

ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : A te B, en VGZ Zorgverzekeraar N.V. te Arnhem
Zaak : Verpleging en Verzorging, persoonsgebonden budget (PGB), indicatie
Regelgeving : Voorwaarden zorgverzekering 2022, artt. 10, 11 en 13a Zvw, 2.1, 2.10 en 2.15a t/m 2.15c Bzv,
2.29a t/m 2.29c Rzv
Zaaknummer : 202201231
Zittingsdatum : 7 juni 2023

1. Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker

en

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

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 25 december 2022 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Op 12 januari 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 24 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 29 maart 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.3. Bij brief van 18 april 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023013437) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 18 april 2023 aan partijen gestuurd.
- 2.4. Bij e-mailbericht van 25 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aanvullende stukken gestuurd. Een kopie hiervan is op 25 mei 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.5. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 7 juni 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn over deze samenstelling voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.
- 2.6. Verzoeker is door de commissie in de gelegenheid gesteld aanvullende (medische) informatie aan te leveren, hetgeen hij heeft gedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 21 juni 2023 op gereageerd. Een kopie hiervan is op 22 juni 2023 aan verzoeker gestuurd.
- 2.7. De aantekeningen van de hoorzitting en kopieën van de nagekomen stukken zijn op 22 juni 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 18 april 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 3 juli 2023 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2021 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de verzekering VGZ Ruime Keuze (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekering Gemeentepakket Den Haag (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil, zodat deze verder onbesproken kan blijven.

- 3.2. Op 7 oktober 2021 heeft de indicierend wijkverpleegkundige namens verzoeker bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor een PGB vv. De aanvraag is op basis van 9 uren en 55 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 4 oktober 2021 tot en met 3 oktober 2023 en deze werd op 28 oktober 2021 ontvangen door de ziektekostenverzekeraar.
- 3.3. De ziektekostenverzekeraar heeft op 5 januari 2022 telefonisch contact gehad met de indicierend wijkverpleegkundige over de aanvraag. Hiervan is door de ziektekostenverzekeraar een gespreksverslag gemaakt. Dit verslag is aanvankelijk niet met de indicierend wijkverpleegkundige gedeeld.
- 3.4. Op 12 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar telefonisch contact gehad met verzoeker. Ook hiervan is een gespreksverslag gemaakt. Bij brief van 12 januari 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de aanvraag voor een PGB vv van 7 oktober 2021 is afgewezen.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van deze beslissing gevraagd. Bij brief van 5 april 2022 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat hij zijn beslissing handhaaft.
- 3.6. Op 5 april 2022 heeft de commissie een bindend advies uitgebracht inzake een eerder geschil dat door verzoeker is aangebracht (GcZ, 5 april 2022, 202101148). De commissie heeft in die zaak besloten dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is een persoonsgebonden budget Verpleging en Verzorging (hierna: PGB vv) toe te kennen op basis van 12 uren en 15 minuten Persoonlijke Verzorging per week. Dit betrof de periode van 15 februari 2021 tot en met 14 februari 2022.
- 3.7. Bij brief van 18 april 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.8. Bij e-mailbericht van 25 mei 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de bevestiging van de indicierend wijkverpleegkundige naar aanleiding van het alsnog toegestuurde gespreksverslag van 5 januari 2022 ingebracht.
- 3.9. Bij brief van 21 juni 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar aan de commissie meegedeeld dat de in vervolg op de hoorzitting door verzoeker aangeleverde (medische) informatie niet leidt tot een ander standpunt.
- 3.10. Bij brief van 3 juli 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar de aanvraag van 7 oktober 2021 voor een PGB vv op basis van 9 uren en 55 minuten Persoonlijke Verzorging per week voor de periode van 4 oktober 2021 tot en met 3 oktober 2023 alsnog dient goed te keuren.
- 4.2. Verzoeker heeft in dit verband gesteld dat hij al enige jaren een PGB vv heeft, aangezien hij langdurig ziek is. Het aantal uren in de huidige aanvraag is ten opzichte van de vorige aanvraag iets afgenomen, omdat hij hersteld is van een wond waarvoor hij zorg nodig had. Verzoeker heeft nek- en rugklachten met uitstralende pijn in het been en krachtverlies in de armen, waardoor de fijne motoriek lastig is. Verzoeker wordt beperkt in zijn dagelijkse activiteiten. Tijdens het douchen en aankleden kan verzoeker een deel van de zorg zelf, maar hij moet gestimuleerd worden om zichzelf te verzorgen en daarbij is ook toezicht nodig. Verzoeker transpireert redelijk veel, zodat het voorgaande ook geldt voor de avondd zorg. Voorts heeft verzoeker hulp nodig

