REGLEMENT PERSOONSGEBONDEN BUDGET VERPLEGING EN VERZORGING (PGB)

2026

S·Z·V·K·

Stichting ZiektekostenVerzekering Krijgsmacht

INHOUD

Afkortingen en begripsbepalingen		3
Artikel 1	Inleiding	5
Artikel 2	Doelgroep pgb	5
Artikel 3	Voorwaarden voor toegang pgb	6
Artikel 4	Weigeringsgronden	7
Artikel 5	Aanvraag pgb	8
Artikel 6	Toekenningsverklaring	9
Artikel 7	Declareren van zorg	10
Artikel 8	Verplichtingen	12
Artikel 9	Herziening of intrekking	14
Artikel 10	Beëindigen van het pgb	15
Artikel 11	Terugvordering	16

AFKORTINGEN EN BEGRIPSBEPALINGEN

In het Reglement pgb bedoelen wij met ‘u’ en ‘uw’ de deelnemer.

In het Reglement pgb gebruiken wij de volgende afkortingen en begripsbepalingen:

AWBZ
Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

AGB-CODE
Een Algemeen Gegevens Beheer-code (AGB-code) is een landelijke code waarmee een zorgaanbieder wordt herkend. Met deze unieke code staan zorgaanbieders geregistreerd in een landelijke database. Dit systeem wordt beheerd door Vektis.

BUDGETPLAN
Een overzicht van de door u voorgenomen besteding van het te verlenen persoonsgebonden budget. BINKZ De branchevereniging voor Integrale Kindzorg (BINKZ) is opgericht door de Branchevereniging Gespecialiseerde Kindzorg (VGVK) en de Branchevereniging Medische Specialistische Kindzorg Thuis (BMKT).

FAMILIELID IN DE EERSTE OF TWEEDE GRAAD
a. eerstegraads familieleden: partner, ouders (ook adoptie- en stiefouders), schoonouders, kinderen (ook adoptie- en stiefkinderen), schoondochters- en zonen;
b. tweedegraads familieleden: broers en zussen, kleinkinderen, grootouders, schoonzussen en zwagers, stiefbroers- en zussen;
c. definitie partner: u bent getrouwd, of er is sprake van geregistreerd partnerschap of een samenlevingscontract.

DOELMATIGE ZORG
Wij verstaan onder doelmatige zorg: zorg die efficiënt, effectief en doelgericht is, waarbij sprake is van gepast gebruik en waarin andere (voorliggende) voorzieningen meegewogen zijn, zoals: hulpmiddelen, woningaanpassingen, behandeling, mantelzorg, netwerk, begeleiding, respijtzorg, dagopvang, etc.

FORMELE ZORGVERLENER
a. uw zorgverlener als ondernemer of als zzp’er staat ingeschreven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel met de SBI-code 86, 87, 88; en/of
b. uw zorgverlener voldoet aan bepaalde kwaliteitscriteria BIG-registratie verpleegkundige zoals beschreven in onze polisvoorwaarden.
c. alleen de AGB-codes uit de categorieën 41 zzp-er wijkverpleging, 42 zorgaanbieders, 75 thuiszorginstellingen, 91 verpleegkundigen of 98 declaranten/servicebureaus worden geaccepteerd. Uw partner en uw familieleden in de eerste of tweede graad kunnen niet optreden als uw formele zorgverlener.

HERBEOORDELING INDICATIE
Uw zorgbehoefte kan opnieuw beoordeeld worden. U kunt uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen, door een andere verpleegkundige. De basisverzekering vergoedt de herbeoordeling, maar alleen als wij vooraf toestemming hebben gegeven. Wij kunnen deze andere verpleegkundige aanwijzen. Wij kunnen zelf ook uw zorgbehoefte opnieuw laten beoordelen.

INFORMELE ZORGVERLENER

a. uw partner en uw familieleden in de eerste of tweede graad; of
b. een andere zorgverlener die niet wordt aangemerkt als formele zorgverlener.

