies aan het rechterbeen

- *Bij evaluatie blijkt dat persoonlijke hygiëne behouden is*
- *Bij evaluatie blijkt dat pijn dragelijk is met pijnmedicatie*
- *Ondersteunen bij transfer naar de bank in de woonkamer*

Totaal: 60 minuten persoonlijke zorg per dag door informele zorgverlener

Middag:

Uittrekken steunkous rechterbeen

- *Insmeren van het rechterbeen*
- *Aantrekken van steunkous tot aan de lies*

Totaal: 20 minuten persoonlijke zorg per dag door informele zorgverlener

Avond:

Ondersteunen bij transfer van beneden naar boven (slaapkamer)

Uittrekken steunkous rechterbeen

Insmeren van het rechterbeen

Ondersteunen bij omkleden naar pyjama

Totaal: 40 minuten persoonlijke zorg per dag door informele zorgverlener

Ongeplande zorg:

Ondersteunen bij transfer van en naar toilet bij mictie en/of ontlasting

Totaal: 20 minuten persoonlijke zorg per dag door informele zorgverlener

Totaal per dag: 60 + 20 + 40 + 20 = 140 minuten (2 uur en 20 minuten) persoonlijke zorg door informele zorgverlener

Totaal per week: 140 x 7 = 980 minuten (16 uur en 20 minuten) persoonlijke zorg door informele zorgverlener

Dhr. [naam verzoeker]

- Dhr. volgt behandelingen van deskundig(...)en zoals psycholoog en artsen op*
- Dhr. nuttigt maaltijden zelfstandig*
- Dhr. neemt na aanreiken medicatie zelfstandig in*

Gebruikelijke mantelzorg:

- Echtgenote gaat mee naar afspraken buitenshuis*
- Echtgenote regelt vervoer voor afspraken buitenshuis*
- Echtgenote verzorgt huishoudelijke taken en boodschappen*
- Echtgenote verzorgt de administratie (...)"*

De wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld op basis van 16 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week.

3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 17 maart 2020 per brief aan verzoeker meegedeeld dat geen aanspraak bestaat op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.

3.6. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Op 3 juni 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.

3.7. Op 23 november 2020 heeft het Zorginstituut per brief het volgende verklaard:

"(...) Het dossier bevat een PGB vv aanvraag met het daarbij behorende zorgplan. Daarnaast is in het dossier een brief van de huisarts en een brief van de behandelend sociaal psychiatrisch verpleegkundige en psycholoog aanwezig.

Op basis van het zorgplan en de overige informatie in het dossier is de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg onduidelijk. Dat verzoeker beperkingen heeft in de mobiliteit als gevolg van het ongeval is evident. De geïndiceerde zorg vloeit echter niet evident voort uit de beperkingen van verzoeker.

De geneeskundige context is onvoldoende onderbouwd, het is op basis van het zorgplan onduidelijk waarom sprake is van geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Daarnaast is onduidelijk waarom verzoeker niet in staat is om de zorg zelfstandig uit te voeren en waar de ondersteuning uit bestaat.

Conclusie

Het zorgplan is onvoldoende onderbouwd. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat sprake is van een geneeskundige context. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering. (...)"

3.8. Het Zorginstituut heeft op 14 januari 2021 verklaard:

"(...) Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen.

Naar aanleiding van de aanvullende stukken merkt het Zorginstituut het volgende op. De geneeskundige context van de geïndiceerde zorg is nog steeds onvoldoende onderbouwd. Het zorgplan is alleen op enkele punten aangepast. Daarnaast is het zorgplan niet aangepast in de aanwezigheid van verzoeker. De indicierend wijkverpleegkundige geeft aan dat ze bepaalde onderdelen van het zorgplan, zoals bijvoorbeeld de cognitie, niet heeft kunnen beoordelen vanwege de afwezigheid van verzoeker.

Uw commissie vraagt het Zorginstituut of het feit dat verzoeker zware pijnmedicatie neemt, waardoor hij suf wordt en depressief, een geneeskundige context kan opleveren voor de door hem gewenste zorg. Dat is in principe mogelijk en hangt af van de situatie. In het geval van verzoeker heeft de indicierend wijkverpleegkundige onvoldoende onderbouwd dat sprake is van een geneeskundige context. (...)"

4. Geschil

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is het PGB vv alsnog aan hem te verstrekken, ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. De ziektekostenverzekeraar heeft verweer gevoerd tegen dit verzoek.