bij de huidverzorging van de anus. Door de beperking in zijn handen kan hij de huid - die nog gevoelig is van de wond - niet zelf insmeren en controleren. Verzoeker heeft daarnaast hulp nodig bij het druppelen van zijn ogen. Door het krachtverlies in zijn handen kan hij dit niet zelf. Ook met een hulpmiddel lukt dit niet. De TENS aan het been kan hij - ook door het krachtsverlies in zijn handen - niet zelf aansluiten. Verzoeker verklaart om deze redenen zorg nodig te hebben, te financieren door middel van een PGB vv. De aanvraag hiertoe werd echter afgewezen naar aanleiding van een telefoongesprek met de indicierend wijkverpleegkundige, volgens verzoeker is dit ten onrechte gebeurd.

- 4.3. Ter zitting heeft verzoeker in aanvulling hierop aangevoerd dat de indicierend wijkverpleegkundige gebrekkige informatie heeft gestuurd aan de ziektekostenverzekeraar. Zijn fysieke problemen zijn tijdens het gesprek van 5 januari 2022 niet aan de orde gekomen. Hij is onder behandeling bij verschillende artsen. De gestelde diagnose heeft hij destijds aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. Verzoeker heeft scans laten maken in verband met de behandeling door een oncoloog. Volgens verzoeker is het advies van het Zorginstituut ook op gebrekkige informatie gebaseerd. Sinds 15 februari 2022 ontvangt hij geen PGB vv meer.
- 4.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.
- 4.5. Na afloop van de hoorzitting heeft verzoeker, bij e-mailbericht van 8 juni 2023, aan de commissie aanvullende (medische) informatie gestuurd, welke informatie is doorgestuurd naar de ziektekostenverzekeraar. Deze laatste heeft daarop gereageerd.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat bij verzoeker geen sprake is van zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, waarbij die zorg verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Uit het ingediende zorgplan blijkt dat verzoeker nek- en rugklachten met uitstralende pijn in het been heeft. Het is onduidelijk welke functionele beperkingen hij hierdoor ondervindt. De indicierend wijkverpleegkundige heeft verklaard dat er kracht- en functieverlies in de fijne motoriek van de armen en het been is, maar zij heeft hiervoor geen medische verslaglegging van een arts of paramedicus geraadpleegd. In het zorgplan zijn de benoemde beperkingen niet onderbouwd. Er is daarnaast zorg geïndiceerd die niet onder de aanspraak op verpleging en verzorging valt en er is zorg geïndiceerd die niet doelmatig is. In het zorgplan is voorts niet beschreven welke behandelingen of hulpmiddelen zijn ingezet om de zelfredzaamheid van verzoeker te vergroten.
- 5.2. In het kader van de beoordeling van de aanvraag heeft de ziektekostenverzekeraar op 5 januari 2022 telefonisch contact gehad met de indicierend wijkverpleegkundige. Tijdens het gesprek heeft de indicierend wijkverpleegkundige de mogelijkheid gekregen het zorgplan te onderbouwen. Uit de toelichting die de indicierend wijkverpleegkundige bij die gelegenheid gaf, volgt dat de indicatie tot stand is gekomen zonder medische verslaglegging. De geneeskundige context van de geïndiceerde zorg is om die reden onnavolgbaar. Daarnaast is door de indicierend wijkverpleegkundige onvoldoende gekeken naar behandelingen of hulpmiddelen die doelmatiger zijn. Daarbij heeft de indicierend wijkverpleegkundige toegelicht dat zij het druppelen van de ogen tegenwoordig niet meer indiceert, omdat dit zorg is die van het netwerk mag worden verwacht. Het gespreksverslag is destijds niet met de indicierend wijkverpleegkundige gedeeld. Bij brief van 24 maart 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar de NANDA diagnoselijst ingebracht en toegelicht dat de informatie uit de NANDA diagnoselijst onderdeel is van de beoordeling van de aanvraag.
- 5.3. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar, daarnaar door de commissie expliciet gevraagd, verklaard dat het gespreksverslag niet eerder met de indicierend wijkverpleegkundige werd gedeeld, omdat het interne werkproces dat niet toeliet. Dit is inmiddels veranderd. Verzoeker stelt nu dat er aanvullende (medische) informatie is. De ziektekostenverzekeraar vraagt zich af