MDO

Multidisciplinair overleg.

PARTNER

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

SBI CODE

Ieder bedrijf dat zich inschrijft in het Handelsregister krijgt een of meerdere SBI-codes. Deze code bestaat uit 4 of 5 cijfers en geeft aan wat de activiteit van een bedrijf is. Bedrijven met de volgende SBI-codes kunnen een AGB-code aanvragen bij Vektis: 86 (Gezondheidszorg), 87 (Verpleging, verzorging en begeleiding met overnachting) en 88 (Maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting).

SUBSTITUTIE

Het is toegestaan als u een indicatie heeft voor persoonlijke verzorging en verpleging om deze functies met elkaar uit te ruilen.

TOESTEMMINGSVERKLARING

Een schriftelijke verklaring die u van ons ontvangt als wij u een pgb toekennen, het aan u toegekende pgb verlengen of het aan u toegekende pgb wijzigen. De toestemmingsverklaring vermeldt de toekenningsperiode en maximale hoogte van het pgb.

VERPLEEGKUNDIGE

a. een BIG-geregistreerde HBO-Verpleegkundige;
b. een verpleegkundig specialist (artikel 14 Wet BIG HBO-master).

VERPLEGING EN VERZORGING

Verpleging en verzorging zonder verblijf zoals omschreven in artikel 17a van onze polisvoorwaarden.

VERTEGENWOORDIGER

Een persoon uit uw familie die u als uw vertegenwoordiger aanwijst (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 pgb verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren.

WET BIG

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze wet bevat regels voor de kwaliteit en bevoegdheden van de zorgverlening door beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg.

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 benoemd. Wij beoordelen of u met deze vertegenwoordiger in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het pgb verbonden zijn op verantwoorde wijze uit te voeren.

WLZ
Wet langdurige zorg.

WMO
Wet maatschappelijke ondersteuning.

ZORG IN NATURA (ZIN)
Bij zorg in natura levert en organiseert de zorgaanbieder de zorg en de administratie daaromheen. Zorg in natura kan zowel worden geleverd door een gecontracteerde zorgaanbieder als een niet-gecontracteerde zorgaanbieder.

ARTIKEL 1 INLEIDING

1. Wanneer u op basis van artikel 46 van de Algemene verzekeringsvoorwaarden aanspraak kunt maken op verpleging en verzorging, kunt u ervoor kiezen om een persoonsgebonden budget (hierna: pgb) aan te vragen. Met het pgb kunt u zelf uw verpleging en verzorging inkopen.
2. Niet iedereen kan een pgb aanvragen. U moet hiervoor aan bepaalde voorwaarden voldoen. Deze voorwaarden vindt u terug in het Reglement pgb (hierna: Reglement). Verder staan in dit Reglement uw rechten, plichten, taken en verantwoordelijkheden in het kader van het pgb omschreven. Tot slot vindt u in dit Reglement informatie over praktische zaken, zoals de wijze waarop u een pgb bij ons kunt aanvragen en hoe u gemaakte kosten bij ons moet declareren. Het Reglement maakt onderdeel uit van onze polisvoorwaarden.

TOEPASSINGSBEREIK
3. Dit Reglement persoonsgebonden budget verpleging en verzorging hoort bij artikel 46 over verpleging en verzorging van de Algemene verzekeringsvoorwaarden SZVK2026.

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

WIJZIGINGSBEDING
5. Wij behouden ons het recht voor om in het geval dat gedurende het jaar2026 wijzigingen optreden in de relevante wet- en regelgeving, het Reglement daaraan aan te passen.

