



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN



ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, vertegenwoordigd door de heer C te B, tegen OHRA
Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg

Zaak : Verpleging en verzorging, persoonsgebonden budget (pgb), indicatie

Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2019, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.4, 2.10 en
2.15a tot en met 2.15c Bzv, 2.19a tot en met 2.29c Rzv, Voorwaarden aanvullende
ziektekostenverzekering 2019

Zaaknummer : 201902630

Zittingsdatum : 22 juli 2020

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. L. Ritzema)

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster, vertegenwoordigd door de heer C te B,
tegen

OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V. te Tilburg, hierna te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Op 25 maart 2020 heeft verzoekster de Ombudsman Zorgverzekeringen telefonisch meegedeeld dat zij een bindend advies wenst van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie).
- 2.2. Op 4 juni 2020 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief zijn standpunt aan de commissie uitgelegd. Een kopie van deze brief is op 8 juni 2020 aan verzoekster gestuurd.
- 2.3. Op 18 juni 2020 heeft het Zorginstituut (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2020026038) per brief aan de commissie het voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 26 juni 2020 aan partijen gezonden.
- 2.4. Op 10 juli 2020 is ten behoeve van verzoekster per e-mail aanvullende informatie aan de commissie gestuurd. Een kopie hiervan is op 13 juli 2020 aan de ziektekostenverzekeraar gezonden.
- 2.5. Partijen is de mogelijkheid geboden om te worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 20 juli 2020 per e-mailbericht de commissie meegedeeld af te zien van horen. Verzoekster is op 22 juli 2020 gehoord.
- 2.6. De aantekeningen van de hoorzitting en de nagekomen stukken zijn op 24 juli 2020 aan het Zorginstituut gestuurd. Op 5 augustus 2020 heeft het Zorginstituut per brief het definitief advies aan de commissie uitgebracht. Een kopie is op 6 augustus 2020 aan partijen gezonden, waarbij hen de mogelijkheid is geboden voor 16 augustus 2020 hierop te reageren. Verzoekster heeft op 13 augustus 2020 per e-mail van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Een kopie van haar reactie is op 17 augustus 2020 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoekster was in 2019 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de OHRA Zorgverzekering Restitutie (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen OHRA Sterk en OHRA Tandengaan 250 (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering).
- 3.2. Het behandelplan van de betrokken psychiater met betrekking tot verzoekster van 20 april 2018 luidt, voor zover hier van belang:
"(...)
Medicatie: fluticason, foster aer, desloratadine, quetiapine 200mg 2ddl, venlafaxine XR 37,5 mg 1 dd 1

(...)

Conclusie/diagnose:

Er is sprake van een depressieve stoornis, waarschijnlijk dysthymie, voortkomende of naast een vermijdende persoonlijkheidsstoornis met afhankelijke en borderline trekken.

DSM V classificatie:

301.82 [v]ermijdende - persoonlijkheidsstoornis (hoofddiagnose)

300.4 persisterende depressieve stoornis

[s]omatiek: [a]stma, arthrose

V61.8 [h]oog niveau van gevoelsuitingen binnen een gezin

GAF huidig: 45 GAF hoogste afgelopen jaar: 45

Behandeldoelen en omschrijving wanneer deze behaald zijn:

1: depressieve klachten verminderen

2. stemmen verminderen (langer dan 6 maanden)

3: activiteit vergroten (langer dan 6 maanden)

(...)"

- 3.3. Verzoekster heeft psychische en lichamelijke klachten. Zij heeft bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een Persoonsgebonden Budget verpleging en verzorging (PGB vv) voor zeven uren (420 minuten) Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 18 oktober 2019 tot en met 18 oktober 2021.

- 3.4. Het zorgplan van de indicierend wijkverpleegkundige over verzoekster luidt, voor zover hier van belang:

"(...)

Gezondheidsbevordering

45[-]jarige dame di[e] bekend is met chronische depressieve klachten, waarschijnlijk dysthymie, borderline en persoonlijkheidsstoornissen. [H]iervoor is mevrouw al jarenlang onder behandeling van een psychiater.

Communicatie met mevrouw is moeilijk[,] mevrouw begrijpt of verstaat de vraagstelling niet, mevrouw is van Turkse afkomst en spreekt slecht Nederlands.

Mevrouw heeft inmiddels een lang traject afgelegd langs diverse hulpverleners. Conclusie[:]

depressieve klachten zijn niet afgenomen, maar ook niet verergerd[,] kortom redelijk stabiel.

Mevrouw kan niet zelfstandig functioneren[,] is zeer passief, maar heeft een fijne mantelzorger (echtgenoot) die mevrouw probeert te stimuleren en bij te staan.

Daarnaast is mevrouw bekend met astmatische klachten en artrose[.]

(...)

Pijn

Zegt geen pijn te hebben en gebruikt zo nodig paracetamol.

(...)

Zorgdoel;

Medicatie[-]inname volgens doktersvoorschrift,

Ondersteuning bij Algehele hygiëne

Tijd[:]

['][:s] morgens 7 keer per week hulp bij aan[-] [en] uitkleden, douchen en aankleden, tanden poetsen, haren kammen, nagel verzorging = 7 keer 25 minuten. = 175 minuten per week

['][:s] morgens 7 keer hulp bij medicatie[-]inname = 7 keer 5 minuten = 35 minuten per week

['][:s]avonds 7 keer per week hulp bij het omkleden = 7 keer 10 minuten per keer = 70 minuten per week

['][:s] avonds 7 keer per week hulp bij medicatie inname = 7 keer 5 minuten = 35 minuten per week.