waarom deze informatie niet eerder met hem is gedeeld. Hij is evenwel bereid om, aan de hand van de door verzoeker aan te leveren informatie, de aanvraag nogmaals te beoordelen.

- 5.4. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.
- 5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft na afloop van de hoorzitting aanvullende (medische) informatie van verzoeker ontvangen ter beoordeling van de aanvraag en de geneeskundige context. Dit betrof verslagen van radiologisch en nucleair onderzoek gedurende de periode juni 2017 tot en met mei 2023. Deze medische stukken waren eerder niet ontvangen. Bij de beoordeling van de aanvraag heeft de ziektekostenverzekeraar de verschillende medische verslagen en rapporten betrokken. Hieruit blijkt dat er diverse onderzoeken zijn uitgevoerd naar aanleiding van de pijnklachten die verzoeker ervaart. Daarnaast is aangetoond dat verzoeker vanwege de pijnklachten in de rug en het been onder behandeling is geweest. Uit de beschikbare informatie blijkt niet dat verzoeker vanwege de beschreven gezondheidsklachten dermate beperkt is in het functioneren, dat hij de in het zorgplan beschreven activiteiten niet zelfstandig kan of mag uitvoeren. Pijn op zichzelf is geen onderbouwing voor overname van zorg.

6. Advies Zorginstituut

- 6.1. In het voorlopig advies van 18 april 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

"Het dossier bevat een PGB vv aanvraag van 7 oktober 2022 en het bijbehorende zorgplan. De NANDA diagnoselijst waarnaar verwezen wordt in deze aanvraag ontbreekt. De NANDA diagnoselijst behorend bij de PGB vv aanvraag van 15 februari 2021 kan niet gebruikt worden als onderbouwing van de PGB aanvraag van 7 oktober 2022. Deze diagnoselijst wordt evenals de andere PGB vv aanvraag d.d. 14 februari 2021 buiten beschouwing gelaten. De geneeskundige context van de geïndiceerde zorg in het zorgplan is onvoldoende onderbouwd. Het is niet navolgbaar dat de aandoeningen van verzoeker leiden tot de beschreven beperkingen van verzoeker. Uit het gespreksverslag van 5 januari 2022 over het contact tussen verweerder en de indicierend wijkverpleegkundige blijkt dat de wijkverpleegkundige niet akkoord is gegaan met het bijstellen van de indicatie maar zij geeft wel aan dat de indicatiestelling beter kan, dat ze onvoldoende heeft gekeken naar de zelfredzaamheid van verzoeker en dat ze de zorg beter kan onderbouwen. Het Zorginstituut leidt hieruit af dat de wijkverpleegkundige ook van mening is dat de indicatiestelling onvoldoende onderbouwd is.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan geconcludeerd worden dat de geneeskundige context van de geïndiceerde zorg onvoldoende onderbouwd is. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op een PGB vv ten laste van de basisverzekering.

Het advies

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

- 6.2. In het definitief advies van 3 juli 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, verklaard:

Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen. 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 met de opmerking dat per abuis in het voorlopig advies vermeld is dat de PGB-aanvraag dateert van 7 oktober 2022. Dit moet zijn 7 oktober 2021.

Naar aanleiding van de ontvangen informatie 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.