ARTIKEL 2 DOELGROEP PGB

1. U komt in aanmerking voor een persoonsgebonden budget (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.

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 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. Op het moment dat wij de aanvraag hebben ontvangen, mag de indicatie niet langer dan drie maanden geleden gesteld zijn
2. U bent naar ons oordeel in staat met het 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 pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren. De volgende aspecten wegen wij mee in onze beoordeling:
    a. u of uw wettelijk vertegenwoordiger 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 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 pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
    d. u of uw wettelijk vertegenwoordiger valt onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen (Wsnp), dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling is bij de rechtbank ingediend;
    e. u of uw wettelijk vertegenwoordiger heeft surséance van betaling aangevraagd, verkeert in staat van faillissement of bent failliet verklaard.
    f. of andere aspecten die relevant zijn voor het wel of niet op verantwoorde wijze kunnen voldoen aan de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen.
4. U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger, de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren (zie hiervoor artikel 8: Verplichtingen);
5. 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;
6. 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 alle bovenstaande voorwaarden te voldoen, dan zullen wij u geen toegang tot het pgb verlenen, danwel aanvullende eisen stellen waaraan dient te worden voldaan om alsnog of wederom in aanmerking te komen voor een pgb.

ARTIKEL 4 WEIGERINGSGRONDEN

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

1. U voldoet niet aan de voorwaarden opgenomen in artikel 2 en/ of 3;
2. U bent bij de eerdere verstrekking van een pgb niet in staat gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een (wettelijk) vertegenwoordiger te houden aan de aan het pgb verbonden taken en verplichtingen;
3. U beschikt blijkens de Basisregistratie Personen (BRP) niet over een woonadres;
4. Uw vrijheid is u rechtens ontnomen;
5. U verleent geen medewerking (meer) aan een telefonisch 'Bewust-keuzegesprek' en/of huisbezoek dat eventueel door ons wordt georganiseerd;
6. Uit uw aanvraagformulier of het 'Bewust-keuzegesprek' en/of huisbezoek blijkt dat u met uw pgb uitsluitend zorg of andere diensten wilt inkopen bij zorgverleners waarmee wij een overeenkomst hebben gesloten tot het leveren van zorg of andere diensten;
7. 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.
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 in artikel 2.1. dient in één indicatie te zijn verwoord.
9. U koopt zorg in bij uw (wettelijk) vertegenwoordiger met uitzondering van familie (partner, bloed- of aanverwanten in de 1e of 2e graad);
10. U bent failliet verklaard of, als de deelnemer de leeftijd van 18 jaar nog niet heeft bereikt, één van diens ouders of voogden is failliet verklaard;
11. Het 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.
12. De aanvraag voldoet niet aan de eisen zoals gesteld in artikel 5.

ARTIKEL 5 AANVRAAG PGB

1. U kunt een pgb aanvragen door ons pgb formulier in te vullen, te ondertekenen en naar ons op te sturen. U vindt ons formulier op onze website. U kunt het 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 pgb af? Dan adviseren wij u om 13 weken voor het aflopen van uw huidige 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 pgb de volledige pgb-aanvraagformulierenset bij ons in te dienen. Wilt u uw pgb voor palliatief terminale zorg verlengen? Dan kunt u uiterlijk 2 weken voor het aflopen van uw 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 pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde pgb-aanvraagformulierenset inclusief bijlagen (deel I: het verpleegkundige deel en deel II: het deelnemers deel). Een (telefonisch) 'bewuste-keuzegesprek' 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 pgb. Voor een aanvraag bent u in het bezit van een door een BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige gestelde indicatie, die deze indicatie conform de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving heeft opgesteld.
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. Indien er sprake is van risicovolle handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, dient u aan te kunnen tonen hoe u ervoor zorgdraagt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen te verrichten. Bij een risicovolle handeling dient de aard, omvang en inhoud van de zorg uitgewerkt te zijn in het zorgplan. Daarnaast moet aantoonbaar gemaakt worden dat deze in opdracht van een arts wordt uitgevoerd. Bij voorbehouden handelingen moet er een uitvoeringsverzoek zijn opgesteld door de behandelend arts. Met deze verklaring kan door een minimaal BIG-geregistreerde hbo-verpleegkundige een indicatie worden opgesteld die voldoet aan de eisen van artikel 5.
5. 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.
6. Als u op palliatieve terminale zorg (PTZ) bent aangewezen, dient u een verklaring van uw behandelend arts toe te voegen waaruit blijkt dat uw ingeschatte levensverwachting minder is dan drie maanden.
7. De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn uw (wettelijk) vertegenwoordiger en of uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede lijn. Ook mag de indicatie niet gesteld worden door een individuele zorgverlener die deze zorg (deels) aan u zal gaan leveren, tenzij dit een door ons voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.
8. Het kan voorkomen dat er zorg is geïndiceerd die naar ons oordeel niet onder de aanspraak verpleging en verzorging valt, niet doelmatig is of dat de indicatiestelling niet voldoet aan het kader 'normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving (het normenkader)' van V&VN. In dat geval nemen wij contact op met de indicerend 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 pgb toe. De toekenning kan hierdoor lager zijn dan het aantal uren van de indicatie. In dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij in deze situatie vragen om een herbeoordeling van de indicatie.