Totaal 420 minuten per week

Startdatum 18 oktober 2019

Einddatum 18 oktober 2021

(...)"

- 3.5. De ziektekostenverzekeraar heeft op 10 september 2019 per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij de aanvraag voor het PGB vv afwijst.

- 3.6. De indicierend wijkverpleegkundige heeft op 25 september 2019 per brief aan de ziektekostenverzekeraar over verzoekster, voor zover hier van belang, verklaard:
“(…) *Uit de brief van 10 september 2019 blijkt dat U verwijst naar de WMO, dit is volgens mij niet terecht. Deze passieve mevrouw is in het verleden door U[w] maatschappij bezocht en het bezoek gaf geen aanleiding om Mevrouw aan te melden voor begeleiding. Hier is mevrouw ook niet bij gebaat. Mevrouw is bekend met chronische astmatische klachten, chronische pijnsyndroom met kenmerken fibromyalgie niet vermeld in het zorgplan, maar wel aanwezig[.] Gezien haar chronische depressieve klachten, borderline en persoonlijkheidsstoornissen is mevrouw gebaat bij hulp bij persoonlijke verzorging die er voor moet zorgen dat mevrouw zichzelf niet verwaarloos[t]. En het doel heeft dat haar persoonlijke hygiëne op orde is en blijft. Daarom verzoek ik U vriendelijk alsnog de afwijzing te herzien.* (…)”
- 3.7. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar meerdere keren om heroverweging van zijn afwijzende beslissing gevraagd. Op 2 oktober 2019 en 18 oktober 2019 heeft de ziektekostenverzekeraar per brief aan verzoekster meegedeeld dat hij zijn afwijzende beslissing handhaaft.
- 3.8. Het voorlopig advies van het Zorginstituut van 18 juni 2020 luidt, voor zover hier van belang:
“(…) **Situatie van verzoekster**
(…) *Op basis van de informatie in het dossier is het aantal geïndiceerde uren onduidelijk. De indicierend wijkverpleegkundige heeft een indicatie gesteld van 7 uur verzorging per week (aanvraag) of 5 uur en 15 minuten verzorging per week (zorgplan).* (…)
Juridisch kader
(…) *Psychiatrische zorg valt onder het begrip geneeskundige zorg in de zin van de Zvw. Het is daarom mogelijk dat een verzekerde op grond van een psychische aandoening aanspraak kan maken op een PGB vv. Wel moet sprake zijn van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en een geneeskundige context. De behoefte aan zorg kan ook samenhangen met de behoefte aan begeleiding en zelfredzaamheid. Deze zorg houdt dan geen verband met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop en kan dan onder de Wmo vallen.*
Beoordeling
De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld. Het dossier bevat een medicatieoverzicht, behandelplan van de psychiater, PGB vv aanvraag en een zorgplan. Het aantal geïndiceerde uren in het zorgplan en de PGB vv aanvraag komen niet overeen. Uit het zorgplan blijkt niet dat sprake is van een geneeskundige context. De geïndiceerde zorg lijkt voor te komen uit het feit dat verzoekster passief is als gevolg van haar psychische problematiek. Verzoekster en de indicierend wijkverpleegkundige benoemen dat sprake zou zijn van een pijnsyndroom en fibromyalgie, dit wordt echter niet beschreven in het zorgplan. In het zorgplan wordt zelfs aangegeven dat verzoekster geen pijnklachten ervaart.
Conclusie
Op basis van de beschikbare informatie in het dossier is niet aangetoond dat sprake is van een geneeskundige context, de nadruk van de zorgverlening ligt op de begeleiding van verzoekster.
Het advies
Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoekster kan geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering, omdat de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg niet aangetoond is.
- 3.9. Het definitief advies van het Zorginstituut van 5 augustus 2020 luidt, voor zover hier van belang:
“(…) ”

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 wijkverpleegkundige is als zorgprofessional verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden' en het bepalen van de in dat kader noodzakelijke zorg. Het is daarbij aan de wijkverpleegkundige om zo helder mogelijk te onderbouwen hoe zij tot deze indicatiestelling komt. In het voorlopig advies heeft het Zorginstituut aangegeven dat de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg onvoldoende onderbouwd is. Dit is nog steeds het geval nu de indicierend wijkverpleegkundige geen nadere onderbouwing heeft aangeleverd. Een indicatie maakt duidelijk wat de zorgbehoefte is. Een indicatie is altijd maatwerk, afgestemd met de verzekerde, op basis van diens zorgvragen en diens context. Het Zorginstituut kan niet op basis van verklaringen van behandelend artsen de indicatie onderbouwen. (...)"

4. Geschil

4.1. Verzoekster heeft aan de commissie gevraagd te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden het aangevraagde PGB vv toe te kennen.

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, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering. Dit blijkt uit artikel A.22. van de 'Algemene voorwaarden' van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering.