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel 10.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

- 8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over verpleging en verzorging 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

- 8.2. De commissie hanteert als uitgangspunt dat met het indienen van een nieuwe aanvraag de voorgaande aanvraag komt te vervallen. In dit geval zou het vasthouden aan dit uitgangspunt tot een onwenselijke uitkomst leiden. De voorgaande aanvraag heeft immers geleid tot een procedure bij de commissie, en in vervolg hierop tot een bindend advies dat de periode tot en met 14 februari 2022 beslaat. Gelet op dit bindend advies wordt geoordeeld dat het onderhavige geschil zich beperkt tot de periode van 15 februari 2022 tot en met 3 oktober 2023.
- 8.3. In gevallen als deze gaat het onder meer om de beantwoording van de vraag of de zorgverzekeraar bij de totstandkoming van zijn beslissing procedureel de zorgvuldigheid in acht heeft genomen die van hem in de contractuele verhouding tot een verzekerde mag worden verwacht, alsmede of sprake is van verzekerde zorg, en van zorg waarop de verzekerde naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
- 8.4. Het beslissingskader dat de commissie in PGB vv geschillen bij de beoordeling van de procedurele zorgvuldigheid hanteert, komt neer op het volgende:
 - (a) Uitgangspunt is dat het primaat van de beoordeling of een verzekerde in aanmerking komt voor een PGB vv ligt bij de indicierend wijkverpleegkundige (hierna: de verpleegkundige). Uit het zorgplan moet blijken dat:
 - (i) sprake is van 'zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden';
 - (ii) deze zorg verband houdt met de behoefte aan zorg (als bedoeld in artikel 2.4 Bzv) of een hoog risico daarop; en
 - (iii) de verzekerde op de geïndiceerde zorg naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
 - (b) Kan de zorgverzekeraar zich niet met de inhoud van (een of meer onderdelen van) de door de verpleegkundige gestelde indicatie verenigen en is hij voornemens de aanvraag geheel of gedeeltelijk af te wijzen, dan licht hij dat gemotiveerd per onderdeel - en bij voorkeur schriftelijk - toe aan de verpleegkundige, met vermelding van de hieraan door hem te verbinden consequenties voor de ingediende aanvraag. Vervolgens vindt een nader mondeling overleg plaats tussen beiden. Verder krijgt de verpleegkundige de gelegenheid, binnen een redelijke termijn van ten minste vier weken, een nadere - bij voorkeur schriftelijke - reactie te geven op voornoemde

toelichting en/of de aanvraag voor het PGB vv en de daarbij behorende indicatie aan te passen, al dan niet onder overlegging van nadere informatie.

(c) Leidt het hiervoor bedoelde mondelinge overleg tussen de zorgverzekeraar en de verpleegkundige:

(i) tot overeenstemming tussen de zorgverzekeraar en de verpleegkundige over een al dan niet aangepaste aanvraag en daarbij behorende indicatie, dan bevestigen betrokkenen dit schriftelijk aan elkaar;

(ii) niet tot overeenstemming, dan neemt de zorgverzekeraar schriftelijk een gemotiveerde beslissing op de PGB vv-aanvraag en de daarbij behorende indicatie en stuurt hij die aan de verzekerde en de verpleegkundige.

- 8.5. Wordt een PGB vv geschil voorgelegd aan de commissie en blijkt dat de zorgverzekeraar de hiervoor onder (b) en (c) genoemde verplichtingen niet of niet tijdig is nagekomen, dan kan dit ertoe leiden dat de commissie oordeelt dat de zorgverzekeraar bij de (gehele of gedeeltelijke) afwijzing van de PGB vv aanvraag niet de vereiste zorgvuldigheid heeft in acht genomen die van hem mocht worden verwacht, met als mogelijke consequentie dat het verzoek om die reden wordt toegewezen, tenzij dit naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.
- 8.6. In dit geval heeft de ziektekostenverzekeraar op 5 januari 2022 telefonisch contact gehad met de indicierend wijkverpleegkundige. De ziektekostenverzekeraar heeft van het gesprek een verslag gemaakt, maar dit is vervolgens niet met de indicierend wijkverpleegkundige gedeeld. De indicierend wijkverpleegkundige heeft hierdoor niet kunnen reageren op mogelijke onjuistheden in het verslag en daarbij ook niet de mogelijkheid gekregen om binnen een redelijke termijn de gestelde indicatie waar nodig aan te passen en eventueel ontbrekende (medische) informatie aan te vullen. De ziektekostenverzekeraar heeft op basis van zijn interpretatie van het gesprek met de indicierend wijkverpleegkundige de aanvraag bij brief van 12 januari 2022 afgewezen. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat de beslissing van 12 januari 2022 niet zorgvuldig tot stand is gekomen en dat het verzoek moet worden toegewezen, tenzij dit naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is. De commissie is van oordeel dat dit laatste aan de orde is. Het gespreksverslag is naderhand alsnog met de indicierend wijkverpleegkundige gedeeld, waarna is gebleken dat zij instemt met de inhoud ervan. Het gespreksverslag is uitgebreid, waarbij door de ziektekostenverzekeraar bij verschillende onderdelen in de aanvraag om verduidelijking wordt gevraagd. De antwoorden van de indicierend wijkverpleegkundige zijn onvoldoende verhelderend. Hierdoor is de geneeskundige context - waarover de ziektekostenverzekeraar gereede twijfels had - onvoldoende onderbouwd. Dit blijkt ook uit het advies van het Zorginstituut. De commissie concludeert dat het onder deze omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is verzoeker een PGB vv toe te kennen. De commissie wijst het verzoek daarom af.
- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.
9. **Bindend advies**
- 9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 13 juli 2023