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

9. Bij de indicatiestelling moet de wijkverpleegkundige volgens het 'Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving' van de V&VN de afweging maken wat u en uw netwerk zelf kan oplossen. Dit betekent dat de wijkverpleegkundige onder andere het netwerk van u in kaart brengt en vervolgens afweegt welke zorg op grond van belasting en belastbaarheid wel of niet door het netwerk kan worden verleend. De zorg die door het netwerk wordt verleend mag in de indicatie voor wijkverpleging niet meegenomen worden. 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 de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (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.
10. Bij de indicatiestelling maakt de wijkverpleegkundige de afweging, gegeven de hele context van de zorgvrager, welke zorgbehoefte er is en welke noodzakelijke zorg hieruit voortvloeit. De wijkverpleegkundige heeft hierbij als uitgangspunt dat de zorgvrager indien mogelijk de interventie zelf uitvoert en neemt daarbij de voorliggende voorzieningen mee. Is dit niet mogelijk of onvoldoende? Dan kijkt zij volgens de 'Handreiking Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in eigen omgeving' van de V&VN naar:

a behandeling door andere zorgprofessionals (revalidatie, fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, medisch specialist, etc.),
b inzet van zorgtechnologie, hulpmiddelen of woningaanpassingen waardoor de interventie zelf uitgevoerd kan worden of niet meer nodig is,
c mogelijkheden vanuit andere domeinen (Wmo, Wlz, e.d.),
d diens netwerk en inzet van vrijwilligers,

   voordat een zorgprofessional (vanuit wijkverpleging of eventueel een zorgprofessional vanuit een andere discipline) wordt ingezet.

11. Bij een indicatiestelling die via een pgb verzilverd wordt, is het verpleegkundig proces leidend.
12. U bent verplicht om mee te werken aan een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd door de wijkverpleegkundige.
13. Indien 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 (plotselinge) uitval van de door u gecontracteerde zorgverlener door ziekte, vakantie of anderszins.
14. Na verblijf in een instelling dat medisch noodzakelijk was in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in de ziektekostenverzekering dan wel in een voorziening voor Eerstelijns Verblijf (ELV), kunt u 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 opgenomen in een Wlz-instelling of ziekenhuis verblijft of langer dan 60 dagen gebruik maakt van Kortdurend Verblijf in een instelling.
15. Als u voor verpleging en verzorging gebruik wilt maken van zorg in natura in combinatie met een 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 pgb zijn opgenomen. Ook moet u de wijkverpleegkundige die de indicatie stelt, de instelling die de zorg in natura levert en degene die de pgb zorg levert hierover informeren. Indien u van ons geen akkoord heeft voor de vergoeding van zorg in natura in combinatie met pgb, heeft dit gevolgen voor de vergoeding.