5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10 van de voorwaarden van de zorgverzekering.

6. Beoordeling

- 6.1. 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.

Standpunten partijen

- 6.2. Verzoeker heeft aangevoerd dat hij veertien jaar geleden een zeer ernstig bedrijfsongeval heeft gehad, waarbij een heftruck op zijn onderlichaam terecht is gekomen. Hij heeft hiervan veel schade overgehouden, onder meer aan zijn rechterbeen. De helft van zijn kuitspier bleek niet meer te redden en is operatief verwijderd. De andere helft is aan de voorkant verplaatst door middel van diverse huidtransplantaties. Zijn huid is hierdoor heel dun en gevoelig. Verzoeker heeft veel pijn en heeft meerdere keren per dag verzorging nodig, onder ander om infecties en droogheid te voorkomen. Hij is in de afgelopen jaren diverse keren opgenomen in verband met erysipelas (een acute infectie van de huid). Aan zijn linkervoet heeft verzoeker ook letsel overgehouden. Een brandwond aan de onderkant van zijn linkervoet heeft een litteken achtergelaten dat niet goed is genezen, waardoor verzoeker veel last heeft van pijn en eeltvorming. Hij kan hierdoor ook niet goed op zijn voet staan of steunen. In verband met de pijnklachten is verzoeker ook aangewezen op verschillende medicijnen. Hij kan zichzelf niet meer goed verplaatsen en heeft continu iemand in de nabijheid nodig. Door de aanhoudende beperkingen en pijn heeft verzoeker ook psychische problemen. Het gaat hierbij om depressieve gevoelens en angstaanvallen door het ongeval.
- 6.3. Verzoeker ontvangt al sinds 2013 een PGB vv in verband met de aan hem te verlenen Persoonlijke Verzorging. In de periode van 9 februari 2017 tot 31 december 2019 heeft hij een PGB vv gekregen op basis van 17 uren Persoonlijke Verzorging per week. Op 27 december 2019 heeft hij een nieuwe aanvraag ingediend voor een PGB vv op basis van 16 uren en 20 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Volgens de ziektekostenverzekeraar is een PGB vv niet mogelijk omdat de zorg die verzoeker nodig heeft, geen verband zou houden met een behoefte aan geneeskundige

zorg of een verhoogd risico daarop. De zorg die verzoeker nodig heeft, vloeit volgens de ziektekostenverzekeraar (deels) voort uit zijn psychische aandoening. Verzoeker zou meer zelfredzaam zijn met het gebruik van hulpmiddelen en door een ergotherapeut in te schakelen.