6. Beoordeling

6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over verpleging en verzorging, en het PGB vv zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

Zorgverzekering

6.2. De zorgverzekering biedt onder voorwaarden dekking voor een PGB vv. Hiermee kan verpleegkundige zorg zoals bedoeld in artikel B.26. van de zorgverzekering worden vergoed. Dit is verpleging en/of verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij deze zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. De verpleging en verzorging mag niet gepaard gaan met verblijf en mag evenmin kraamzorg zijn.

6.3. Verzoekster heeft gesteld dat het aan de indicierend wijkverpleegkundige is om haar behoefte aan verpleegkundige zorg zoals bedoeld in de zorgverzekering vast te stellen. Volgens de wijkverpleegkundige houdt de geïndiceerde verpleegkundige zorg verband met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico hierop. De ziektekostenverzekeraar moet deze vaststelling daarom zonder meer volgen. De verpleegkundige zorg is strikt medisch noodzakelijk vanwege de aanwezige lichamelijke aandoeningen, te weten astma, een pijnsyndroom en fibromyalgie, en de gezondheidsrisico's die in dat verband bestaan. Verzoekster licht toe dat haar psychische problematiek hiermee nauw samenhangt. Verwaarlozing van de persoonlijke verzorging kan de bestaande medische klachten immers verergeren. Het bestaan van die lichamelijke klachten wordt ondersteund door de overgelegde medische informatie. Verzoekster verwijst verder naar

een passage uit het document 'Verpleegkundige indicatiestelling; een nadere duiding' van het Zorginstituut van 28 maart 2019.

Zij is het niet eens met de adviezen van het Zorginstituut. Het is namelijk niet juist dat zij geen pijnklachten en lichamelijke aandoeningen heeft. Verzoekster begrijpt niet op basis waarvan het Zorginstituut heeft geconcludeerd dat de uren in het zorgplan en de aanvraag niet overeenkomen. Evenmin begrijpt zij hoe het Zorginstituut een medisch oordeel heeft kunnen geven zonder haar te hebben gezien. De adviezen van het Zorginstituut zijn dan ook niet correct. Verzoekster heeft voorts aangevoerd dat Persoonlijke Verzorging volgens de gemeente niet behoort tot het domein van de Wmo, maar valt onder de Zvw.

- 6.4. Verzoekster heeft daarnaast erop gewezen dat haar eerdere aanvragen voor een PGB vv door de ziektekostenverzekeraar zijn toegekend. Naar haar weten zijn de verzekeringsvoorwaarden voor een PGB vv sindsdien niet gewijzigd. Voorheen was dus kennelijk geen sprake van een zorgvraag die behoort tot het domein van de Wmo. Verzoekster concludeert dat de onderhavige aanvraag alsnog moet worden ingewilligd.
- 6.5. De ziektekostenverzekeraar heeft aangevoerd dat de geïndiceerde zorg geen verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico hierop. De beperkingen van verzoekster als gevolg van haar psychiatrische problematiek staan bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) op de voorgrond. Er is daarom geen sprake van zorg zoals bedoeld in artikel B.26. van de zorgverzekering. De geïndiceerde verzorging is bij verzoekster gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), waarbij het tekort aan zelfredzaamheid is gelegen in haar psychiatrische aandoening. De ziektekostenverzekeraar verwijst ter onderbouwing van dit standpunt naar de informatie van de indicierend wijkverpleegkundige. Hierin staat dat verzoekster vanwege haar psychiatrische problematiek is gebaat bij hulp bij haar persoonlijke verzorging. Deze hulp moet ervoor zorgen dat verzoekster zichzelf niet verwaarloost. Ook blijkt uit de informatie van de indicierend wijkverpleegkundige dat de echtgenoot van verzoekster haar moet stimuleren en bijstaan. De geïndiceerde zorg behoort daarom tot het domein van de Wmo.
- 6.6. De ziektekostenverzekeraar heeft toegelicht dat hij aanvragen voor een PGB vv kritischer is gaan beoordelen. Wellicht had verzoekster al een zorgvraag die behoorde tot de Wmo en zijn haar eerdere aanvragen ten onrechte door hem ingewilligd. De ziektekostenverzekeraar laat de mogelijke onterechte toekenningen echter rusten.
- 6.7. De commissie overweegt dat de stelling van verzoekster dat de ziektekostenverzekeraar de indicatie van de indicierend wijkverpleegkundige zonder meer moet volgen, niet juist is. De ziektekostenverzekeraar heeft het indiceren van verpleging en verzorging bij uitsluiting toegekend aan BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundigen. Dit volgt uit artikel 5.2.a van zijn 'Reglement Zvw-pgb in het kader van Verpleging en Verzorging' (het reglement). In artikel 5.7 van het reglement is echter ook geregeld dat geen PGB vv wordt toegekend voor zorg die naar het oordeel van de ziektekostenverzekeraar niet behoort tot de aanspraak verpleging en verzorging, of die niet doelmatig is. Volgens de ziektekostenverzekeraar doet het eerste zich hier voor.
- 6.8. De commissie is niet bevoegd te oordelen of zorg behoort tot het domein van de Wmo, zoals door de ziektekostenverzekeraar is betoogd. Deze vraag, voor zover aan de orde, moet worden beantwoord door de gemeente waar verzoekster woont en blijft bij de beoordeling daarom buiten beschouwing. Daarentegen is het wel aan de commissie te beslissen of de zorg die bij verzoekster is geïndiceerd verpleging en/of verzorging is zoals bedoeld in artikel B.26. van de zorgverzekering. Het antwoord hierop is bepalend voor de aanspraak van verzoekster op een PGB vv ten laste van de zorgverzekering.
- 6.9. Het Zorginstituut constateert in zijn advies van 18 juni 2020 aan de commissie in de eerste plaats dat de geïndiceerde tijd volgens het zorgplan en volgens de aanvraag niet overeenstemmen. Verder wordt opgemerkt dat psychiatrische zorg behoort tot de aanspraak geneeskundige zorg zoals bedoeld in de Zvw. Een verzekerde kan daarom ook op basis van een psychische aandoening