ARTIKEL 6 TOEKENNINGSVERKLARING

1. De ingangsdatum van het pgb is de datum waarop wij uw compleet ingevulde en ondertekende aanvraag hebben ontvangen. Op uw verzoek kunnen wij het pgb ook op een latere datum in laten gaan.
2. In afwijking van artikel 6.1 is bij een herindicatie de ingangsdatum van het 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 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 pgb ontvangen binnen vier weken na de datum van ingang van de geldende herindicatie.
3. In de schriftelijke toestemmingsverklaring die wij u toesturen, leggen wij de looptijd van uw pgb vast. De duur van uw indicatie is maximaal vijf jaar. Als u na het einde van deze periode een nieuw pgb wilt ontvangen, dan kunt u een nieuwe aanvraag pgb bij ons indienen. De duur van de toekenning van uw pgb is maximaal één kalenderjaar vanaf het moment dat het pgb aan u is toegekend
4. Het budget wordt per kalenderjaar berekend en eindigt uiterlijk op 31 december van het kalenderjaar waarvoor het pgb is vastgesteld.
5. Als uw ziektekostenverzekering of uw pgb voor het einde van het kalenderjaar eindigt, dan wordt uw pgb naar rato verlaagd. Uw pgb zal na verlaging bedragen: (het oorspronkelijke pgb) maal (het aantal dagen dat uw pgb en verzekering gedurende het kalenderjaar van beëindiging van kracht is geweest) gedeeld door (365). Als u meer zorg gedeclareerd heeft dan uw naar rato verlaagde pgb, dient u het teveel betaalde terug te betalen.
6. De toekenning of beëindiging of intrekking van de toekenningsverklaring van het pgb wordt schriftelijk aan u kenbaar gemaakt.
7. Als u voor de zorg waarvoor u een pgb heeft aangevraagd al zorg in natura heeft of als u al recht op de vergoeding van kosten van deze zorg heeft op het moment dat u een aanvraag voor een pgb indient, dan moet u deze zorg zelf beëindigen. Dit moet gebeuren voordat het pgb, zoals opgenomen in de toekenningsverklaring, ingaat. Dit geldt niet als u op uw aanvraagformulier heeft aangegeven dat u uw zorg bij deze zorgverlener(s) blijft afnemen.
8. Voor de vaststelling van de hoogte van uw pgb gaan wij uit van aangevraagde uren pgb die passen binnen de uren verpleging en verzorging die de verpleegkundige heeft geïndiceerd. Voor de vaststelling van uw budget gebruiken wij in2026 de volgende tarieven:
   - Persoonlijke verzorging: € 33,50 per uur
   - Verpleging: € 62,28 per uur

   Let op: de maximale tarieven die u kunt declareren vindt u in artikel 7.3.
   Wanneer uw huidige indicatie afloopt dan moet u zelf bij de indicerende verpleegkundige minimaal dertien weken voor het aflopen van de indicatie een nieuwe indicatie aanvragen.

ARTIKEL 7 DECLAREREN VAN ZORG

7.1 VOORWAARDEN VOOR DECLAREREN

1. U kunt uw nota's declareren vanaf de ingangsdatum 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 pgb.
6. Indicatiestelling en evaluatie van de behoefte aan zorg zoals in artikel 2.1. beschreven en casemanagement worden niet vergoed uit het pgb. Deze zorg zal worden vergoed vanuit het artikel voor verpleging en verzorging van de Algemene verzekeringsvoorwaarden.