- 6.4. Verzoeker vindt de beslissing van de ziektekostenverzekeraar onnavolgbaar, omdat niet wordt toegelicht waarom van de indicatie van de wijkverpleegkundige wordt afgeweken. In beginsel is het oordeel van de wijkverpleegkundige die de indicatie stelt leidend. De wijkverpleegkundige heeft immers kennis van de normen die voor de indicatiestelling gelden en is ook bij de verzekerde thuis geweest om met hem te spreken en de situatie in ogenschouw te nemen. In dit geval heeft de indicerende wijkverpleegkundige een anamnese afgenomen in de eigen woonomgeving van verzoeker. Dat heeft geresulteerd in een uitgebreide diagnoselijst. In het zorgplan staat duidelijk dat verzoeker aan chronische pijn lijdt en wat dit betekent voor zijn zorgbehoefte. De wijkverpleegkundige heeft de noodzakelijke interventies opgenomen en aangegeven hoeveel tijd hiermee gemoeid is. De gebruikelijke mantelzorg is hierin verwerkt. De ziektekostenverzekeraar kan niet vanachter het bureau besluiten dat een verzekerde eigenlijk toch geen zorg nodig heeft.
- 6.5. Verzoeker heeft in het verleden, na en tijdens zijn revalidatie, zowel fysiotherapie als ergotherapie gehad. Vanwege het gebrek aan concentratie door de pijnstillers die hij inneemt, alsmede door de lichamelijke pijn, hebben zijn behandelaars geconcludeerd dat het voortzetten van de therapie waarschijnlijk geen verbetering meer zal brengen. Verzoeker is door hen dan ook uitbehandeld. De woning van verzoeker is ook al uitgebreid aangepast aan zijn beperkingen. Een ruimte op de begane grond is verbouwd tot een badkamer met een douchestoel en steunbeugels. Binnenshuis maakt verzoeker veel gebruik van een rollator. Hij heeft echter ook hierbij steun nodig, omdat het teveel pijn doet om op zijn benen te staan. Verder is er een verhoogd toilet met steunbeugels en een verhoger voor zijn been ten behoeve van de toiletgang. Verzoeker heeft ook een aangepaste rolstoel voor buitenshuis. Hij is volledig arbeidsongeschikt bevonden door het UWV vanwege zijn lichamelijke situatie. De ziektekostenverzekeraar heeft dan ook ten onrechte besloten hem geen PGB vv toe te kennen.
- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de medische onderbouwing die in het dossier van verzoeker aanwezig is, de geïndiceerde zorgvraag niet verklaart. Uit de medische informatie blijkt dat verzoeker vanwege letsel aan voeten en benen beperkingen heeft bij het staan en lopen. Daarnaast geeft hij aan dat de huid van het rechterbeen gevoelig is, zodat deze goed moet worden verzorgd. Eerder heeft verzoeker last gehad van een infectie waarvoor hij in het ziekenhuis opgenomen is geweest. Deze medische onderbouwing verklaart echter niet waarom verzoeker fysiek niet in staat zou zijn zichzelf te kleden, te wassen, zijn been in te smeren, zijn steunkousen aan en uit te trekken, en naar het toilet te gaan.
- 6.7. De ziektekostenverzekeraar ontving van de behandelend psycholoog een brief waarin wordt toegelicht dat verzoeker gediagnosticeerd is met een DSM 5 diagnose, namelijk ongespecificeerde somatische-symptoomstoornis. Ondersteuning bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen die voortvloeit uit een psychische aandoening valt niet onder de Zvw. Dit is geen zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij de zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een verhoogd risico daarop.
- 6.8. Daarnaast is de volledige overname van zorg in de situatie van verzoeker niet doelmatig. Gezien zijn leeftijd en klachten is de ziektekostenverzekeraar van mening dat volledige overname niet wenselijk is, omdat dit anti-revaliderend werkt. De kracht van verzoeker is in de tijd volgens een verklaring van hemzelf afgenomen. Hiervoor is geen medische verklaring gegeven. Het is belangrijk dat verzoeker wordt gestimuleerd en geactiveerd om zichzelf te verzorgen. Ook zijn er mogelijk hulpmiddelen die de zelfredzaamheid van verzoeker kunnen vergroten. Een voorbeeld hiervan is een hulpmiddel om zelf de steunkousen aan- en uit te trekken.
- 6.9. Verzoeker heeft verder opgemerkt dat hij eerder wel een PGB vv verstrekt heeft gekregen. De ziektekostenverzekeraar beoordeelt een aanvraag echter aan de hand van de op dat moment geldende voorwaarden en de op dat moment beschikbare informatie. Tijdens de beoordeling van

de aanvraag ontving de ziektekostenverzekeraar nieuwe informatie, waardoor hij op een andere beslissing is uitgekomen dan voorheen. Deze bevindingen zijn besproken met de indicierend wijkverpleegkundige. Uit het gesprek met de wijkverpleegkundige blijkt dat zij van mening was dat psychische klachten een grote rol spelen in de oorzaak van de zorgvraag van verzoeker. Omdat er een vorige indicatie lag, de echtgenote van verzoeker heeft aangegeven dat er niets was veranderd, en verzoeker al een PGB vv ontving, heeft zij de juistheid van de eerder gestelde indicatie aangenomen en de zorgvraag niet opnieuw en onafhankelijk beoordeeld.