aanspraak maken op een PGB vv. Het moet dan echter wel gaan om zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en deze zorg moet een geneeskundige context hebben. Als de behoefte aan zorg samenhangt met de behoefte aan begeleiding en zelfredzaamheid, valt deze zorg niet onder de zorgverzekering.

Uit het zorgplan volgt niet dat sprake is van een geneeskundige context. De geïndiceerde zorg lijkt voort te vloeien uit de passiviteit van verzoekster, die het gevolg is van haar psychische problematiek. In het zorgplan is niet beschreven dat verzoekster een pijnsyndroom en fibromyalgie heeft. Daarentegen is vermeld dat verzoekster geen pijnklachten ervaart. De nadruk van de zorgverlening ligt op de begeleiding van verzoekster.

Het Zorginstituut adviseert daarom het verzoek af te wijzen. Dit advies heeft het Zorginstituut in zijn advies van 5 augustus 2020 gehandhaafd.

- 6.10. Verzoekster heeft haar bezwaren geuit tegen de adviezen van het Zorginstituut. Zo lijkt zij te veronderstellen dat het Zorginstituut uitgaat van een verkeerde voorstelling van zaken, namelijk dat zij geen lichamelijke klachten of lichamelijke aandoeningen zou hebben. Deze zienswijze is evenwel niet juist. Het bestaan van deze klachten en aandoeningen wordt erkend, maar de indicierend wijkverpleegkundige heeft de fibromyalgie en het pijnsyndroom niet vermeld in het zorgplan. Het Zorginstituut plaatst terecht een kanttekening, nu verzoekster zich hierop beroept in het kader van de indicatiestelling.

De commissie kan verzoekster daarnaast niet volgen in de stelling dat het Zorginstituut haar had moeten zien. In het dossier was voldoende informatie van de indicierend wijkverpleegkundige aanwezig op basis waarvan het Zorginstituut zijn (medische) beoordeling heeft kunnen uitvoeren. Verzoekster heeft daarbij verklaard dat contact met de indicierend wijkverpleegkundige kan worden gezocht voor een toelichting.

De commissie tekent in dit verband aan dat het aan verzoekster is zorg te dragen voor een behoorlijke onderbouwing van haar verzoek, en die informatie in de procedure te brengen die in haar ogen tot toewijzing moet leiden.

De commissie ziet in de bezwaren van verzoekster geen aanleiding van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt de conclusie hiervan over. Vanwege het ontbreken van een geneeskundige context behoort de geïndiceerde zorg niet tot de aanspraak op verpleging en verzorging als bedoeld in de zorgverzekering. Verzoekster heeft daarom geen aanspraak op het aangevraagde PGB vv ten laste van de zorgverzekering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

- 6.11. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen aanspraak op een PGB vv. Het verzoek kan daarom niet op basis van deze verzekering worden toegewezen.

Eerdere toekenningen PGB vv

- 6.12. Ten aanzien van het beroep van verzoekster op het feit dat haar eerder wel een PGB vv is toegekend, terwijl de verzekeringsvoorwaarden én haar situatie op dit punt sindsdien niet zijn gewijzigd, overweegt de commissie als volgt. Als gezegd, is de bevoegdheid tot het indiceren van verpleging en verzorging zoals bedoeld in de zorgverzekering op grond van het reglement bij uitsluiting toegekend aan BIG-geregistreerde HBO-verpleegkundigen. Dit betekent dat de aanvraag voor een PGB vv en de daaraan ten grondslag liggende indicatie in beginsel bepalend zijn voor de aanspraak op een PGB vv. Verzoekster heeft niet aannemelijk gemaakt dat de eerdere aanvragen en de daaraan ten grondslag liggende indicaties identiek zijn aan de voorliggende. Reeds hierom moet haar stelling worden gepasseerd. Daarbij heeft de ziektekostenverzekeraar toegelicht dat hij de aanvragen voor een PGB vv kritischer is gaan beoordelen. Voor zover hij zich hierbij houdt aan de door de wet en de verzekeringsovereenkomst bepaalde kaders staat hem dit vrij. Er bestaat geen aanleiding het verzoek, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden, in te willigen.

- 6.13. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

7. Bindend advies

7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 2 september 2020,



L. Ritzema

BIJLAGEN

1. Polisvoorwaarden

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

Artikel 2: Doelgroep Zvw-pgb

2.1 U komt in aanmerking voor het Zvw-pgb als u:

- a. behoefte heeft aan verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop én deze zorg niet gepaard gaat met verblijf en geen kraamzorg betreft.