H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Meer informatie staat op de website www.rechtspraak.nl.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.10

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

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

Artikel 2.15a

1. Met het Zvw-pgb kan worden vergoed verpleging en verzorging als bedoeld in artikel 2.10.
2. De zorgverzekeraar kan in zijn modelovereenkomst opnemen dat met het Zvw-pgb tevens kan worden vergoed verblijf als bedoeld in artikel 2.12 voor zover gepaard gaande met verpleging en verzorging voor verzekerden tot achttien jaar.

Artikel 2.15b

Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, kunnen bij ministeriële regeling bedragen worden vastgesteld die ten hoogste met een Zvw-pgb worden vergoed.

Artikel 2.15c

1. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt een Zvw-pgb verstrekt indien:
 - a. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten met het Zvw-pgb op doelmatige wijze te voorzien in toereikende zorg of andere diensten van goede kwaliteit,
 - b. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen op verantwoorde wijze uit te voeren,
 - c. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is te achten op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger, de door hem verkozen zorgaanbieders op zodanige wijze aan te sturen en hun werkzaamheden op elkaar af te stemmen, dat sprake is of zal zijn van verantwoorde zorg en
 - d. de verzekerde naar het oordeel van de zorgverzekeraar in staat is op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te motiveren dat hij de zorg met een Zvw-pgb geleverd wil en kan krijgen.
2. Onverminderd andere bij wettelijk voorschrift gestelde voorwaarden of beperkingen alsmede in de zorgverzekering opgenomen voorwaarden wordt het Zvw-pgb geweigerd indien:
 - a. de verzekerde bij de eerdere verstrekking van een Zvw-pgb niet in staat is gebleken zich op eigen kracht of met hulp van een vertegenwoordiger te houden aan de aan het Zvw-pgb verbonden taken en verplichtingen;
 - b. de verzekerde blijkens de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres;
 - c. de verzekerde rechtens zijn vrijheid is ontnomen;
 - d. de vertegenwoordiger van de verzekerde niet voldoet aan regels inhoudende beperkingen of eisen die bij ministeriële regeling aan de kring van vertegenwoordigers kunnen worden gesteld in het belang van de bescherming van de verzekerde of van het waarborgen van de hulp, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d.