Overwegingen

- 6.10. De vraag die moet worden beantwoord, is of verzoeker behoort tot de doelgroep van verzekerden waarvoor het PGB vv is bedoeld, als omschreven in artikel 2 van het 'Reglement Persoonsgebonden Budget Verpleging en Verzorging 2020' van de ziektekostenverzekeraar (hierna: het reglement). Dit is het geval als een behoefte bestaat aan Verpleging of Persoonlijke Verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een verhoogd risico daarop.
- 6.11. Vast staat dat verzoeker fysieke klachten ondervindt als gevolg van het bedrijfsongeval. Deze klachten uiteten zich met name in de benen en voeten, waar hij het letsel heeft opgelopen. Verder heeft verzoeker veel pijn, waarvoor hij pijnmedicatie gebruikt die hem suf maakt. Het kan daarom zijn dat hij Verpleging en/of Persoonlijke Verzorging nodig heeft, waarvoor hij een PGB vv kan ontvangen. Los van de wijze waarop de zorg wordt gefinancierd – hetzij als zorg in natura hetzij door middel van een PGB vv – moet de indicierend wijkverpleegkundige in het zorgplan onderbouwen welke beperkingen verzoeker ondervindt, welk geneeskundig risico hierdoor ontstaat, en op welke wijze verzoeker hierbij dient te worden geholpen. De wijkverpleegkundige moet rekening houden met wat hij zelf nog kan en wat gebruikelijke zorg is die van het netwerk kan worden verlangd.
- 6.12. Uit de adviezen van het Zorginstituut van 23 november 2020 en van 14 januari 2021 volgt dat het zorgplan onvoldoende is onderbouwd. Het Zorginstituut adviseert daarom tot afwijzing van het verzoek. De commissie neemt dit advies over en tekent hierbij aan dat bij de huidige stand van zaken niet ter discussie staat dat verzoeker zorg nodig heeft, alleen zijn de omvang en de geneeskundige context hiervan in het zorgplan onvoldoende onderbouwd. Het ontbreken van een voldoende onderbouwing ligt in de risicosfeer van verzoeker. Een en ander leidt tot de conclusie dat hij geen aanspraak heeft op een PGB vv, ten laste van de zorgverzekering.
- 6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 februari 2021,

L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

2. Nationale wet- en regelgeving
(bron: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>)

gerelateerd gezondheidsrisico (GGR). Het GGR wordt bepaald aan de hand van de Zorgstandaard Obesitas. 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.
- Een overzicht van de door ons gecontracteerde zorgaanbieders vindt u op onze website.

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen. Kijk voor meer informatie in artikel 1.4 en 1.6 van deze verzekeringsvoorwaarden.

Verwijsbrief nodig van

Huisarts.

Artikel 14. Verpleging en verzorging (wijkverpleging)

Dit krijgt u vergoed

Uw recht op verpleging en verzorging omvat zorg zoals verpleegkundigen deze 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. U heeft ook recht op zorg zoals een verpleegkundige pleegt te bieden als u gebruik heeft gemaakt van een noodoproep via een personenalarmering (bijvoorbeeld als u thuis bent gevallen).

Onder deze zorg valt ook verpleegkundige dagopvang intensieve kindzorg in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kindzorghuis. Intensieve kindzorg (IKZ) is zorg aan kinderen tot 18 jaar waarbij sprake is van behoefte aan zorg zoals verpleegkundigen 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 alleen recht op deze zorg als u een indicatie voor verpleging en/of verzorging heeft en er een zorgplan is opgesteld. De indicatie wordt gesteld door een hbo-verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze stelt in overleg met u een zorgplan op dat voldoet aan de richtlijnen van de beroepsgroep Verpleging & Verzorging Nederland. Het zorgplan beschrijft de zorg die u nodig heeft in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen. De indicatie voor verpleging en verzorging voor verzekerden jonger dan 18 jaar wordt gesteld door een hbo-kinder-verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Deze stelt samen met de ouders en kinderarts een zorgplan op. Dit zorgplan beschrijft de zorg die nodig is in aard, omvang en duur, met de daarbij gestelde doelen.

Persoonsgebonden budget (pgb)

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

Eigen risico

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

Hier kunt u terecht

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

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

Gaat u naar een zorgaanbieder waarmee wij voor de betreffende zorg geen overeenkomst hebben gesloten? Houdt u er dan rekening mee dat u waarschijnlijk een deel van de kosten zelf moet betalen.

Kijk voor meer informatie 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 overeenkomst 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 overeenkomst hebben, maken wij over op het rekeningnummer van de verzekeringnemer.

Toestemming

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

Artikel 15. Verloskundige zorg en kraamzorg

15.1. Verloskundige zorg

Dit krijgt u vergoed

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

Deze zorg omvat ook:

- Preconceptiezorg (kinderwensconsult)

Als u een kinderwens heeft, kunt u gebruikmaken van preconceptiezorg. In artikel 11 punt 1 is aangegeven wat er onder deze zorg wordt verstaan.
- Counseling

Als u zwanger bent en u denkt erover om een prenatale screening naar aangeboren afwijkingen te laten doen, dan heeft u in de meeste gevallen eerst een uitgebreid gesprek met uw huisarts, verloskundige of medisch specialist. Dit gesprek wordt ook wel de counseling genoemd. In dit gesprek ontvangt u informatie over de inhoud en reikwijdte van prenatale screening. U kunt dan weloverwogen een besluit nemen of u deze screening wilt. Het gaat dan met name om de combinatietest en de twintig-weeken echo (SEO; Structureel Echoscopisch Onderzoek).
- De combinatietest, de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en de invasieve diagnostiek als u een medische indicatie heeft. U heeft ook recht op een NIPT als uit een combinatietest blijkt dat u een aanmerkelijke kans heeft op een kind met een chromosoomafwijking. U heeft recht op invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie) als uit een combinatietest of NIPT blijkt dat u een aanmerkelijke kans heeft op een kind met een chromosoomafwijking.