Onder zorg benoemd in artikel 2.1.a 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:

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

Artikel 3: Voorwaarden voor toegang Zvw-pgb

U voldoet aan alle van de volgende voorwaarden:

3.1 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 de aanvraag is ontvangen bij de zorgverzekeraar, mag de indicatie niet langer dan drie maanden geleden gesteld zijn.

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

- a. u heeft zich bij de eerdere verstrekking van een persoonsgebonden budget in de AWBZ, Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of Jeugdwet niet gehouden aan de daarbij horende verplichtingen;
- b. u was binnen een periode van vijf jaar voorafgaand aan het indienen van de Zvw-pgb-aanvraag betrokken bij opzettelijke misleiding in het kader van een door of namens u afgesloten zorgverzekering;
- c. er loopt een onderzoek naar mogelijke onrechtmatigheden in een eerder aan u toegekend Zvw-pgb of een pgb op grond van de Wmo, Jeugdwet, Wlz en/of AWBZ;
- d. u heeft 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.

3.3 U bent naar ons oordeel in staat op eigen kracht of met hulp van een (wettelijke) vertegenwoordiger, de door u verkozen zorgverleners op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg;

Artikel 5: Aanvraag Zvw-pgb

5.1 Uw aanvraag voor een Zvw-pgb wordt beoordeeld aan de hand van de volledig ingevulde Zvw-pgb-aanvraagformulieren-set inclusief bijlagen (deel I: het verpleegkundige deel en deel II: het verzekerden deel). Een Bewuste-keuze gesprek maakt onderdeel uit van de aanvraagprocedure, tenzij wij hier vanaf zien. Als hieruit blijkt dat u voldoet aan de voorwaarden zoals genoemd in artikel 2 en artikel 3 van dit reglement, krijgt u een akkoordverklaring voor een Zvw-pgb. U vindt het Zvw-pgb-aanvraagformulier op onze website; ook kunt u het Zvw-pgb-aanvraagformulier telefonisch of schriftelijk bij ons opvragen.

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

5.2.b Voor een aanvraag voor kinderen onder 18 jaar bent u in het bezit van een door een BIG geregistreerde hbo-kinderverpleegkundige en/of een verpleegkundig specialist kindergeneeskunde die werkzaam is bij een bij de BINKZ aangesloten zorgverlener. Indien er capaciteitsproblemen zijn door de krapte op de arbeidsmarkt kunt u met ons contact opnemen om met de betreffende zorgverlener tot een passende oplossing te komen.

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

5.4 Indien sprake is van voorbehouden handelingen die uitgevoerd gaan worden door een informele zorgverlener, moet u aan kunnen tonen hoe u er voor zorgdraagt dat deze zorgverlener te allen tijde voldoende geïnstrueerd is om deze handelingen te verrichten.

5.5 Indien 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.

5.6 De indicatie moet onafhankelijk gesteld worden, waarbij de wijkverpleegkundige die uw indicatie stelt in ieder geval niet mag zijn uw (wettelijke) 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 gaat leveren, tenzij dit een door ons voor zorg in natura gecontracteerde aanbieder is.

5.7 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 kennen u voor dat deel van de zorg geen Zvw-pgb toe. De toekenning kan ook lager zijn dan het aantal uren van de indicatie; in dat geval motiveren wij waarom wij afwijken van de indicatie. Eventueel kunnen wij de indicatie geanonimiseerd voor advies voorleggen aan een onafhankelijke derde partij.

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

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

Een nieuwe aanvraag is nodig als u langer dan 60 dagen in een Wlz-instelling of ziekenhuis

A.20.4. Omzetbelasting

Als een zorgverlener die wettelijk daartoe verplicht is, over het bedrag van de verleende zorg omzetbelasting berekent en bij u in rekening brengt, valt deze omzetbelasting ook onder de vergoeding.

A.21. Algemene uitsluitingen

A.21.1. Algemeen

Op de volgende (kosten van) behandelingen hebt u geen recht:

1. Kosten van afspraken met zorgverleners die u niet nakomt;
2. Kosten die te maken hebben met het krijgen van een afschrift van of inzage in medische gegevens;
3. Behandelingen voor medisch opvoedkundige kwesties, dyslexie, behandeling van taalontwikkelingsstoornis in verband met anderstaligheid en/of dialect, taalonderzoek, spellingsonderzoek, intelligentieonderzoek of behandelingen met een onderwijskundig doel;
4. Kosten voor het omwisselen en betalen in een vreemde muntsoort;
5. (Bank)kosten in verband met betaling naar of vanuit het buitenland;
6. Kosten voor te late betaling van rekeningen die door de zorgverlener rechtstreeks naar u zijn gestuurd;
7. Kosten die in rekening worden gebracht door middel van een voorschotrekening;
8. Kosten die op grond van de Jeugdwet, Wlz en/of Wmo onder hun aanspraken, dekking en/of financiering vallen. Voorts de bedragen die voor uw rekening blijven volgens de Wlz en/of de Wmo, tenzij uitdrukkelijk in deze voorwaarden en vergoedingen overzichten deze wettelijke eigen bijdragen geheel of deels worden vergoed;
9. Attesten, vaccinaties en keuringen (bijvoorbeeld aanstellings- en beroepskeuringen of keuringen voor uw studie, rijbewijs of vliegbrevet). Wij nemen deze kosten wel voor onze rekening als dit bij of krachtens de zorgverzekeringswet zo is bepaald;
10. Bijkomende kosten zoals administratie-, facturerings- en verzendkosten;
11. Meer dan één behandeling van dezelfde soort op één dag, tenzij uitdrukkelijk in deze verzekeringsvoorwaarden of op uw vergoedingen overzicht anders staat aangegeven. Met "soort behandeling" bedoelen wij de zorg die beschreven is per artikel; 1 artikel is 1 zorgsoort.
12. Een behandeling die niet algemeen medisch erkend is volgens de medische normen die in