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

Regeling zorgverzekering

Artikel 2.29a

1. Tenzij het zorg betreft waarop de artikelen 50 tot en met 56 van de Wet marktordening gezondheidszorg van toepassing zijn, wordt met een Zvw-pgb ten hoogste € 26,52 per uur vergoed voor de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
2. In afwijking van het bedrag, genoemd in het eerste lid, bedraagt de vergoeding ten hoogste een door de zorgverzekeraar te bepalen bedrag per uur indien de verzekerde kan aantonen dat de zorg is verleend door een persoon die is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van Wet de op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, voor het uitoefenen van een beroep voor het verlenen van zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering.
3. Het tweede lid is niet van toepassing indien de zorgverlener een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad of de echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel is van de verzekerde.
4. De vergoeding, bedoeld in het tweede lid, is ten hoogste gelijk aan het tarief dat door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg voor de desbetreffende zorg is vastgesteld.
5. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2020, als gevolg van de maatregelen in verband met Covid-19, door de zorgverlener niet is verleend;
 - b. deze niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
6. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het vijfde lid. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.
7. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
 - a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering, in de periode van 1 oktober 2020 tot en met 31 december 2021, door de zorgverlener niet is verleend in verband met:
 - 1°. een besmetting van de verzekerde of de zorgverlener met Covid-19,
 - 2°. een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde of diens zorgverlener vanwege Covid-19, of
 - 3°. het niet kunnen verlenen overeenkomstig de maatregelen in verband met Covid-19 aan de budgethouder vanwege een beperking bij de budgethouder als bedoeld in artikel 6.6, tweede lid, onderdelen d en e, van de Tijdelijke regeling maatregelen covid-19;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en

- c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
8. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het zevende lid. In de registratie is opgenomen:
- a. ingeval van besmetting met Covid-19 van de verzekerde: een bewijsstuk waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting;
 - b. ingeval van een noodzakelijke quarantaine van de verzekerde in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de verzekerde en de zorgverlener overeengekomen afspraken, waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze quarantaine;
 - c. ingeval van besmetting met Covid-19 of noodzakelijke quarantaine van de zorgverlener in verband met Covid-19: een bewijsstuk of de tussen de zorgverlener en de verzekerde overeengekomen afspraken waaruit blijkt dat de zorg niet kon worden geleverd in verband met deze besmetting of noodzakelijke quarantaine;
 - d. ingeval van de in het tweede lid, onderdeel a, subonderdeel 3°, bedoelde situatie: een specificatie wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd.
9. De verzekerde stelt, op verzoek van de zorgverzekeraar, de registratie, bedoeld in het achtste lid, ter beschikking.
10. In afwijking van het eerste en tweede lid, worden de bedragen, bedoeld in voornoemde leden, ook vergoed indien:
- a. de zorg als bedoeld in artikel 2.15a van het Besluit zorgverzekering door de zorgverlener als gevolg van het ontvangen van een vaccinatie voor Covid-19, voor ten hoogste twee uur, niet is verleend;
 - b. de niet-verleende zorg door de zorgverlener bij de verzekerde in rekening is gebracht; en
 - c. de zorgverlener hiervoor niet is gecompenseerd op grond van de werkgeverstaken van de verzekerde.
11. De verzekerde houdt, via een door de zorgverzekeraar beschikbaar gesteld formulier, een registratie bij van de bedragen die hij vergoedt op grond van het elfde lid. In de eigen administratie van budgethouder neemt budgethouder tevens een specificatie op van wanneer de zorg om deze reden niet kon worden geleverd. Deze registratie stelt hij op verzoek van de zorgverzekeraar ter beschikking.

Artikel 2.29b

Het Zvw-pgb wordt in ieder geval geweigerd indien:

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

Artikel 2.29c

1. Het Zvw-pgb wordt geweigerd indien de verzekerde door een andere vertegenwoordiger wordt geholpen dan:
- a. een wettelijk vertegenwoordiger van de verzekerde,
 - b. een bloed- of aanverwante in de eerste of tweede graad van de verzekerde of,
 - c. de echtgenoot, de geregistreerde partner of een andere levensgezel van de verzekerde.
2. De verzekerde die door een vertegenwoordiger wordt geholpen kan het Zvw-pgb worden geweigerd indien een gegronde reden bestaat om aan te nemen dat de vertegenwoordiger:

- a. bij een eerdere verstrekking van een Zw-pgb waarbij deze als vertegenwoordiger optrad niet heeft bijgedragen aan nakoming van de daaraan verbonden verplichtingen,
- b. blijkt de basisregistratie personen niet beschikt over een woonadres,
- c. zijn vrijheid is ontnomen,
- d. onder de schuldsaneringsregeling natuurlijke personen valt, dan wel een verzoek tot van toepassing verklaring van die regeling bij de rechtbank is ingediend of deze derde failliet is verklaard,
- e. anderszins onvoldoende zal bijdragen aan het nakomen van de voor de verzekerde aan het Zw-pgb verbonden verplichtingen, of
- f. de hulp tegen betaling verleent.

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.