7.2 OVERIGE BEPALINGEN T.B.V. DECLAREREN

1. U bent zelf verantwoordelijk voor het tijdig betalen van de door u gecontracteerde zorgverleners. Als u niet tijdig aan uw contractuele betalingsverplichting voldoet kunnen eventuele bijkomende kosten (bijvoorbeeld incassokosten en wettelijke rente) niet vanuit het pgb worden betaald of worden vergoed op grond van uw ziektekostenverzekering.
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.
3. Als wij constateren dat de gedeclareerde zorg niet in lijn is met de indicatiestelling, pgb-aanvraag en toestemming, dan behouden wij ons het recht voor om deze gedeclareerde zorg achteraf alsnog af te wijzen.
4. Wij vergoeden geen nota's meer uit uw budget als de maximale hoogte van het toegekende jaarbudget en/of het aantal toegekende uren pgb is bereikt, of naar rato is bereikt als het pgb voortijdig wordt beëindigd. Eventueel te veel uitbetaalde declaraties worden door ons rechtstreeks bij u teruggevorderd.
5. Het eventueel niet gedeclareerde deel van uw budget wordt na afloop van de toekenningsperiode niet meegenomen naar een volgende periode of aan u uitbetaald.
6. Eventueel teveel ingekochte zorg waardoor het maximum van het budget verpleging en verzorging wordt overschreden wordt niet door ons vergoed.
7. Naast de genoemde voorwaarden in dit artikel zijn de algemene verzekeringsvoorwaarden van uw ziektekosten-verzekering van toepassing op het indienen van nota's en de betaling van zorg.
8. Gedurende de periode dat u een pgb toegewezen heeft gekregen, is het niet toegestaan restitutienota's voor wijkverpleging te declareren.
9. Indien u tijdelijk in het buitenland verblijft en u wilt in deze periode buitenlandse zorgverlener(s) inhuren, dan dient u dit schriftelijk vooraf bij ons te melden.

7.3 HOOGTE EN OMVANG DECLARATIE

1. Voor formele zorgverleners gelden de volgende maximumtarieven:
   a. Persoonlijke verzorging : € 47,88 per uur (€ 3,99 per 5 minuten)
   b. Verpleging : € 62,28 per uur (€ 5,19 per 5 minuten)
2. Voor informele zorgverleners kunt u maximaal € 23,52 per uur (€ 1,96 per 5 minuten) 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. geen verzorgenden met opleidingsniveau 3 of hoger zijn en/of;
   c. 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;
   d. geen inschrijving hebben in het Handelsregister of niet met de SBI codes 86, 87 of 88 staan geregistreerd als zorg verlenende organisatie in het Handelsregister.
4. Formele zorgverleners zijn alle zorgverleners die niet als informele zorgverlener worden aangemerkt. U kunt maximaal de in artikel 7.3.1. genoemde tarieven declareren voor formele zorgverleners. Hiervoor is het noodzakelijk dat u bij uw aanvraag voor het pgb en bij elke declaratie de AGB-code van uw zorgverlener vermeldt.
   a. Alleen de AGB-codes uit de categorieën 41 zzp-er wijkverpleging, 42 zorgaanbieders, 75 thuiszorginstellingen, 91 verpleegkundigen of 98 declaranten/servicebureaus/ worden geaccepteerd. Uw zorgverlener moet daarnaast beschikken over het juiste diploma (verzorgende/verpleegkundige) en aantoonbaar voldoen aan de kwaliteitseisen op het gebied van werkervaring en deskundigheid. Wij kunnen bij u het diploma van uw formele zorgverlener opvragen, op basis waarvan wij kunnen controleren of uw zorgverlener bevoegd is tot het verlenen van verpleging en verzorging op basis van het formele tarief.
   b. Formele zorgverleners die bekend zijn als Extern Verwijzingsregister (EVR) gesignaleerde aanbieders of waarbij een ernstig vermoeden van fraude is, worden uitgesloten van een vergoeding vanuit dit pgb
5. Zowel het formele als het informele tarief zijn ‘all-in-tarieven’. Dit houdt in dat u naast dit tarief geen andere kosten kunt declareren, zoals werkgeverslasten, reiskosten, vakantiegeld, vakantiedagen en hulpmiddelen.