Nederland gelden of die zich nog in een wetenschappelijk of experimenteel stadium bevindt;

13. Een behandeling die naar ons oordeel niet bedoeld is om de ziekte of ziekteverschijnselen tegen te gaan of verergering van de ziekte te voorkomen;
14. Een behandeling die niet te beschouwen is als verantwoorde en geschikte zorg;
15. Een behandeling waarvoor geen medische of tandheelkundige noodzaak bestaat;
16. Zorg die plaatsvindt in de periode dat uw verzekering geen vergoeding geeft, zoals vóór aanvang of na afloop van uw verzekering. De datum van de behandeling is daarvoor bepalend, niet de datum waarop de rekening is uitgeschreven.
Gaaf de rekening over een DBC-zorgproductcode? Als de ingangsdatum van een DBC-zorgproductcode buiten de looptijd van uw verzekering valt, dan vallen alle kosten die met deze gehele DBC-zorgproductcode te maken hebben buiten de dekking;
17. Zorg die niet is genoemd of beschreven in uw verzekering;
18. Een behandeling die niet in de vorm van persoonlijk (fysiek) contact heeft plaatsgevonden maar telefonisch of via elektronisch/digitaal verkeer (e-mail en/of internet). Dit terwijl een dergelijke niet-fysieke behandeling redelijkerwijs niet mogelijk is of naar verwachting niet tot de te verwachten resultaten leidt.
Bijvoorbeeld: manuele therapie of het aanbrengen van een vulling bij mondzorg is telefonisch niet mogelijk, terwijl geestelijke gezondheidszorg (GGZ) digitaal (via internet) wel mogelijk is. Dit wordt in de voorwaarden bij de betreffende zorg zo nodig aangegeven;
19. Bevolkingsonderzoeken;
20. Kosten die te maken hebben met:
 - a. sportmassage;
 - b. arbeids- en/of bezigheidstherapie;
 - c. bedrijfshulpverleningscursussen;
21. Zorg die u als zorgverlener aan uzelf verleent;
22. Kosten van zorg die uitkomen boven de maximaal verzekerde vergoeding of het maximaal verzekerde aantal behandelingen. Wij vergoeden dus bijvoorbeeld in een jaar niet méér dan het maximaal verzekerde bedrag, ook al hebt u in een vorig jaar voor die zorg niets of niet het gehele maximale bedrag gebruikt.
23. Zorg die aan u wordt verleend, of medicijnen / producten die zijn voorgeschreven door een zorgverlener die uw partner, een gezinslid en/of een familielid in de eerste of tweede

A.21.4. Hechtenis of gevangenschap

Tijdens de periode dat u in hechtenis bent of in de gevangenis zit, hebt u geen recht op zorg of vergoeding van kosten daarvan. Ook als de zorg die u ontvangt wel onder de verzekering valt. Dit geldt zowel voor gevangenschap/hechtenis in Nederland als in het buitenland. U bent tijdens deze periode aangewezen op geneeskundige zorg die door of namens de instelling waar u verblijft wordt verstrekt. In Nederland zorgt het Ministerie van Justitie daarvoor.

A.22. Geschillen

A.22.1. Verzoek om heroverweging

Als u het niet eens bent met een beslissing die wij voor de uitvoering van de verzekering hebben genomen, kunt u schriftelijk aan onze afdeling Juridische Zaken vragen de beslissing te heroverwegen.

A.22.2. Rechter of geschillencommissie

Gaat u niet akkoord met de uitkomst van de heroverweging? U kunt dan kiezen voor één van de volgende mogelijkheden:

- U kunt naar de bevoegde rechter als wij niet binnen 4 weken op dit verzoek om heroverweging reageren. U kunt dit ook doen als wij aangeven dat (en waarom) wij bij onze beslissing blijven.
- U kunt het geschil ook voorleggen aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ), Postbus 291, 3700 AG Zeist (www.skgz.nl). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

Hebt u eenmaal voor de ene mogelijkheid gekozen dan kunt u in principe geen gebruik maken van de andere mogelijkheid.

A.22.3. E-Court

Als u uw kosten (premie daaronder begrepen) niet op tijd aan ons betaalt, kunnen wij om deze schulden te innen in een arbitraal geding gebruik maken van het scheidsgerecht Stichting e-Court. U hebt gedurende een maand vanaf de oproeping het recht om te kiezen voor behandeling door de

kantonrechter. De wettelijke regels daarvoor en het Arbitrage Reglement dat op de internetsite www.e-court.nl staat zijn van toepassing.