Reglement Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging 2020 (Zvw-pgb)

Artikel 1. Inleiding

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 14, verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2020 van:

- Bewuzt Basis
- Gewoon ZEKUR Zorg
- Gewoon ZEKUR Zorg Vrij
- IZA Ruime Keuze
- IZA Eigen Keuze
- IZZ Basisverzekering, Variant Natura
- IZZ Basisverzekering, Variant Restitutie
- IZZ Basisverzekering, Variant Bewuzt
- Univé Zorg Select polis
- Univé Zorg Geregeld polis
- Univé Zorg Vrij polis
- UMC Zorgverzekering
- VGZ Ruime Keuze
- VGZ Eigen Keuze

Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 4.4 verpleging en verzorging van de verzekeringsvoorwaarden 2020 van de Modelovereenkomst Zorgzaam.

Artikel 2. Doelgroep Zvw-pgb

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

Daarnaast dient u:

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

Artikel 3. Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

1. u bent in het bezit van een indicatie voor verpleging en verzorging zoals benoemd in artikel 2.1. van dit reglement. Deze indicatie is op het moment dat uw aanvraag door ons is ontvangen niet ouder dan 3 maanden.
2. u bent naar ons oordeel in staat met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit.
3. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. De volgende aspecten wegen wij mee in onze beoordeling:
 - a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wlz, Wmo, Zorgverzekeringswet of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
 - b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de Zvw-pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
 - c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
 - d. u heeft of had het afgelopen jaar een betalingsachterstand in de premie van minimaal vier maanden;
 - e. u valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
 - f. u heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard.
4. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;
5. u bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te motiveren dat u de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.

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

Artikel 4. Weigeringsgronden

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

1. u bent bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
2. u beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
3. uw vrijheid is u 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 ingezet kan worden door het eigen (cliënt) netwerk (voorheen genoemd: gebruikelijke zorg) en wat de verzekerde en zijn naasten zelf kunnen doen. Onder deze zorg verstaan wij zorg die naar algemeen aanvaardbare opvattingen, en op basis van de belasting en belastbaarheid van het netwerk binnen de zorgsituatie van de betrokkene, in redelijkheid mag worden verwacht van de huisgenoten. Het uitgangspunt voor de indicatiestelling is het Begrippenkader Indicatieproces V&VN. Onder huisgenoten verstaan wij de partner, ouders, inwonende kinderen en anderen met wie verzekerde duurzaam gemeenschappelijk een woning bewoont.

Artikel 5. Aanvraag Zvw-pgb

1. U kunt een Zvw-pgb aanvragen door ons Zvw-pgb formulier in te vullen, te ondertekenen en naar ons op te sturen. U vindt ons formulier op onze website. U kunt het Zvw-pgb-aanvraagformulier ook telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Deel 1 van het aanvraagformulier laat u invullen en ondertekenen door de verpleegkundige die de indicatie stelt. Deze verpleegkundige moet u eerst in uw thuissituatie hebben gezien. Deel 2 van het aanvraagformulier vult u in en ondertekent u zelf (of uw vertegenwoordiger). Wij nemen uw aanvraag niet in behandeling als het aanvraagformulier niet volledig is ingevuld, ondertekend en/of als er bijlagen ontbreken. Loopt uw Zvw-pgb af? Dan adviseren wij u om 13 weken voor het aflopen van uw huidige Zvw-pgb contact op te nemen met een verpleegkundige die de indicatie stelt (zie artikel 5.2, 5.3. en 5.4.) en minimaal 6 weken voor afloop van uw Zvw-pgb de volledige pgb-aanvraagformulieren-set bij ons in te dienen. Wilt u uw Zvw-pgb voor palliatief terminale zorg verlengen? Dan kunt u uiterlijk 2 weken voor het aflopen van uw Zvw-pgb een (her) indicatie laten stellen door een verpleegkundige. Wij adviseren u om uw aanvraag zo snel mogelijk bij ons in te dienen.

2. Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen (deel I: het verpleegkundige deel en deel II: het verzekeren deel). Een 'Bewustkeuzegesprek' maakt onderdeel uit van de aanvraagprocedure, tenzij wij hiervan afzien. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden, zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3, krijgt u een akkoordverklaring voor een Zvw-pgb.
 - a. Voor een aanvraag voor volwassenen vanaf 18 jaar, bent u in het bezit van een door een BIG-geregistreeerde hbo-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld;
 - b. Voor kinderen onder de 18 jaar bent u in het bezit van een door een BIG geregistreeerde hbo-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist kindergeneeskunde die werkzaam is bij een bij de BINKZ aangesloten zorgverlener gestelde indicatie. De indicatie wordt opgesteld volgens de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving in aanwezigheid van het kind en de wettelijk vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor).
3. Als er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op arbeidsmarkt kan er contact worden opgenomen met ons om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen.
4. Bij de indicatiestelling dient de indicatiesteller de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg te hanteren bij het bepalen of er noodzaak is tot gebruik van een tolk.
5. Bij gespecialiseerde verpleging moet een uitvoeringsverzoek worden opgesteld door de behandelend arts als het gaat om een voorbehouden handeling. Wij kunnen dit uitvoeringsverzoek opvragen. Bij risicovolle handelingen moet aantoonbaar gemaakt worden dat deze in opdracht van een arts worden uitgevoerd. Met deze verklaring kan door een minimaal BIG-geregistreeerde hbo-verpleegkundige beter ingeschat worden of de zorg kwalitatief verantwoord plaats gaat vinden zodat een indicatie kan worden opgesteld die voldoet aan de eisen van artikel 5.2.
6. Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandelend arts toe te voegen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.
7. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn uw (wettelijk) vertegenwoordiger en of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn. Ook mag de indicatie niet gesteld worden door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.
8. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt of niet doelmatig is. Wij beoordelen de doelmatigheid door o.a. uw indicatie te vergelijken met soortgelijke indicaties en of deze passend is bij uw zorgbehoefte. Voor de zorg die wij niet doelmatig vinden, kennen wij geen Zvw-pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Als wij bepaalde zorg niet doelmatig vinden, nemen wij hierover contact op met de indicerende wijkverpleegkundige. Vinden wij bepaalde zorg na dat contact nog steeds niet doelmatig, dan kunnen wij om een herbeoordeling van de indicatie vragen. Onder herbeoordeling wordt verstaan dat de verpleegkundige die de herbeoordeling uitvoert, overlegt met de verpleegkundige die de eerste indicatie heeft gesteld (intervisie) en na overleg past de eerste indicatiesteller eventueel de indicatie aan en deze wordt dan gevolgd.
9. Als u op uw aanvraagformulier te kennen geeft dat u gebruik zult maken van slechts één zorgverlener, dient u tevens aan te geven hoe en met welke zorgverlener(s) u in uw zorgbehoefte gaat voorzien in geval van (plotse) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins.
10. Als u verbleef in een instelling omdat dit medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de Zvw, kunt u weer gebruikmaken van uw geldende indicatie, zodra u weer thuis bent. U hoeft in dat geval niet opnieuw een volledige aanvraag in te dienen tenzij de aard, omvang of duur van uw zorgvraag is gewijzigd. Een nieuwe aanvraag is nodig als u langer dan 60 dagen opgenomen bent in een Wlz-instelling, in een ziekenhuis verblijft of langer dan 60 dagen gebruikmaakt van eerstelijnsverblijf.
11. Als u voor verpleging en verzorging gebruik wilt maken van zorg in natura in combinatie met een Zvw-pgb, dan moet u dit kenbaar maken op het aanvraagformulier. De verpleegkundige moet hiervoor één indicatie opstellen waarin zowel de zorg in natura als zorg vanuit het Zvw-pgb zijn opgenomen. De door ons gecontracteerde zorgaanbieders leveren alleen zorg in natura en geen zorg vanuit een Zvw-pgb. Ook moet u de wijkverpleegkundige die de indicatie stelt, de instelling die de zorg in natura levert en degene die de Zvw-pgb zorg levert hierover informeren. Als u van ons geen akkoord heeft voor de vergoeding van zorg in natura in combinatie met Zvw-pgb, heeft dit gevolgen voor de vergoeding.