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 deelnemer; - NAW gegeven zorgverlener;
   - relatie tussen deelnemer 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 indien het een formele zorgverlener betreft;
   - ondertekening door deelnemer of (wettelijke) vertegenwoordiger en zorgverlener;
   - een voorbeeld van een zorgovereenkomst kunt u vinden op www.svb.nl.
2. U dient er als deelnemer 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 veertig 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 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 pgb-aanvraagformulier in te vullen en in te dienen.
4. U bent als deelnemer verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg die u inkoopt. Wij zijn niet aansprakelijk voor fouten gemaakt door de door u gecontracteerde zorgverleners.
5. 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 pgb-aanvraag indienen. Ook als er wijzigingen zijn in uw keuze of de zorgverlener zorg in natura of pgb aan u levert moet u een nieuwe pgb-aanvraag indienen. Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan, indien dat aan de orde is, een verrekening plaats. Het oude pgb wordt (her)berekend op de wijze zoals beschreven in artikel 6 van dit reglement. Het nieuwe pgb wordt berekend per de ingangsdatum van dit nieuwe pgb.
    a. 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 een nieuwe pgb-aanvraag indienen.
    b. Bij een inventarisatie waaruit blijkt dat de zorgvraag meer dan 24 uur per week omvat, kan er voorafgaande aan het afgeven van de indicatie een multidisciplinair overleg (MDO) georganiseerd worden door de wijkverpleegkundige, zodat de zorg wordt afgestemd met de verschillende professionals.
6. De wijkverpleegkundige is niet meer aan zet als zij besluit dat haar expertise niet meer nodig is gezien de medische situatie van de deelnemer of als zij van mening is dat er met haar interventies geen verpleegdoel meer bij de deelnemer 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.
7. Als er wijzigingen zijn in de combinatie en verhouding zorg in natura en pgb moet u een nieuwe pgb-aanvraag indienen. Op basis van deze nieuwe aanvraag vindt dan, indien dat aan de orde is, een verrekening plaats.
8. U bent er zelf voor verantwoordelijk dat de besteding van uw budget en/of uren in overeenstemming is met de gestelde indicatie.
9. U bent verplicht om een dossier te beheren en na het beëindigen van het pgb voor minimaal vijf jaar te archiveren.

Dit dossier bevat tenminste:

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

10. 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.
11. U geeft ons toestemming om contact op te nemen met de verpleegkundige, de huisarts en medisch specialist om uw (medische) gegevens omtrent de 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.
12. U bent verplicht om mee te werken aan een bewuste-keuzegesprek (BKG) of een huisbezoek (aangekondigd/onaangekondigd), als wij dat nodig vinden, bijvoorbeeld voor controledoeleinden. U en uw eventuele (wettelijke) vertegenwoordiger moeten op ons verzoek hierbij aanwezig zijn.
13. Als u alleen zorg inkoopt bij informele zorgverleners en het aantal uren verpleging en verzorging per week hoger is dan 24 uur dan kunnen wij de voorwaarde stellen dat een deel van de geleverde zorg moet worden geleverd door een formele zorgverlener. Deze voorwaarde wordt besproken tijdens het bewuste-keuzegesprek, waarbij maatwerk steeds het uitgangspunt is. In uitzonderingssituaties is het ook mogelijk dat de SZVK bij minder dan 24 uur verpleging en verzorging per week de voorwaarde stelt dat een deel van de zorg wordt geleverd door een formele zorgverlener en/of dat de zorg tussentijds geëvalueerd wordt. Bij een zorgvraag van minder dan 24 uur verpleging en verzorging per week is er afstemming tussen de SZVK, de verpleegkundige en de 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:

1. U niet langer voldoet aan de toekenningsvoorwaarden;
2. U voldoet aan een van de weigeringsgronden;
3. U niet voldoet aan de in dit reglement gestelde verplichtingen;
4. U recht heeft op zorg vanuit de Wet langdurige zorg;
5. U om beëindiging van het pgb verzoekt;
6. De toekenningsperiode van uw pgb eindigt;
7. U langer dan twee maanden in een Wlz-instelling of ziekenhuis verblijft;
8. 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 (intrekking met ingang van de datum van uw toekenningsverklaring);
9. Uw ziektekostenverzekering eindigt;