A.23. Klachten

A.23.1. Klacht

Als u een klacht hebt die niet gaat over de uitvoering van uw zorgverzekering, dan kunt u dit ook aan ons laten weten. U kunt dit schriftelijk of telefonisch doen. Wij beslissen over uw klacht en wij stellen u hiervan op de hoogte.

A.23.2. Niet akkoord met de beslissing

Gaat u niet akkoord met onze beslissing en zijn uw klachten niet naar redelijkheid weggenomen? U hebt dan de volgende mogelijkheden:

- U kunt uw klacht voorleggen aan de bevoegde rechter;
- U kunt uw klacht voorleggen aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Bij deze stichting werkt de Ombudsman Zorgverzekeringen. Deze Ombudsman probeert door bemiddeling de klacht op te lossen. Als dit niet lukt, kan de SKGZ een bindend advies uitbrengen.

Hebt u eenmaal voor de ene mogelijkheid gekozen dan kunt u in principe geen gebruik meer maken van de andere mogelijkheid.

A.23.3. Klacht over standaardformulieren

Als u, zorgverleners of andere zorgverzekeraars onze formulieren te ingewikkeld of overbodig vinden, kan een klacht daarover ingediend worden bij de NZa. De NZa doet hierover vervolgens een uitspraak. Die uitspraak is bindend.

A.24. Nederlands Recht

Op uw verzekering(en) is het Nederlands recht van toepassing.

A.25. Wat als situatie niet is geregeld?

In alle gevallen waarvoor in deze verzekeringsvoorwaarden niets is geregeld, beslist de raad van bestuur of directie hoe wij daarmee omgaan.

NOG-verwijsrichtlijn voor visuele zorg. Voor aanvang van een extramurale behandeling is verwijzing nodig van:

- een medisch specialist of een klinisch fysicus audiologisch centrum als de stoornis / beperking niet eerder is vastgesteld of als de stoornis / beperking is gewijzigd;
- een huisarts of jeugdarts als de stoornis / beperking wel eerder is vastgesteld maar er een samenhangende zorgbehoefte blijkt. Er is geen verwijzing van huisarts of jeugdarts nodig als eenvoudige revalidatie wordt geleverd door een gecontracteerde zorginstelling voor verzekerden met een visuele beperking. Uw zorginstelling kan u vertellen wanneer het om eenvoudige revalidatie gaat.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is nodig als verblijf langer duurt dan 1 jaar. De zorginstellingen die dit verblijf bieden, weten wanneer u in aanmerking komt voor verblijf en wanneer een akkoordverklaring nodig is.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg wordt verleend in een instelling voor zorg voor zintuiglijk beperkten of bij u thuis.

B.26. Wijkverpleging

Kijk op uw Vergoedingen Overzicht of u recht hebt op vergoeding.

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat verpleging en verzorging zoals verpleegkundigen die plegen te bieden voor alle leeftijden en houdt verband met de behoefte aan geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering of een hoog risico op die zorg.

De zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden omvat verpleging, verzorging, coördinatie, signalering, preventie, ondersteuning bij zelfmanagement en casemanagement.

Integrale zorg

Ten behoeve van integrale zorgverlening hebben wij afspraken met gemeenten gemaakt. Wij doen dit om de uitvoering van onze wettelijke taken op grond van de Zorgverzekeringswet en WMO op elkaar af te stemmen. De afspraken die van belang zijn voor uw zorgverzekering staan in de verzekeringsvoorwaarden. Als u integrale zorg ontvangt (zorg op grond van verschillende wetten tegelijkertijd, zoals Zorgverzekeringswet, Jeugdwet, WMO en Wlz), adviseren wij u hierover con-

tact met ons op te nemen.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg mag niet gepaard gaan met verblijf in een instelling, tenzij het om Intensieve Kindzorg gaat. Als Intensieve Kindzorg gepaard gaat met verblijf in een instelling, dan kunt u deze zorg niet met een PGB inkopen.
- De zorg betreft geen kraamzorg. Kijk voor kraamzorg in artikel B.7.
- De zorg omvat geen zorg die bekostigd kan worden uit de Wlz.
- Als het gaat om zorg bij kinderen jonger dan 18 jaar die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), dan valt die zorg onder de Jeugdwet; de zorg vindt dan niet in geneeskundige context plaats.

Voorwaarden

Algemeen

U moet naar inhoud en omvang redelijkerwijs zijn aangewezen op de zorg. De te verlenen zorg, ook de indicatiestelling, moet doelmatig zijn.

Verpleegkundige handelingen en verzorgingshandelingen worden zoveel mogelijk gecombineerd uitgevoerd in één bezoek aan u. Indien de zorg voor u slechts bestaat uit het uitvoeren van verzorgingshandelingen, dan heeft u regelmatig contact met de verpleegkundige die uw indicatie heeft gesteld, om na te gaan of uw situatie gewijzigd is en eventueel de indicatie en het zorgplan aan te passen. Wij verwachten van u dat u naar beste kunnen medewerking verleent aan de zorgverleners, zodat zij hun werk veilig en naar behoren kunnen uitvoeren.