Artikel 6. Toekenningsverklaring

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

Artikel 7. Declareren van zorg

7.1 Voorwaarden voor declareren

1. U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum Zvw-pgb die in uw toekenningsverklaring staat vermeld.
2. Voor een goede en snelle afhandeling van uw declaraties verzoeken wij u om ons declaratieformulier te gebruiken. U kunt het formulier vinden op onze website of telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen. Voor het declareren van zorg verleend door formele zorgverleners en voor het declareren van zorg verleend door informele zorgverleners bestaat een apart declaratieformulier. De nota's die u ontvangt van uw zorgverleners controleert u en neemt u over op ons declaratieformulier. U kunt het declaratieformulier zowel per post als via de Mijn-omgeving bij ons indienen. U hoeft de nota's niet mee te sturen. U moet de nota's wel bewaren. Deze kunnen wij later bij u opvragen. Alleen geleverde zorg die ook in lijn is met de indicatiestelling, pgb-aanvraag en toestemming mag gedeclareerd worden.
3. Geleverde zorg kunt u alleen achteraf declareren. Door inzending van de nota's geeft u aan akkoord te gaan met de juistheid van deze nota's en de geleverde uren zorg.
4. Het declareren van vast maandloon is niet toegestaan. Alleen de daadwerkelijk geleverde zorg in uren en minuten, afgerond op 5 minuten mag worden gedeclareerd.
5. Wij verzoeken u de nota's uiterlijk binnen drie maanden nadat de zorg geleverd is bij ons in te dienen voor declaratie. Dit is nodig om een actueel beeld te kunnen houden over het verbruik van uw Zvw-pgb.
6. Indiciestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in artikel 2.1. beschreven, casemanagement en verpleegkundige dagopvang bij intensieve kindzorg worden niet vergoed uit het Zvw-pgb. Deze zorg zal afhankelijk van uw zorgverzekering als zorg in natura worden verstrekt of in restitutie worden vergoed vanuit het artikel voor verpleging en verzorging.

7.2 Hoogte en omvang declaratie

1. Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
 - Persoonlijke verzorging : € 39,63 per uur
 - Verpleging : € 59,08 per uur
2. Voor informele zorgverleners kunt u maximaal € 23,52 per uur declareren voor persoonlijke verzorging en verpleging.
3. Onder informele zorgverleners vallen zorgverleners die:
 - a. een partner, bloed- of aanverwant in de 1e of 2e graad zijn en/of;
 - b. 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;
 - c. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorgverlenende organisatie in het Handelsregister.
4. Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in artikel 7.2.1. genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het Zvw-pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt. Alleen de AGB-codes uit de categorieën 41 zzp-er wijkverpleging, 42 zorgaanbieders, 75 thuiszorginstellingen, 91 verpleegkundigen of 98 declaranten/servicebureaus/zorgverzekeraars worden geaccepteerd. Uw zorgverlener moet daarnaast beschikken over het juiste diploma (verzorgende/verpleegkundige) en aantoonbaar voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. Wij kunnen bij u het diploma van uw formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan wij kunnen controleren of uw zorgverlener bevoegd is tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief.
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 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.
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.
 - c. Bij een inventarisatie waaruit blijkt dat de zorgvraag meer dan 24 uur per week omvat, kan er voorafgaand aan het afgeven van de indicatie een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd worden door de wijkverpleegkundige, zodat de zorg wordt afgestemd met de verschillende professionals. U bent verplicht om mee te werken aan een MDO.
6. Als er wijzigingen zijn in de combinatie en verhouding zorg in natura en pgb moet u een nieuwe Zvw-pgb aanvraag indienen. Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan, als dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude Zvw-pgb wordt (her)berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 6.9. met ingang van de datum van de nieuwe aanvraag.
7. U bent er zelf verantwoordelijk voor dat de besteding van uw budget en/of uren in overeenstemming is met de gestelde indicatie.
8. 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-set inclusief bijlagen en zorgovereenkomsten;
 - c. facturen of urenregistraties met naam van de zorgverlener(s) waarop uurloon, eenheden, de soort zorg en een toelichting op de ontvangen zorg staat;
 - d. bancaire betalingsbewijzen (bewijzen van contante betalingen worden niet geaccepteerd) of loonstaten van de Sociale Verzekeringsbank (SVB);
 - e. kopieën van nota's van zorgverleners en kopieën van ingediende declaraties.
9. U bent voorts verplicht om gegevens uit dit dossier zo spoedig mogelijk aan ons te overhandigen wanneer wij daarom vragen. Ook als de Sociale Verzekeringsbank (SVB) aan uw zorgverleners betaalt, moet u zelf dit dossier beheren.
10. U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige en de huisarts en/of medisch specialist om uw (medische) gegevens omtrent de Zvw-pgb aanvraag en indicatiestelling voor verpleging en verzorging in te zien op het moment dat dit nodig is voor een juiste beoordeling. Dit vindt plaats onder verantwoordelijkheid van onze medisch adviseur of verpleegkundig adviseur.
11. U bent verplicht mee te werken aan een Bewust-keuze gesprek (BKG). Het Bewust-keuze gesprek wordt gevoerd met de zorgvrager en/of diens (wettelijke) vertegenwoordiger.
12. Stapt u over naar een andere zorgverzekeraar en is uw toekenningsverklaring nog geldig? Dan neemt de nieuwe zorgverzekeraar de geldige toekenningsverklaring over (maximaal tot de vermelde einddatum van de indicatie): 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. Een nieuwe zorgverzekeraar kan hier om vragen.
13. Als u alleen zorg inkoop bij informele zorgverleners en het aantal uren verpleging en verzorging per week hoger is dan 24, dan kunnen wij de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een formele zorgverlener.