10. U de informatie die wij aan u vragen niet dan wel niet tijdig ter beschikking stelt;
11. U niet meewerkt aan een dossieronderzoek (o.a. een huisbezoek);
12. Er bij het dossieronderzoek onregelmatigheden op basis van wet- en/of regelgeving naar voren komen;
13. U onjuiste of onvolledige gegevens heeft verstrekt en de juiste/ volledige gegevens tot een andere beslissing zouden hebben geleid;
14. Wij constateren dat uw indicatie niet (meer) passend is bij uw zorgvraag;
15. U het reglement niet naleeft;
16. U gedurende de looptijd van het pgb een nieuwe (wettelijk) vertegenwoordiger aanwijst, dan wel voor het eerst met een (wettelijk) vertegenwoordiger gaat werken en u met deze vertegenwoordiger, naar ons oordeel, niet in staat wordt geacht de taken en verplichtingen die aan het pgb verbonden zijn nog op verantwoorde wijze uit te voeren. U dient elke wijziging van (wettelijk) vertegenwoordiger terstond door te geven via het wijzigingsformulier pgb, dat u kunt vinden op onze website.
17. U zorg in natura afneemt bij zorgverlener(s) die u niet op uw aanvraagformulier hebt aangegeven.

Wanneer u het niet eens bent met onze beslissing waarbij wij uw pgb-aanvraag afwijzen, kunt u gebruikmaken van onze klachten- en heroverwegensregeling. Meer informatie hierover kunt u vinden in de verzekeringsvoorwaarden.

ARTIKEL 10 BEËINDIGEN VAN HET PGB

1. Uw recht op 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 ziektekostenverzekering, 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 de SZVK een overeenkomst heeft gesloten tot het leveren van zorg;
   g. U om beëindiging van het pgb verzoekt;
   h. De geldigheidsduur van uw toekenningsverklaring is verstreken;
   i. Uw ziektekostenverzekering eindigt.
2. Ook kunnen wij uw recht op pgb beëindigen:
   a. Met ingang van de dag waarop u niet langer in staat bent om op eigen kracht te voldoen aan de in artikel 3 genoemde toekenningsvoorwaarden en u ook geen hulp van een vertegenwoordiger heeft,
   b. Met ingang van de dag waarop uw vertegenwoordiger (als u zijn of haar hulp nodig heeft voor het voldoen aan de in artikel 3 genoemde toekenningsvoorwaarden):
      1. niet langer uw curator, bewindvoerder, mentor, voogd, partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is;
      2. bij andere verstrekking van persoonsgebonden budgetten waarbij hij als hulppersoon of vertegenwoordiger optrad niet heeft ingestaan voor nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen;
      3. blijkens de Basisregistratie Personen niet meer beschikt over een woonadres,
      4. zijn/haar vrijheid rechtens is ontnomen;

5. failliet is verklaard of op hem/haar de Wettelijke schuldsaneringsregeling (Wsnp) van toepassing is verklaard;
6. anderszins niet langer voldoende waarborg biedt voor het nakomen van de voor u aan het pgb verbonden verplichtingen;
7. uw zorgverlener en niet ook uw partner of bloed- of aanverwant in de eerste of tweede graad is.

c. Met ingang van de dag waarop u zich niet (meer) houdt aan de aan het pgb verbonden verplichtingen;
d. Met ingang van de dag waarop niet langer voldoende aannemelijk is dat met het 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 pgb niet houdt aan de regels uit dit Reglement of als er sprake is van een intrekking, herziening of vroegtijdige beëindiging kunnen wij het aan u uitbetaalde pgb geheel of gedeeltelijk terugvorderen.

EEN DECLARATIE INDIENEN?

De snelste manier is digitaal. Gebruik daarvoor de MijnSZVK-app of scan van de rekening en dien deze in via MijnSZVK.
Declareert u liever via de post? Vul dan een declaratieformulier in en stuur dit samen met de originele rekening aan ons op.

HEEFT U NOG VRAGEN?

Kijk dan op www.szvk.nl of neem contact met ons op via telefoonnummer 088 - 0 270 700. Wij staan u graag te woord.

S·Z·V·K·

STICHTING ZIEKTEKOSTENVERZEKERING KRIJGSMACHT