Bepaalde zorgvormen moeten verleend worden door gespecialiseerde verpleegkundigen (bijvoorbeeld bepaalde verpleegtechnische handelingen en casemanagement dementie). Ons Zorgteam kan u helpen een passende zorgverlener te vinden.

Persoons Gebonden Budget

In bepaalde gevallen kunt u voor wijkverpleging ook een Persoons Gebonden Budget (PGB) bij ons aanvragen. In het Reglement PGB Verpleging & Verzorging leest u daar meer over.

Zorgverlener

Algemeen

De wijkverpleegkundige zorg wordt verleend door zorgverleners (beroepskrachten) die bevoegd en bekwaam zijn voor die handelingen die zij uitvoe-

ren en kunnen dit desgevraagd aantonen. De verpleegkundigen (niveau 4 en 5) zijn daarnaast BIG-geregistreerd. Voorbehouden handelingen worden volgens de geldende kaders en normen uitgevoerd. De verpleegkundig specialist of verpleegkundige niveau 5 die de indicatie heeft gesteld, is continu betrokken bij de zorg en bewaakt of de indicatie en het zorgplan, en daarmee de ingezette zorg, nog passen bij de zorgvraag. Bij twijfel over de legitimiteit van handelen van een zorgmedewerker kan contact opgenomen worden met ons Zorgteam.

De zorgverlener die de zorg verleent en declareert moet beschikken over een AGB-code wijkverpleging en over gekwalificeerd personeel. De zorgverlener heeft daarom de beschikking over ten minste één persoon met een AGB-code "Verpleegkundige niveau 5" die duurzaam verbonden is aan de zorgverlener. Of er meer verpleegkundigen niveau 5 beschikbaar moeten zijn is afhankelijk van welke zorg wordt geleverd. U kunt bij ons navragen of de zorgverlener aan deze voorwaarden voldoet.

Indicatiestelling

De indicatie voor wijkverpleegkundige zorg wordt gesteld door de verpleegkundig specialist (artikel 14, wet BIG, hbo-master) of een verpleegkundige niveau 5 (artikel 3, wet BIG, hbo-bachelor). De indicatie wordt gesteld aan de hand van een digitaal classificatiesysteem. Inhoudelijk moet de indicatiestelling voldoen aan het normenkader van V&VN. De indicatiestelling wordt vermeld in het zorgplan.

Verwijzing

U bent voor aanvang van de zorg verwezen door een verpleegkundige, huisarts of medisch specialist. Voor het stellen van een indicatie kunt u een zorgverlener benaderen ook zonder dat u over een verwijzing beschikt.

Akkoordverklaring

- De zorgverlener waarmee wij een zorgovereenkomst hebben gesloten, beoordeelt namens ons of uw aandoening valt onder de zorg waarvoor u verzekerd bent. Een akkoordverklaring is dan niet nodig. U kunt deze zorgverleners vinden op onze internetsite.
- Als de behandeling wordt gedaan door een zorgverlener waarmee wij geen zorgovereenkomst hebben gesloten, is wel een akkoordverklaring nodig (zie artikel A.18.).

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

Plaats

De zorg wordt verleend in uw eigen omgeving.

"Intensieve Kindzorg" kan ook in een verpleegkundig kinderdagverblijf of kinderspice verleend worden.

B.27. Kortdurend verblijf in een instelling

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat kortdurend verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.

Er moet vaststaan dat:

- er per direct een aantoonbaar risico bestaat op gezondheidsverlies. Uw persoonlijke (thuis) situatie neemt uw huisarts mee in overweging; en
- een ziekenhuisopname niet noodzakelijk is; en
- er geen structurele behoefte is aan verblijf; en
- terugkeer naar huis en herstel op korte termijn zorginhoudelijk mogelijk is (tenzij er sprake is van zorg vanwege de palliatief terminale fase).

Onder de zorg valt:

- Verblijf voor medisch noodzakelijke zorg voor maximaal 3 maanden. Deze maximum duur is niet van toepassing op palliatief terminale zorg;
- 24-uurs beschikbaarheid en zorglevering van verpleging en/of verzorging;
- Geneeskundige zorg. Hierbij is ook de eerstelijns diagnostiek inbegrepen;
- Paramedische zorg (fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck/Cesar, logopedie, diëtetiek en ergotherapie) die samenhangt met de indicatie voor dit kortdurend verblijf.

Toelichting:

Zorg kan niet altijd thuis geleverd worden, bijvoorbeeld omdat een periode van aaneengesloten (geneeskundige) observatie, specialistische diagnostiek, herstellende zorg of zorg op onplanbare momenten nodig is. Ook kan palliatief terminale zorg niet altijd thuis geleverd worden en biedt een hospice soms betere mogelijkheden. In dergelijke gevallen kunt u recht hebben op een kortdurend verblijf buiten uw eigen huis zoals hierboven beschreven.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- U bent tijdens het kortdurend verblijf wel verzekerd voor medicijnen maar voor die zorg gelden dan de voorwaarden van artikel B.15 en B.16. en niet de voorwaarden van artikel B.27.

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 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal zeven jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.
6. De zorg en diensten, bedoeld in het eerste lid, omvatten niet geestelijke gezondheidszorg als bedoeld in artikel 10.2, eerste lid, van de Jeugdwet aan jeugdigen als bedoeld in artikel 1.1 van die wet.

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.