Artikel 9. Herziening of intrekking

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

- a. u niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden;
- b. u voldoet aan een van de weigeringsgronden;
- c. u niet voldoet aan de in dit reglement gestelde verplichtingen;
- d. u recht heeft op zorg vanuit de Wet langdurige zorg;
- e. u om beëindiging van het Zvw-pgb verzoekt;
- f. u langer dan twee maanden verblijft in een instelling voor zorg die ten laste komt van de basisverzekering;
- g. met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing hadden geleid;
- h. u de informatie die wij u vragen niet dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
- i. u niet meewerkt aan een dossieronderzoek;
- j. er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen;
- k. u het reglement niet naleeft;
- l. u gedurende de looptijd van het Zvw-pgb een nieuwe (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst, danwel voor het eerst met een (wettelijk) vertegenwoordiger gaat werken en u met deze vertegenwoordiger, naar ons oordeel, niet in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het Zvw-pgb verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren. U dient elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond door te geven via het wijzigingsformulier Zvw-pgb, dat u kunt vinden op onze website;
- m. wanneer 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 Pgb uitsluitend nog zorg inkoopt bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg;
- g. u om beëindiging van het 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 3.1. 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 3.1 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. Zorg is in ieder geval niet van goede kwaliteit als u door de manier waarop die zorg wordt verleend, gezondheidsrisico's loopt;
- e. met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat de continuïteit van de te ontvangen zorg voldoende gewaarborgd is in situaties waarin uw zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins niet in staat zal zijn de benodigde zorg te verlenen;
 - f. met ingang van de ingangsdatum van uw toekenningsverklaring, als de toekenningsverklaring is gebaseerd op door u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens en verstrekking van juiste of volledige gegevens tot een andere beslissing had geleid;
 - g. met ingang van de dag waarop alsnog een van de situaties zoals beschreven in artikel 4 aan de orde is.

Artikel 11. Terugvordering

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

Artikel 12. Begripsomschrijvingen

AGB-code

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

Bewust-keuzegesprek

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

BINKZ

Branchevereniging Integrale Kindzorg.

Bloed- en aanverwanten

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

Handelsregister

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

Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg

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

SBI codering

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

Wettelijk vertegenwoordiger

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

Vertegenwoordiger

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

Als vertegenwoordiger wordt niet geaccepteerd, iemand:

- 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 Zvw-pgb verbonden verplichtingen.

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

WSNP

Wet schuldsanering natuurlijke personen.

Zorg in natura

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

Zorgverlener

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

Zorgverzekeringswet

Artikel 13a

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

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

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

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

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 23 euro 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.

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

Artikel 2.29c

1. Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:
 - a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,
 - b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,
 - c. de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.
2. De verzekerde die door een vertegenwoordiger wordt geholpen kan het Zvw-pgb worden geweigerd indien een gegronde reden bestaat om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:
 - a. bij een eerdere verstrekking van een Zvw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
 - b. blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres,
 - c. zijn vrijheid is ontnomen,
 - d. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard,
 - e. anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor de verzekerde aan het Zvw-pgb verbonden verplichtingen, of
 - f. de hulp tegen betaling verleent.